Allianz

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I ZDROWIE

Prosty Plan



224 224 224 allianz.pl

Co zyskujesz dzięki ubezpieczeniu Prosty Plan?
Dzięki ubezpieczeniu Prosty Plan zapewniasz wsparcie finansowe swoim bliskim, gdyby Cię zabrakło, oraz sobie – w razie problemów ze zdrowiem, wypadku lub długotrwałej i całkowitej niezdolności do pracy (dzięki umowom dodatkowym). To równocześnie bardzo dobre zabezpieczenie kredytu.

Czego dowiesz się z ogólnych warunków umowy głównej?
- Wyjaśnimy pojęcia, którymi będziemy posługiwać się nie tylko w ogólnych warunkach, ale i w naszych listach i mailach.
- Szczegółowo opiszemy, jak otrzymać pieniądze z polisy i w jakich sytuacjach nie będziemy mogli ich wypłacić.

Zwróć uwagę
- Możesz rozszerzyć zakres swojej polisy na życie o następujące umowy dodatkowe:
  – Śmierć wskutek NW,
  – Śmierć wskutek NW komunikacyjnego,
  – Poważne zachorowanie,
  – Zagraniczna druga opinia medyczna (w ramach Wersji 3 Poważnego zachorowania),
  – Assistance Onkologiczny,
  – Wypłata+ w razie długotrwałej i całkowitej niezdolności do pracy,
  – Uszczerbek na zdrowiu i rehabilitacja po NW,
  – Koszty leczenia skutków NW,
  – Pobyt w szpitalu wskutek NW,
  – Assistance Wypadkowy.
  NW – nieszczęśliwy wypadek
- Niektóre umowy dodatkowe możesz zawrzeć razem z umową główną.

Jak wnioskować o wypłatę pieniędzy lub pomoc assistance?
- Online na www.allianz.pl – przez elektroniczny formularz wygodnie przekażesz nam wszystkie dokumenty.
- Telefonicznie pod numerem 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora) – to wygodna forma, gdy chcesz skorzystać z usług assistance.
- Za pośrednictwem swojego doradcy lub w dowolnej placówce Allianz.

MATERIAŁ REKLAMOWY

SPIS TREŚCI

Zabezpieczenie bliskich

Ogólne warunki ubezpieczenia „Prosty Plan” 4

Wykaz limitów 11

Śmierć wskutek NW 13

Śmierć wskutek NW komunikacyjnego 17

Wsparcie w razie problemów ze zdrowiem

Poważne zachorowanie 21

Zagraniczna druga opinia medyczna 33

Wypłata+ w razie długotrwałej i całkowitej niezdolności do pracy 39

„Assistance onkologiczny” 43

Wsparcie w razie nieszczęśliwych wypadków

Uszczerbek na zdrowiu i rehabilitacja po NW 51

Koszty leczenia skutków NW 73

Pobyt w szpitalu wskutek NW 77

„Assistance wypadkowy” 83

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „PROSTY PLAN” (OWU/PP/4/2026)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 19-20
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

ZYPP-O04 02/26

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „PROSTY PLAN" (OWU/PP/4/2026)

Kto zawiera Umowę Ubezpieczenia (strony umowy)
Umowę Ubezpieczenia zawierają:
Ubezpieczający (**Ty**) oraz Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna (**my**), na podstawie tego dokumentu, czyli **Ogólnych warunków ubezpieczenia „Prosty Plan"** (OWU/PP/4/2026), dalej: **OWU**.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Akt Przemocy** – bezprawne i celowe działanie fizyczne nakierowane na jakiekolwiek dobro chronione prawem, z wyłączeniem przekroczenia granic obrony koniecznej lub granic stanu wyższej konieczności
2. **Akt Terroryzmu** – działanie indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły, przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność. Działanie to zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych lub ekonomicznych
3. **Dokument Ubezpieczenia** – polisa lub inny dokument, w którym potwierdzamy najważniejsze postanowienia Umowy
4. **Miesiąc Polisowy** – okres, który rozpoczyna się w tym samym dniu każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego. Jeśli w danym miesiącu nie ma takiego dnia, to okres ten rozpoczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca. Pierwszy Miesiąc Polisowy zaczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej
5. **Okres Ubezpieczenia** – co najmniej 10-letni okres od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, w którym w razie Twojej śmierci wypłacamy Sumę Ubezpieczenia. Okres ten może trwać najdłużej do Rocznicy Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po Twoich 70 urodzinach. Ty wybierasz i wskazujesz we Wniosku długość tego okresu
6. **Rocznica Ubezpieczenia** – pierwszy dzień: drugiego i każdego kolejnego Roku Ubezpieczenia
7. **Rok Ubezpieczenia** – pierwsze 12 Miesięcy Polisowych i kolejne 12-miesięczne okresy ochrony ubezpieczeniowej, które następują po sobie
8. **Składka** – suma składek za Umowę Główną i Umowy Dodatkowe
9. **Suma Ubezpieczenia** – kwota, którą wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia i wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe w razie Twojej śmierci. We Wniosku wybierasz jeden z rodzajów tego świadczenia:
   a) **Malejącą Sumę Ubezpieczenia**, która jest obniżana w każdą Rocznicę Ubezpieczenia począwszy od 5 Rocznicy Ubezpieczenia, według wzoru wskazanego w OWU (harmonogram ustalonej w ten sposób wysokości Malejącej Sumy Ubezpieczenia, przypadającej w kolejne Rocznice Ubezpieczenia znajdziesz w Dokumencie Ubezpieczenia);

   albo
   b) **Stałą Sumę Ubezpieczenia**, która zmienia się w Okresie Ubezpieczenia wtedy, gdy skorzystasz z indeksacji lub innych uprawnień, które wynikają z Umowy
10. **Ubezpieczający / Ubezpieczony (Ty)** – pełnoletnia osoba, która:
    a) zawiera z nami Umowę i ma obowiązek płacić Składki,
    b) w dniu rejestracji Wniosku ma mniej niż 61 lat,

    i której życie i zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w Umowie
11. **Umowa Dodatkowa** – część Umowy, która zapewnia dodatkową ochronę ubezpieczeniową – na podstawie odrębnych ogólnych warunków ubezpieczenia
12. **Umowa Główna** – umowa ubezpieczenia na życie, którą zawierasz na swoją rzecz
13. **Umowa Ubezpieczenia (Umowa)** – Umowa Główna łącznie z Umowami Dodatkowymi
14. **Uposażony** – osoba, którą wskazujesz, aby otrzymała pieniądze w razie Twojej śmierci
15. **Uposażony Zastępczy** – osoba którą wskazujesz, aby otrzymała pieniądze jeśli w chwili Twojej śmierci Uposażeni nie żyją, nie istnieją lub utracili prawo do świadczenia
16. **Wiek** – liczba ukończonych przez Ciebie lat życia w dniu rejestracji Wniosku, a następnie – w każdą Rocznicę Ubezpieczenia
17. **Wniosek Ubezpieczeniowy (Wniosek)** – Twoja oferta zawarcia Umowy lub Umowy Dodatkowej, którą składasz na przygotowanym przez nas formularzu
18. **Wykaz Limitów** – dokument, który zawiera informacje o limitach, jakie stosujemy w Umowie. Czytaj ten dokument łącznie z OWU

ZAWARCIE UMOWY

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. W Umowie Głównej ochroną ubezpieczeniową obejmujemy Twoje życie.
2. W razie Twojej śmierci w czasie ochrony ubezpieczeniowej wypłacamy Sumę Ubezpieczenia.

ART. 3 JAKA JEST SUMA UBEZPIECZENIA

1. We Wniosku wybierasz Sumę Ubezpieczenia oraz jej rodzaj: Stałą albo Malejącą Sumę Ubezpieczenia.
2. Suma Ubezpieczenia nie może być niższa niż minimalna Suma Ubezpieczenia, którą wskazujemy w Wykazie Limitów, odpowiednio dla Stałej Sumy Ubezpieczenia albo Malejącej Sumy Ubezpieczenia.
3. Uzgodnioną Sumę Ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
4. Jeśli wybierasz Stałą Sumę Ubezpieczenia, to w trakcie trwania Umowy suma ta nie ulega zmianie, chyba że skorzystasz z prawa do jej indeksacji lub innych uprawnień, które wynikają z Umowy.
5. Jeśli wybierasz Malejącą Sumę Ubezpieczenia, to:
   a) suma ta nie podlega indeksacji,
   b) do 5 Rocznicy Umowy nie zmienia się i jest równa Sumie Ubezpieczenia, która obowiązuje w 1 Roku Ubezpieczenia,
   c) następnie w każdą Rocznicę Ubezpieczenia począwszy od 6 Roku Ubezpieczenia (czyli w 5 Rocznicę Ubezpieczenia i kolejne) obniża się o stałą kwotę, obliczoną według wzoru:

$$\frac{\text{Suma Ubezpieczenia w 1 Roku Ubezpieczenia} * 75\%}{\text{Okres Ubezpieczenia wskazany we Wniosku} - 5}$$

   aż do osiągnięcia 25% Sumy Ubezpieczenia, która obowiązuje w 1 Roku Ubezpieczenia. Suma ta jednak nie może być niższa niż minimalna Suma Ubezpieczenia, którą wskazujemy w Wykazie Limitów dla Malejącej Sumy Ubezpieczenia.

ART. 4 JAK ZAWRZEĆ UMOWĘ

1. Umowę Główną i Umowę Dodatkową zawierasz z nami po zbadaniu Twoich potrzeb ubezpieczeniowych oraz na podstawie Wniosku.
2. Przyjmujemy Wnioski, które są kompletne i poprawnie wypełnione.
3. Przed zawarciem Umowy Głównej lub Umowy Dodatkowej możemy Cię poprosić o:
   a) dodatkowe informacje i dokumenty, w tym takie, które dotyczą stanu zdrowia, lub
   b) wykonanie badań analitycznych lub lekarskich – na nasz koszt i we wskazanych przez nas placówkach medycznych.
4. Wynik oceny ryzyka ubezpieczeniowego przekazujemy w jeden z następujących sposobów:

a) doręczamy Ci Dokument Ubezpieczenia, w którym potwierdzamy naszą wolę zawarcia z Tobą Umowy Głównej lub Umowy Dodatkowej. W chwili, w której otrzymujesz ten dokument, zawierasz z nami Umowę lub Umowę Dodatkową na warunkach określonych w Twoim Wniosku,
b) przedstawiamy Ci w Dokumencie Ubezpieczenia inne warunki Umowy lub Umowy Dodatkowej niż określone w Twoim Wniosku (warunki szczególne). Jeśli nie akceptujesz tych warunków, poinformuj nas o tym w ciągu 14 dni od otrzymania dokumentów. Jeśli tego nie zrobisz, zawierasz z nami te umowy z początkiem 15. dnia od otrzymania tych dokumentów – na warunkach, które określamy w Dokumencie Ubezpieczenia,
c) odmawiamy zawarcia z Tobą Umowy lub Umowy Dodatkowej.

ART. 5 JAK DŁUGO TRWA UMOWA GŁÓWNA I UMOWY DODATKOWE

1. Umowę Główną zawierasz z nami na czas określony.
2. Okres Ubezpieczenia wskazujesz we Wniosku.
3. Umowę Dodatkową zawierasz z nami

a) na rok – w przypadku, gdy zawierasz daną Umowę Dodatkową razem z Umową Główną oraz gdy zawierasz Umowę Dodatkową na kolejny okres,
b) do końca danego Roku Ubezpieczenia – w przypadku dokupienia; jeśli składasz Wniosek o dokupienie, gdy do końca Roku Ubezpieczenia pozostało mniej niż 49 dni, Umowę Dodatkową zawierasz do końca kolejnego Roku Ubezpieczenia.

Ogólne warunki ubezpieczenia niektórych Umów Dodatkowych mogą przewidywać inny czas trwania Umowy Dodatkowej.

ART. 6 KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA W UMOWIE GŁÓWNEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą Cię obejmujemy, rozpoczyna się w dniu, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia. Ochrona nie może się jednak rozpocząć wcześniej niż następnego dnia po otrzymaniu przez nas pierwszej Składki, która wynika z Umowy.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, którą Cię obejmujemy kończy się:
   a) gdy minie okres na jaki została zawarta Umowa Główna,
   b) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoją rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej,
   c) w chwili Twojej śmierci,
   d) gdy wygaśnie lub zostanie rozwiązana Umowa.

ART. 7 KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA W UMOWIE DODATKOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą Cię obejmujemy, rozpoczyna się w dniu, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia. Ochrona nie może się jednak rozpocząć wcześniej niż następnego dnia po otrzymaniu przez nas Składki, która uwzględnia składkę za Umowę Dodatkową.
2. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się w dniu, w którym Umowa Dodatkowa zostanie rozwiązana.

ART. 8 JAKIE SĄ NASZE OBOWIĄZKI

1. Zanim zawrzesz z nami Umowę Główną lub Umowę Dodatkową, przekazujemy Ci:
   a) OWU,
   b) ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Dodatkowej i
   c) inne dokumenty, których wymaga prawo.
2. Raz w roku przekazujemy Ci informacje o wysokości wszystkich świadczeń z Umowy, jeśli kwoty te się zmieniają. Informacje przekazujemy pisemnie albo w innej, uzgodnionej z Tobą formie.
3. Wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia (świadczenie ubezpieczeniowe) w razie Twojej śmierci oraz wypłacamy pieniądze lub realizujemy świadczenia w razie innych zdarzeń objętych ubezpieczeniem w zawartych z nami Umowach Dodatkowych. Okoliczności, w których nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy z ubezpieczenia ani nie realizujemy świadczeń z Umowy Dodatkowej wskazujemy w OWU lub w ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

ART. 9 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI

1. Ty, jako osoba, która zawarła z nami Umowę, masz obowiązek:
   a) opłacać Składki w uzgodnionych z nami terminach,
   b) informować nas o zmianie danych osobowych i teleadresowych.
2. Masz obowiązek udzielić zgodnych z prawdą odpowiedzi na nasze pytania, które zadajemy, zanim zawrzemy z Tobą Umowę Główną lub Umowę Dodatkową.
3. Jeśli Twoja śmierć jest skutkiem okoliczności, o które pytaliśmy, zanim zawarliśmy z Tobą Umowę Główną i które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo w ciągu 3 lat od zawarcia Umowy Głównej odmówić wypłaty z niej pieniędzy.
4. Jeśli zdarzenie, które jest objęte ubezpieczeniem w Umowie Dodatkowej innej niż na życie, jest skutkiem okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem tej Umowy Dodatkowej i które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia lub odmówić realizacji świadczeń, które przewiduje Umowa Dodatkowa.

ART. 10 ILE KOSZTUJE UMOWA GŁÓWNA

1. Miesięczna składka pokrywa koszt ochrony ubezpieczeniowej, jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
   a) Twojego Wieku,
   b) Wysokości Sumy Ubezpieczenia oraz od tego czy wybrałeś Stałą Sumę Ubezpieczenia albo Malejącą Sumę Ubezpieczenia,
   c) długości Okresu Ubezpieczenia,
   d) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Taryfy składek ustalamy w taki sposób, aby zapewniały co najmniej:
   a) wykonanie wszystkich naszych zobowiązań, które wynikają z zawartej Umowy Głównej, w tym pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej, oraz
   b) pokrycie kosztów naszej działalności ubezpieczeniowej.
3. Przy ustalaniu taryf składek uwzględniamy:
   a) czas trwania ubezpieczenia,
   b) co obejmuje ubezpieczenie (przedmiot i zakres ubezpieczenia) i ile pieniędzy wypłacamy,
   c) okoliczności, w których nasza odpowiedzialność jest ograniczona lub nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy z ubezpieczenia.
4. Minimalne składki, które obowiązują w Umowie, wskazujemy w Wykazie Limitów.

ART. 11 ILE KOSZTUJE UMOWA DODATKOWA

1. Zasady, na podstawie których ustalamy miesięczną składkę za Umowę Dodatkową, wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
2. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek.
3. Taryfy składek ustalamy w taki sposób, aby zapewniały co najmniej:
   a) wykonanie wszystkich naszych zobowiązań, które wynikają z zawartych Umów Dodatkowych, w tym pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej, oraz
   b) pokrycie kosztów naszej działalności ubezpieczeniowej.
4. Przy ustalaniu taryf składek uwzględniamy:
   a) maksymalny łączny czas trwania pierwszej i kolejnych Umów Dodatkowych, który wynika z ogólnych warunków ubezpieczenia danej umowy i z Twojego Wieku oraz Roku Ubezpieczenia,
   b) co obejmuje ubezpieczenie (przedmiot i zakres ubezpieczenia) i ile pieniędzy wypłacamy,
   c) okoliczności, w których nasza odpowiedzialność jest ograniczona lub nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy z ubezpieczenia ani nie realizujemy świadczeń.

ART. 12 JAK WPŁACAĆ SKŁADKI I JAKIE SĄ SKUTKI NIEOPŁACENIA SKŁADKI

1. Składkę wpłacasz co miesiąc. Terminy płatności oraz rachunek bankowy do wpłat wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia.
2. Składkę uznajemy za zapłaconą w dniu, w którym wpływa na nasz rachunek bankowy.
3. Jeśli spóźnisz się z płatnością, Twoja wpłata w pierwszej kolejności pokrywa pierwszą zaległą Składkę.
4. Jeśli spóźnisz się z płatnością o więcej niż 60 dni, to poinformujemy Cię pisemnie, że nie otrzymaliśmy Twojej Składki i z czym się wiąże jej dalsze nieopłacanie. Wyznaczymy Ci również przynajmniej 7 dni na wpłatę. Jeśli w tym czasie nie wpłacisz Składki, to Umowa rozwiąże się następnego dnia po upływie tego okresu.

ZMIANY W UMOWIE

ART. 13 JAK OBNIŻYĆ STAŁĄ SUMĘ UBEZPIECZENIA, SUMĘ UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ LUB INNE ŚWIADCZENIE

1. Obniżenie Stałej Sumy Ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub innego świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej następuje na Twój wniosek, wymaga naszej akceptacji oraz powoduje zmianę Składki.

2. Wniosek o obniżenie Stałej Sumy Ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub innego świadczenia możesz złożyć, gdy miną co najmniej 3 lata od zawarcia Umowy i opłacisz Składki za ten okres.
3. Gdy obliczamy kwotę, o jaką zmieni się składka za Umowę Główną, to bierzemy pod uwagę naszą aktualną taryfę składek oraz:
   a) różnicę między nową a dotychczasową Sumą Ubezpieczenia,
   b) Twój Wiek w dniu rejestracji wniosku o zmianę,
   c) czas, jaki pozostał do zakończenia Okresu Ubezpieczenia,
   d) wyniki naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Gdy obliczamy kwotę, o jaką zmieni się składka za Umowę Dodatkową, to bierzemy pod uwagę naszą aktualną taryfę składek oraz:
   a) różnicę między nową a dotychczasową sumą ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub różnicę między nowym a dotychczasowym innym świadczeniem,
   b) Twój Wiek w dniu rejestracji wniosku o zmianę,
   c) wyniki naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
5. Jeśli składasz wniosek później niż na 49 dni przed Rocznicą Ubezpieczenia, to zmiana obowiązuje najwcześniej od tej Rocznicy Ubezpieczenia.

ART. 14 NA CZYM POLEGA INDEKSACJA

1. Indeksacja polega na podwyższeniu o wskaźnik indeksacji:
   a) Stałej Sumy Ubezpieczenia,
   b) sumy ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub innych świadczeń, dla których ogólne warunki ubezpieczenia tej Umowy Dodatkowej umożliwiają indeksację,

   – i zapobiega istotnej utracie ich realnych wartości w długim okresie. Malejąca Suma Ubezpieczenia nie podlega indeksacji.
2. Propozycję indeksacji przygotowujemy raz w Roku Ubezpieczenia, na 49 dni przed Rocznicą Ubezpieczenia. Propozycja ta zawiera nowe sumy ubezpieczenia i nową Składkę.
3. Wskaźnik indeksacji ustalamy w miesiącu kalendarzowym poprzedzającym o trzy miesiące miesiąc, w którym przypada Rocznica Ubezpieczenia. Obliczamy go jako średnią arytmetyczną z dwóch rocznych wskaźników:
   a) ogłoszonego przez uprawniony do tego urząd średniorocznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych w danym miesiącu w odniesieniu do analogicznego miesiąca poprzedniego roku (potocznie: roczna inflacja), wyrażonego w procentach, oraz
   b) średniej arytmetycznej ostatnich 12 wskaźników wzrostu ogłoszonego przez uprawniony do tego urząd przeciętnego miesięcznego nominalnego wynagrodzenia brutto w sektorze przedsiębiorstw w odniesieniu do analogicznego miesiąca poprzedniego roku, wyrażonych w procentach.

   Do obliczeń każdorazowo przyjmujemy opublikowane przez uprawniony do tego urząd dane za miesiąc poprzedzający miesiąc, w którym obliczamy wskaźnik indeksacji. Gdy nie są jeszcze opublikowane ostateczne dane, to do obliczeń przyjmujemy dane wstępne (informacja sygnalna), a gdy te dane również nie są dostępne - dane za ostatni miesiąc, za który są dostępne.
   Gdy obliczamy średnie arytmetyczne stosujemy zaokrąglenia do dwóch miejsc po przecinku.
   W dniu wejścia w życie tych OWU urzędem uprawnionym do ogłaszania i publikowania wskaźników, o których piszemy wyżej, jest Główny Urząd Statystyczny.
4. Wskaźnik indeksacji nie może być niższy od minimalnego wskaźnika indeksacji, który wskazujemy w Wykazie Limitów.
5. Indeksacja powoduje podwyższenie Składki.
6. Gdy obliczamy kwotę, o jaką zmieni się składka za Umowę Główną, to bierzemy pod uwagę naszą aktualną taryfę składek oraz:
   a) różnicę między nową a dotychczasową Sumą Ubezpieczenia,
   b) Twój Wiek w Rocznicę Ubezpieczenia,
   c) czas, jaki pozostał do zakończenia Okresu Ubezpieczenia,
   d) wyniki naszej wcześniejszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
7. Indeksacja jest dobrowolna. Jeśli chcesz skorzystać z indeksacji, to przed Rocznicą Ubezpieczenia wpłać nam nową Składkę lub w inny sposób poinformuj nas o Twojej decyzji. Jeśli nie otrzymamy takiej decyzji, to przyjmiemy, że nie chcesz korzystać z indeksacji.
8. Jeśli rezygnujesz z indeksacji przez 3 kolejne Lata Ubezpieczenia, to nie przygotowujemy dla Ciebie kolejnych propozycji indeksacji.

ART. 15 CZY I JAK ZAWRZEMY Z TOBĄ UMOWĘ DODATKOWĄ NA KOLEJNY OKRES

1. Propozycję zawarcia Umowy Dodatkowej na kolejny okres przygotowujemy:
   a) na 49 dni przed Rocznicą Ubezpieczenia,
   b) dla Umów Dodatkowych, których ogólne warunki ubezpieczenia przewidują taką możliwość, i na zasadach, które wskazujemy w tych ogólnych warunkach ubezpieczenia.
2. W propozycji wskazujemy nową składkę za Umowę Dodatkową. Gdy ją obliczamy, uwzględniamy:
   a) Twój Wiek w Rocznicę Ubezpieczenia,
   b) naszą aktualną taryfę składek,
   c) sumę ubezpieczenia – albo inne świadczenie, które przewiduje ta Umowa Dodatkowa,
   d) wskaźnik indeksacji – jeśli korzystasz z indeksacji,
   e) wynik naszej wcześniejszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Gdy otrzymujesz naszą propozycję, możesz:
   a) zapłacić nową Składkę, która obowiązuje od Rocznicy Ubezpieczenia – oznacza to, że zawierasz z nami Umowę Dodatkową na kolejny okres zgodnie z naszą propozycją – albo
   b) złożyć oświadczenie o rezygnacji z zawarcia Umowy Dodatkowej na kolejny okres – oznacza to, że obowiązująca umowa wygasa, gdy upłynie okres, na który została zawarta. Jeśli nie zgłaszasz rezygnacji najpóźniej na 14 dni przed Rocznicą Ubezpieczenia, to nasza oferta obowiązuje od Rocznicy Ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY I ROZWIĄZANIE UMOWY

ART. 16 KIEDY MOŻESZ ODSTĄPIĆ OD UMOWY LUB UMOWY DODATKOWEJ ALBO JE WYPOWIEDZIEĆ. KIEDY UMOWY TE ULEGAJĄ ROZWIĄZANIU

1. Możesz odstąpić od Umowy lub Umowy Dodatkowej w ciągu 30 dni od ich zawarcia. W ciągu 14 dni od otrzymania Twojego oświadczenia o odstąpieniu zwracamy Ci Składkę przelewem na rachunek bankowy, który wskazujesz albo w inny uzgodniony z Tobą sposób.
2. Jeśli nie poinformowaliśmy Cię o prawie do odstąpienia najpóźniej w dniu zawarcia Umowy lub Umowy Dodatkowej, to możesz odstąpić od danej umowy w ciągu 30 dni od dnia, w którym się dowiadujesz o tym prawie.
3. Obejmujemy Cię ochroną ubezpieczeniową do dnia, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o odstąpieniu.
4. Kwoty, które zwracamy w przypadku odstąpienia mamy prawo pomniejszyć o:
   a) składkę za udzieloną przez nas ochronę ubezpieczeniową oraz
   b) koszty badań analitycznych lub lekarskich, które zostały wykonane na nasz koszt przed zawarciem Umowy lub Umowy Dodatkowej – jeśli występujesz z wnioskiem o udostępnienie wyników tych badań.
5. Możesz wypowiedzieć całą Umowę lub Umowę Dodatkową w dowolnym momencie w czasie trwania danej umowy. Dana umowa zostanie rozwiązana, gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy wypowiedzenie.
6. Umowa ulega rozwiązaniu także wtedy, gdy masz opóźnienie w opłacaniu Składek, i nie wpłacasz Składki w terminie, który wskazujemy w dodatkowym piśmie.
7. Umowa ulega rozwiązaniu z chwilą Twojej śmierci.
8. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu z chwilą rozwiązania Umowy Głównej oraz w przypadkach wskazanych w warunkach danej Umowy Dodatkowej.

WYPŁATA PIENIĘDZY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

ART. 17 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY Z UMOWY GŁÓWNEJ

1. W razie Twojej śmierci wypłacamy Uposażonemu Sumę Ubezpieczenia, która obowiązuje w dniu Twojej śmierci.
2. Możesz wskazać więcej niż jednego Uposażonego i określić, jak mamy podzielić wypłatę. Jeśli nie wskażesz tego podziału – dzielimy ją na równe części.
3. Możesz zmienić lub odwołać Uposażonego w każdej chwili. Zmiana obowiązuje od dnia, w którym otrzymujemy oświadczenie o zmianie lub odwołaniu Uposażonego.

4. Jeśli Uposażony umiera przed Twoją śmiercią albo umyślnie przyczynia się do Twojej śmierci, to tę część, która by mu przypadała, dzielimy i wypłacamy proporcjonalnie pozostałym Uposażonym.
5. Jeśli w chwili Twojej śmierci Uposażony, który nie jest osobą fizyczną, już nie istnieje, to tę część, która by mu przypadała, dzielimy i wypłacamy proporcjonalnie pozostałym Uposażonym.
6. Jeżeli w chwili Twojej śmierci nie ma Uposażonych, to pieniądze wypłacamy Uposażonym Zastępczym, z zachowaniem zasad, które stosujemy do Uposażonych.
7. Jeżeli w chwili Twojej śmierci nie ma Uposażonych ani Uposażonych Zastępczych, to pieniądze z tytułu Twojej śmierci wypłacamy 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.

ART. 18 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA I KIEDY JE WYPŁACAMY

1. Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata jest należna, i wypłacić pieniądze z Umowy Głównej, potrzebujemy zawiadomienia o Twojej śmierci oraz:
   a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową jest uprawniona do świadczenia,
   b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość osoby składającej ten wniosek,
   c) skróconego odpisu aktu zgonu a także kopii karty zgonu lub dokumentacji medycznej, która zawiera informację o przyczynie śmierci. Jeśli nie jest możliwe dostarczenie nam tych dokumentów, to prosimy o inne, które potwierdzają śmierć i jej przyczynę. Jeśli zdarzenie miało miejsce poza granicami Polski, potrzebujemy dokumentu wystawionego przez uprawnione do stwierdzenia śmierci organy państwa, w którym to zdarzenie nastąpiło.
2. Dokumenty, których potrzebujemy do wypłaty pieniędzy z Umowy Dodatkowej, wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
3. W ciągu 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu, które jest objęte ubezpieczeniem, informujemy osobę uprawnioną, jakich dokumentów potrzebujemy.
4. Pieniądze wypłacamy w złotych polskich – przelewem na jeden wskazany rachunek bankowy, który należy do osoby uprawnionej – albo w inny sposób, który uzgadniamy z tą osobą.
5. Pieniądze wypłacamy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia. Jeśli w tym okresie nie jest możliwe wyjaśnienie, czy wypłata przysługuje i w jakiej wysokości, to pieniądze wypłacamy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie to jest możliwe. Bezsporną część wypłacamy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia.
6. Jeśli odmawiamy wypłaty lub wypłacamy część kwoty wskazanej we wniosku o wypłatę, to informujemy o tym osobę, która występuje z tym wnioskiem. Wskazujemy też podstawę prawną i uzasadniamy swoją decyzję.

ART. 19 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY GŁÓWNEJ

Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Głównej, jeśli Twoja śmierć nastąpiła:
a) w wyniku samobójstwa w ciągu 2 lat od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
b) w wyniku stanu wojennego, działań wojennych, działań zbrojnych lub użycia broni masowego rażenia,
c) w wyniku Twojego czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w rozruchach lub zamieszkach,
d) w wyniku Aktu Terroryzmu – jeśli uczestniczyłeś w nim jako sprawca (wszelkie formy sprawstwa), pomocnik lub podżegacz albo wykonywałeś czynności lub obowiązki służbowe w ramach struktur wojskowych lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku lub bezpieczeństwa publicznego,
e) w związku z Twoim udziałem jako sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Aktach Przemocy innych niż te, które wymieniamy powyżej,
f) w związku z Twoim udziałem w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym.

ART. 20 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY ANI NIE REALIZUJEMY ŚWIADCZEŃ Z UMOWY DODATKOWEJ

1. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej, ani nie realizujemy świadczeń, które przewiduje ta umowa, jeśli zdarzenie, które obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej umowie, nastąpiło:
   a) w wyniku stanu wojennego, działań wojennych, działań zbrojnych lub użycia broni masowego rażenia,
   b) w wyniku Twojego czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w rozruchach lub zamieszkach,
   c) w wyniku Aktu Terroryzmu – jeśli uczestniczyłeś w nim jako sprawca (wszelkie formy sprawstwa), pomocnik lub podżegacz albo wykonywałeś czynności lub obowiązki służbowe w ramach struktur wojskowych lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku lub bezpieczeństwa publicznego,
   d) w związku z Twoim udziałem jako sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Aktach Przemocy innych niż te, które wymieniamy wyżej,
   e) w związku z Twoim udziałem w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym.
2. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej, ani nie realizujemy świadczeń, które przewiduje ta umowa, także w innych okolicznościach, które wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH, REKLAMACJE I INNE WAŻNE INFORMACJE

ART. 21 DLACZEGO PRZETWARZAMY DANE OSOBOWE I JAK JE ZBIERAMY

1. Gromadzimy i przetwarzamy tylko te dane osobowe, które są konieczne, abyśmy mogli zawrzeć Umowę i ją wykonywać. Jesteśmy administratorem tych danych.
2. Źródłem danych osobowych są dokumenty, które otrzymujemy, zanim zawrzemy Umowę lub w czasie jej trwania (formularze, wnioski o wypłatę, zawiadomienia).
3. Przetwarzamy dane osób, które:
   a) chcą zawrzeć z nami Umowę i chcą być objęte ochroną ubezpieczeniową,
   b) są uprawnione, aby otrzymać wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia.
4. Zgromadzone przez nas dane osobowe przetwarzamy w związku z tym, że zawieramy Umowę oraz na podstawie:
   a) zgód osób, których te dane dotyczą,
   b) przepisów prawa, w szczególności przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,
   c) naszego prawnie uzasadnionego interesu, którym jest zawarcie i wykonanie Umowy oraz przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej.
5. Zgromadzone dane możemy wykorzystać do:
   a) oceny ryzyka ubezpieczeniowego również na podstawie wiedzy o Twoim stanie zdrowia,
   b) ustalenia zasadności i wysokości wypłaty.

   W czasie wykonywania takich czynności podejmujemy zautomatyzowane decyzje, które opierają się na profilowaniu danych. Profilowanie to dobór produktów ubezpieczeniowych, obliczanie składki lub wysokości wypłaty.
6. Osoba, której dane przetwarzamy, ma prawo:
   a) dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest prawnie uzasadniony interes administratora,
   b) otrzymania wyjaśnienia na temat podstaw zautomatyzowanej decyzji, zakwestionowania tej decyzji, wyrażenia własnego stanowiska oraz żądania rozpatrzenia sprawy i podjęcia decyzji przez naszego pracownika,

c) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
d) wycofania zgody w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem,
e) przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora informacji o przetwarzanych danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, w zakresie, w jakim Twoje dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub na podstawie zgody. Osoba, której dane przetwarzamy przekazane dane może przesłać innemu administratorowi danych.

7. Dane osobowe, które przetwarzamy, możemy przekazać:
   a) innym ubezpieczycielom i reasekuratorom – tylko w zakresie i celu, które wynikają z zawartych umów ubezpieczenia,
   b) Generalnemu Inspektorowi Informacji Finansowej – na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,
   c) podmiotom przetwarzającym dane osobowe na nasze zlecenie, m.in.: agentom ubezpieczeniowym, orzecznikom medycznym, podmiotom świadczącym usługi assistance, centrom telefonicznym, podmiotom świadczącym usługi pocztowe, dostawcom usług IT, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umów zawartych z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora,
   d) innym podmiotom w celach marketingowych – pod warunkiem, że uzyskamy zgodę osoby, której dane dotyczą.
8. Twoje dane możemy uzyskać od innych ubezpieczycieli oraz podmiotów świadczących usługi medyczne na podstawie Twojej zgody – jeśli oceniamy ryzyko ubezpieczeniowe lub rozpatrujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia.
9. Administrator danych jest częścią grupy Allianz, która prowadzi działalność o globalnym zasięgu. Ze względu na charakter i zakres oferowanych usług, dane osobowe w uzasadnionych przypadkach mogą zostać przekazane podmiotom, które mają siedzibę poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (EOG). Jeżeli ww. kraje nie zostały uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych, administrator wdraża odpowiednie zabezpieczenia w celu zapewnienia właściwego stopnia ochrony danych. Należą do nich w szczególności standardowe klauzule umowne zatwierdzone przez Komisję Europejską oraz wiążące reguły korporacyjne zatwierdzone przez właściwy organ nadzoru. Powyższe środki służą realizacji praw dotyczących danych osobowych oraz zapewnieniu skutecznej ochrony prawnej. Administrator, na wniosek osoby, której dane osobowe dotyczą, udostępni kopię tych zabezpieczeń.
10. Dane osobowe przetwarzamy do:
    a) dnia przedawnienia roszczeń, które wynikają z tej Umowy,
    b) ostatniego dnia okresu, który wskazuje ustawa o rachunkowości i ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej,

    w zależności od tego, których z tych dni jest później.
11. Szczegółowy opis sposobu, w jaki przetwarzamy dane osobowe, umieszczamy na naszej stronie internetowej, w Polityce prywatności.

ART. 22 JAK ZŁOŻYĆ REKLAMACJĘ

1. Reklamację, skargę lub zażalenie na nasze usługi można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa).
2. Można to zrobić:
   a) na piśmie:
      - w postaci papierowej – osobiście w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe, albo nadając w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej, albo
      - w postaci elektronicznej – z wykorzystaniem formularza dostępnego na naszej stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl albo wysyłając na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-73604-64978-TAJBC-22;

   b) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie.
3. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się nasz zarząd lub osoba, którą upoważnimy.
4. Rozpatrzymy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowiemy na nią bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustalamy, aby rozpatrzyć sprawę oraz określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
5. Odpowiemy na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie:
   a) w postaci papierowej – w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały złożone na piśmie w postaci papierowej, chyba że wniesiono o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
   b) w postaci elektronicznej – w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały złożone na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że wniesiono o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej. Odpowiedzi udzielimy:
      - z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego złożono reklamację, skargę lub zażalenie, albo innego środka komunikacji elektronicznej wskazanego przez składającego reklamację, skargę lub zażalenie, w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały złożone z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej;
      - na adres składającego reklamację, skargę lub zażalenie do doręczeń elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych – w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały wysłane na adres do doręczeń elektronicznych;

   c) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem składającego reklamację, skargę lub zażalenie – w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały złożone ustnie.
6. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym udostępniamy na naszej stronie internetowej www.allianz.pl oraz w naszych jednostkach obsługujących klientów.
7. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
8. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla nas do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu mamy obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (nasz udział w tym postępowaniu wymaga naszej zgody). Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.

ART. 23 W JAKI SPOSÓB SĄ ROZWIĄZYWANE EWENTUALNE SPORY

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

ART. 24 CO JESZCZE WARTO WIEDZIEĆ O SWOIM UBEZPIECZENIU

1. Pieniądze z ubezpieczenia wypłacamy zgodnie z przepisami prawa podatkowego – wskazujemy je we Wniosku.
2. Możesz przenieść prawa, które wynikają z Umowy, na inne osoby, jednak tylko za naszą zgodą.
3. Korespondencję związaną z Umową przesyłamy na ostatni podany przez Ciebie adres albo ostatni podany przez Ciebie adres e-mail – jeśli zgodziłeś się na taką formę, albo w inny sposób, który z Tobą uzgadniamy.
4. Korespondencję, która dotyczy wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia, kierujemy:
   a) na ostatni znany nam adres Uposażonego, Uposażonego Zastępczego lub innego uprawnionego z Umowy,
   b) na ostatni adres e-mail, który te osoby podały – jeśli zgodziły się na taką formę – albo
   c) w inny uzgodniony z tymi osobami sposób.

5. Oświadczenia, zawiadomienia i dyspozycje, które dotyczą Umowy możesz składać:
   a) na piśmie – dostarczyć osobiście w naszym biurze (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa) albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
   b) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej allianz.pl albo
   c) w inny, uzgodniony z nami sposób.

   Oświadczenie dotyczące odstąpienia od Umowy możesz złożyć w dowolnej formie. Reklamację na nasze usługi możesz złożyć w sposób wskazany w art. „Jak złożyć reklamację". Dyspozycje, czyli oświadczenia, powiadomienia i wnioski, które pisemnie składasz w związku z zawarciem i wykonaniem tej Umowy, powinny być podpisane zgodnie ze wzorem podpisu, który przekazujesz nam przed zawarciem Umowy, chyba że umówimy się inaczej.
6. Dyspozycje muszą zawierać dane, które umożliwiają identyfikację: Ciebie, Uposażonego lub innej osoby uprawnionej z Umowy. W przypadku braku tych danych powiadomimy o tym osobę, która składa dyspozycję. Realizujemy dyspozycje, które zawierają kompletne i prawidłowe informacje.
7. Wszystkie dokumenty, które dotyczą Umowy przygotowujemy w języku polskim.
8. Dokumenty, które otrzymujemy od Ciebie, Uposażonego, Uposażonego Zastępczego lub innego uprawnionego z Umowy, powinny być napisane w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. Zagraniczne dokumenty muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, a w razie braku tego uwierzytelnienia – przez polską placówkę dyplomatyczną lub inny uprawniony do tego organ.
9. Informacje o naszej wypłacalności i kondycji finansowej udostępniamy na naszej stronie internetowej.

OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 16/2026 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków o ubezpieczenie złożonych od 21 marca 2026 r.

WYKAZ LIMITÓW (WO/PP/1/2024)

1. Minimalna Składka: 50 zł
2. Minimalna Suma Ubezpieczenia:
   a) Stała: 30 000 zł
   b) Malejąca:
      - w dniu zawarcia Umowy Głównej: 100 000 zł
      - po obniżeniach w każdą Rocznicę Ubezpieczenia począwszy od 5 Rocznicy Ubezpieczenia: 25 000 zł
3. Minimalny wskaźnik indeksacji: 2%

Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu nr 62/2024 i wszedł w życie 13 kwietnia 2024 r.

UMOWA DODATKOWA

Śmierć wskutek NW

– MATERIAŁ REKLAMOWY –

Podstawowa korzyść
Wskazanym przez Ciebie osobom wypłacimy dodatkową kwotę, która powiększy wypłatę z ubezpieczenia na życie.

Warto wiedzieć
Nieszczęśliwy wypadek to nagłe i niespodziewane zdarzenie, którego przyczyna jest zawsze zewnętrzna – nie może nią być np. choroba.

Zwróć uwagę
Pieniądze z ubezpieczenia na życie wypłacimy uprawnionym do tego osobom – niezależnie od wyniku postępowania spadkowego.



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (SNW/PP/2/2026)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 20 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Prosty Plan” albo Art. 20 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Prosty Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

ZYPPSNW-O02 10/26

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (SNW/PP/2/2026)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.
W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy ani nie realizujemy świadczeń z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkow**a – wszystkie Twoje działania, które służą osiąganiu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie je podejmujesz
2. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
   a) jest nagłe i nie zależy od Twojej woli,
   b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym ani psychicznym stanem Twojego zdrowia,
   c) występuje w czasie, gdy obejmujemy Cię ochroną ubezpieczeniową
3. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą podejmujesz w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
4. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe, gdy umierasz wskutek Nieszczęśliwego Wypadku; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
5. **Śmierć wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – Twoja śmierć wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, która następuje w ciągu 180 dni od tego wypadku
6. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
   a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
   b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
7. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia**:
   a) narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny; skoki narciarskie; bobsleje; uprawianie poza wyznaczonymi trasami: narciarstwa (nie dotyczy narciarstwa biegowego), snowboardingu, saneczkarstwa;
   b) kolarstwo ekstremalne (freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill);
   c) bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon);
   d) wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne; wyścigi konne;
   e) nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu; skoki do wody; kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne; żeglarstwo morskie lub oceaniczne;
   f) skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości; paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo;
   g) wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu; speleologia;
   h) sporty walki;
   i) 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 Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne); wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu;
   j) zorbing
8. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem:
   a) wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub
   b) stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub osiągane wyniki sportowe

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwego Wypadku, w tym następstwa wypadku, któremu ulegasz w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. W razie Twojej Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
b) w chwili Twojej śmierci,
c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI

1. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, masz obowiązek poinformować nas także o tym, że:
   a) rozpoczynasz Zawodowe Uprawianie Sportu albo zaprzestajesz go uprawiać oraz
   b) rozpoczynasz, podejmujesz dodatkową lub zmieniasz swoją Aktywność Zarobkową,
   w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
2. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
   b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą Cię obejmujemy, albo
   c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
3. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową albo
   b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą Cię obejmujemy.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
   a) Twojego Wieku i Roku Ubezpieczenia,
   b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
   c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. W razie Twojej śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu Twojej śmierci. Jeśli taka śmierć następuje po zakończeniu Umowy Dodatkowej, w czasie której miał miejsce Nieszczęśliwy Wypadek, to wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązywała w ostatnim dniu tej Umowy.
2. Pieniądze wypłacamy osobom, które są uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu Twojej śmierci zgodnie z OWU, chyba że wskazałeś inne osoby.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata się należy i wypłacić pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Twojej śmierci oraz:

a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość osoby składającej wniosek o wypłatę,
c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
d) skróconego odpisu aktu zgonu a także kopii karty zgonu lub dokumentacji medycznej, która zawiera informację o przyczynie śmierci; jeśli nie jest możliwe dostarczenie tych dokumentów, to prosimy o dostarczenie innych, które potwierdzają śmierć i jej przyczynę.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, wskutek którego następuje Twoja śmierć, został spowodowany lub miał miejsce:

a) w związku ze spożyciem przez Ciebie alkoholu, zażyciem przez Ciebie 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 Ciebie alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ciebie przestępstwa,
c) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywasz – chyba że jesteś pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ciebie lub Twoim udziałem w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 140/2026 i obowiązują od 7 listopada 2026 r.

UMOWA DODATKOWA

Śmierć wskutek NW komunikacyjnego

— MATERIAŁ REKLAMOWY —

Podstawowa korzyść
Wskazanym przez Ciebie osobom wypłacimy dodatkową kwotę, która powiększy wypłatę z ubezpieczenia na życie.

Warto wiedzieć
Wypadek komunikacyjny to wypadek, któremu uległ kierujący pojazdem drogowym (takim jak np.: samochód, rower czy motocykl), pasażer m.in. samochodu, samolotu, pociągu i statku lub pieszy.

Zwróć uwagę
Pieniądze z ubezpieczenia na życie wypłacimy uprawnionym do tego osobom – niezależnie od wyniku postępowania spadkowego.



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE ŚMIERCI WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (SWK/PP/2/2026)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 20 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Prosty Plan” albo Art. 20 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Prosty Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

ZYPPSWK-O02 10/26

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE ŚMIERCI WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (SWK/PP/2/2026)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.
W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej i inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy ani nie realizujemy świadczeń z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie Twoje działania, które służą osiąganiu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie je podejmujesz
2. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
   a) jest nagłe i nie zależy od Twojej woli,
   b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym ani psychicznym stanem Twojego zdrowia,
   c) występuje w czasie, gdy obejmujemy Cię ochroną ubezpieczeniową
3. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą podejmujesz w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
4. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe, gdy umierasz wskutek Wypadku Komunikacyjnego; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
5. **Śmierć wskutek Wypadku Komunikacyjnego** – Twoja śmierć wskutek Wypadku Komunikacyjnego, która następuje w ciągu 180 dni od tego wypadku
6. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
   a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
   b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
7. **Wypadek Komunikacyjny** – Nieszczęśliwy Wypadek, który powstał w ruchu drogowym, powietrznym albo wodnym i któremu ulegasz, jako:
   a) pieszy,
   b) pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego albo pasażerskiego statku wodnego,
   c) pasażer albo kierujący pojazdem silnikowym (w rozumieniu ustawy – Prawo o ruchu drogowym), rowerem, motorowerem albo zaprzęgiem konnym,
   d) kierujący pojazdem szynowym
8. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem:
   a) wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub
   b) stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub osiągane wyniki sportowe

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Wypadku Komunikacyjnego, w tym następstwa wypadku, któremu ulegasz w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. W razie Twojej Śmierci wskutek Wypadku Komunikacyjnego, wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

ART. 3 JAK DŁUGO TRWA UMOWA DODATKOWA

Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
b) w chwili Twojej śmierci,
c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI

1. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, masz obowiązek poinformować nas także o tym, że:
   a) rozpoczynasz Zawodowe Uprawianie Sportu albo go zaprzestajesz,
   b) rozpoczynasz, podejmujesz dodatkową lub zmieniasz swoją Aktywność Zarobkową,
   w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
2. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
   b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą Cię obejmujemy, albo
   c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
3. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową, albo
   b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą Cię obejmujemy.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
   a) Twojego Wieku i Roku Ubezpieczenia,
   b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
   c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACIMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. W razie Twojej Śmierci wskutek Wypadku Komunikacyjnego wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu jego śmierci. Jeśli taka śmierć następuje po zakończeniu Umowy Dodatkowej, w czasie której miał miejsce Wypadek Komunikacyjny, to wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązywała w ostatnim dniu tej umowy.
2. Pieniądze wypłacamy osobom, które są uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu Twojej śmierci zgodnie z OWU, chyba że wskazałeś inne osoby.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata się należy i wypłacić pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Twojej śmierci oraz:

a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość osoby, która składa wniosek o wypłatę,
c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Wypadku Komunikacyjnego,
d) skróconego odpisu aktu zgonu a także kopii karty zgonu lub dokumentacji medycznej, która zawiera informację o przyczynie śmierci; jeśli nie jest możliwe dostarczenie tych dokumentów, to prosimy o dostarczenie innych, które potwierdzają śmierć i jej przyczynę.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Wypadek Komunikacyjny, wskutek którego następuje Twoja śmierć, został spowodowany lub miał miejsce:

a) w związku ze spożyciem przez Ciebie alkoholu, zażyciem przez Ciebie 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 Ciebie alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ciebie przestępstwa,
c) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywasz – chyba że jesteś pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
d) w związku z Twoim Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu,
e) w związku z Twoim udziałem w następujących zajęciach: kolarstwo ekstremalne (freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, żeglarstwo morskie lub oceaniczne.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 141/2026 i obowiązują od 7 listopada 2026 r.

UMOWA DODATKOWA

Poważne zachorowanie

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?
Zapewnimy Ci wsparcie finansowe, jeśli zachorujesz na poważną chorobę objętą ubezpieczeniem np.: nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania, świeży zawał serca i udar mózgu.

Warto wiedzieć
- Masz do wyboru trzy wersje, które różnią się zakresem ochrony i obejmują odpowiednio:
  – wersja 1: nowotwory,
  – wersja 2: nowotwory i choroby układu krążenia,
  – wersja 3: nowotwory, choroby układu krążenia i choroby neurologiczne.

  Szczegółową listę poważnych chorób znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia.
- Dodatkowo wypłacimy 2500 zł w razie zachorowania na nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania.

Zwróć uwagę
Pieniądze z ubezpieczenia otrzymasz bez zbędnych formalności – nie wymagamy ani faktur za leczenie, ani oświadczeń o wydatkach.



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (PZW/PP/5/2026)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 ust. 1 – 5 wraz z definicjami pojęć z art. 1 oraz art. 9
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 1 pkt 11 Art. 2 ust. 6 – 9 Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 20 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Prosty Plan” albo Art. 20 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Prosty Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

ZYPPPZW-O05 10/26

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (PZW/PP/5/2026)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy ani nie realizujemy świadczeń z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

W ramkach z przykładami zamieszczamy komentarze, które ułatwią Ci zrozumienie tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia. Te treści nie zastępują pełnego tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia – to po prostu dodatkowe wyjaśnienie dla Ciebie jako naszego Klienta.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie Twoje działania, które służą osiąganiu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie je podejmujesz
2. **Choroba Psychiczna** – schorzenie z kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, zakwalifikowane według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako pozycje F00-F99 (w razie przyjęcia kolejnej wersji tej klasyfikacji uwzględnimy nowe oznaczenia ICD tych samych jednostek chorobowych)
3. **Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań** – maksymalna łączna wypłata za Poważne Zachorowania z danej grupy. Limit ten obowiązuje łącznie w pierwszej i wszystkich kolejnych Umowach Dodatkowych. Wyrażamy go w procentach Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej i wskazujemy w Tabelach Wersji Ubezpieczenia
4. **Limit Wypłat dla Wersji Ubezpieczenia** – maksymalna łączna wypłata za Poważne Zachorowania z danej Wersji. Każda Wersja Ubezpieczenia ma inny limit, który obowiązuje łącznie w pierwszej i wszystkich kolejnych Umowach Dodatkowych. Wyrażamy go w procentach Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej i wskazujemy w Tabelach Wersji Ubezpieczenia
5. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
   a) jest nagłe i nie zależy od Twojej woli,
   b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym ani psychicznym stanem Twojego zdrowia,
   c) występuje w czasie, gdy obejmujemy Cię ochroną ubezpieczeniową
6. **Poważne Zachorowanie** – choroba, procedura medyczna lub zaburzenie funkcji Twojego organizmu, które:
   a) wystąpiły w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą Cię obejmujemy i
   b) w czasie tej ochrony spełniają warunki zawarte w definicji danego Poważnego Zachorowania.
   Poważne Zachorowania, które są objęte ubezpieczeniem w ramach dostępnych Wersji Ubezpieczenia wskazujemy w Tabelach Wersji Ubezpieczenia.
   Definicje Poważnych Zachorowań znajdziesz na końcu tego dokumentu
7. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą podejmujesz w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
8. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, na podstawie której obliczamy, jakie świadczenie ubezpieczeniowe wypłacamy Ci w przypadku Poważnego Zachorowania; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
9. **Szpital** – podmiot leczniczy, który:
   a) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz
   b) zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski.
   Podmiot leczniczy, który udziela świadczeń na terenie Rzeczpospolitej Polskiej, musi być zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych
10. **Świadczenie Dodatkowe** – kwota, którą Ci wypłacamy dodatkowo, gdy podejmujemy decyzję o wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego za nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania. Świadczenie Dodatkowe nie wlicza się do Limitu Wypłat dla Wersji Ubezpieczenia.
    Wysokość Świadczenia Dodatkowego wskazujemy we Wniosku i Dokumencie Ubezpieczenia. Świadczenie Dodatkowe ulega zmianie, gdy korzystasz z indeksacji
11. **Trwała Utrata Możliwości Samodzielnej Egzystencji** – stan, który nie rokuje poprawy i w którym nie możesz samodzielnie wykonywać, przez co najmniej 6 miesięcy, przynajmniej 2 z następujących czynności życia codziennego:
    a) kąpiel – przez którą rozumiemy zdolność umycia się,
    b) ubieranie się – przez które rozumiemy zdolność zakładania i zdejmowania odzieży,
    c) przemieszczanie się – przez które rozumiemy zdolność do przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem,
    d) korzystanie z toalety – przez które rozumiemy zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza,
    e) odżywianie się – przez które rozumiemy zdolność do spożycia posiłku.
    Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji stwierdza neurolog
12. **Ubytki Neurologiczne** – deficyt lub deficyty czynności układu nerwowego, które są spowodowane chorobą lub urazem i są stwierdzane wyłącznie w badaniu przedmiotowym wykonanym przez specjalistę neurologa lub neurochirurga.
    Ubezpieczenie nie obejmuje schorzeń, w przypadku których warunkiem spełnienia definicji Poważnego Zachorowania jest powstanie deficytu lub deficytów czynności układu nerwowego, podczas gdy u Ubezpieczonego wystąpił wyłącznie jeden lub kilka z następujących symptomów:
    a) zmiany, które zostały stwierdzone jedynie w badaniach obrazowych,
    b) bóle głowy, zaburzenia pamięci, zaburzenia koncentracji,
    bez współistniejących deficytów czynności układu nerwowego, stwierdzonych w przedmiotowym lekarskim badaniu neurologicznym
13. **Wersja Ubezpieczenia (Wersja)** – jedna z trzech wersji zakresu ubezpieczenia, którą wybierasz przed zawarciem Umowy Dodatkowej; wersje te różnią się Poważnymi Zachorowaniami, które są objęte ubezpieczeniem, oraz Limitem Wypłat dla Wersji Ubezpieczenia. Poważne Zachorowania, które są objęte ubezpieczeniem w ramach dostępnych Wersji wskazujemy w Tabelach Wersji Ubezpieczenia. W czasie trwania Umowy Dodatkowej nie możesz zmienić Wersji Ubezpieczenia
14. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
    a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
    b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)

15. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia:**
    a) narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny; skoki narciarskie; bobsleje; uprawianie poza wyznaczonymi trasami: narciarstwa (nie dotyczy narciarstwa biegowego), snowboardingu, saneczkarstwa;
    b) kolarstwo ekstremalne (freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill);
    c) bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon);
    d) wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne; wyścigi konne;
    e) nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu; skoki do wody; kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne; żeglarstwo morskie lub oceaniczne;
    f) skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości; paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo;
    g) wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu; speleologia;
    h) sporty walki;
    i) 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 Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne); wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu;
    j) zorbing
16. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem:
    a) wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub
    b) stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub osiągane wyniki sportowe

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA), JAKIE SĄ WERSJE UBEZPIECZENIA

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy Twoje zdrowie. Ubezpieczenie obejmuje wystąpienie Poważnego Zachorowania – także wtedy, gdy jest ono skutkiem Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Pierwszą Umowę Dodatkową możesz zawrzeć razem z Umową Główną.
3. Umowę Dodatkową zawierasz w jednej z trzech Wersji Ubezpieczenia.
4. Wypłata świadczenia za Poważne Zachorowanie wpływa na zakres udzielanej przez nas dalszej ochrony ubezpieczeniowej. W określonych przypadkach możesz otrzymać świadczenie za więcej niż jedno Poważne Zachorowanie.
5. Poważne Zachorowania, które są objęte ubezpieczeniem wskazujemy w Tabelach Wersji Ubezpieczenia. W Wersji 2 i Wersji 3, Poważne Zachorowania dzielimy na grupy. W tabelach wskazujemy również:
    a) % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej za każde Poważne Zachorowanie,
    b) Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań,
    c) Limit Wypłat dla Wersji Ubezpieczenia.

Tabele Wersji Ubezpieczenia:

Wersja 1: nowotwory

Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem w ramach tej Wersji	**% Sumy Ubezpieczenia**
łagodny guz kanału kręgowego leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	100%
łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	100%
łagodny nowotwór mózgu o średnicy co najmniej 10 mm	10%
niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku)	100%
nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości	10%
nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania	100%
Limit Wypłat dla Wersji Ubezpieczenia	**100% Sumy Ubezpieczenia**

Wersja 2: nowotwory i choroby układu krążenia

Grupa	**Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem w ramach tej Wersji**	**% Sumy Ubezpieczenia**
Grupa 1 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: **100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej**. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	łagodny guz kanału kręgowego leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	100%
	łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	100%
	łagodny nowotwór mózgu o średnicy co najmniej 10 mm	10%
	niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku)	100%
	nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości	10%
	nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania	100%

Grupa	Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem w ramach tej Wersji	% Sumy Ubezpieczenia
Grupa 2 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: **100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej**. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	infekcyjne zapalenie wsierdzia (IZW), u osoby która nie przebyła operacji zastawek serca w ciągu 12 miesięcy przed IZW	100%
	nadciśnienie płucne powodujące niewydolność serca ocenioną jako III albo IV klasa wg NYHA	10%
	operacja aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii	100%
	operacja tętnicy płucnej wykonana z otwarciem klatki piersiowej	100%
	operacja zastawek serca	100%
	pierwotna kardiomiopatia rozstrzeniowa powodująca obniżenie frakcji wyrzutowej lewej komory serca poniżej 30% i niewydolność serca ocenioną jako III lub IV klasa wg NYHA	10%
	pierwotne nadciśnienie płucne powodujące niewydolność serca ocenioną jako III albo IV klasa wg NYHA	100%
	pierwsza ablacja zaburzeń rytmu serca	10%
	pierwszorazowe wszczepienie układu stymulującego serce	10%
	pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass)	100%
	świeży zawał serca	100%
	udar mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych	10%
	udar mózgu powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	100%
	zator tętnicy płucnej leczony z zastosowaniem technik śródnaczyniowych	10%
Limit Wypłat dla Wersji Ubezpieczenia		**130% Sumy Ubezpieczenia**

Wersja 3: nowotwory, choroby układu krążenia i choroby neurologiczne

Grupa	Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem w ramach tej Wersji	% Sumy Ubezpieczenia
Grupa 1 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: **100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej**. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	łagodny guz kanału kręgowego leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	100%
	łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	100%
	łagodny nowotwór mózgu o średnicy co najmniej 10 mm	10%
	niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku)	100%
	nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości	10%
	nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania	100%
Grupa 2 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: **100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej**. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	infekcyjne zapalenie wsierdzia (IZW), u osoby która nie przebyła operacji zastawek serca w ciągu 12 miesięcy przed IZW	100%
	nadciśnienie płucne powodujące niewydolność serca ocenioną jako III albo IV klasa wg NYHA	10%
	operacja aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii	100%
	operacja tętnicy płucnej wykonana z otwarciem klatki piersiowej	100%
	operacja zastawek serca	100%
	pierwotna kardiomiopatia rozstrzeniowa powodująca obniżenie frakcji wyrzutowej lewej komory serca poniżej 30% i niewydolność serca ocenioną jako III lub IV klasa wg NYHA	10%
	pierwotne nadciśnienie płucne powodujące niewydolność serca ocenioną jako III albo IV klasa wg NYHA	100%
	pierwsza ablacja zaburzeń rytmu serca	10%
	pierwszorazowe wszczepienie układu stymulującego serce	10%
	pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass)	100%
	świeży zawał serca	100%
	udar mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych	10%
	udar mózgu powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	100%
	zator tętnicy płucnej leczony z zastosowaniem technik śródnaczyniowych	10%

Grupa	Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem w ramach tej Wersji	% Sumy Ubezpieczenia
Grupa 3 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: **100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej**. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych	10%
	bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne	100%
	choroba Alzheimera powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji	100%
	choroba neuronu ruchowego powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne prowadzące do zaburzeń motoryki	100%
	choroba Parkinsona powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji	100%
	dystrofia mięśniowa powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji	100%
	operacja mózgu wykonana z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową	100%
	porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji	100%
	postępujące porażenie nadjądrowe prowadzące do całkowitego unieruchomienia Ubezpieczonego	100%
	sepsa (posocznica) leczona w Szpitalu	100%
	stwardnienie rozsiane	100%
	śpiączka niefarmakologiczna powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne	100%
	toczeń rumieniowaty układowy (SLE)	100%
	twardzina układowa (sklerodermia uogólniona)	100%
	wczesne stadium choroby Parkinsona wymagające stałej farmakoterapii	10%
	wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych	10%
	wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne	100%
Limit Wypłat dla Wersji Ubezpieczenia		**150% Sumy Ubezpieczenia**

Przykład
Jeśli osoba, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową wybrała Wersję 2 i otrzymała 100% Sumy Ubezpieczenia za łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne, to wygasa ochrona z tytułu Poważnych Zachorowań z Grupy 1. Oznacza to, że ta osoba nie otrzyma już świadczenia za inne Poważne Zachorowanie z tej grupy, czyli np. za niedokrwistość aplastyczną (aplazja szpiku).
Limit Wypłat dla Wersji 2 Ubezpieczenia wynosi 130%, czyli osoba, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową może jeszcze otrzymać 30% Sumy Ubezpieczenia za Poważne Zachorowanie z Grupy 2 (np. za świeży zawał serca).

6. Za każde Poważne Zachorowanie, które wymieniamy w Tabelach Wersji Ubezpieczenia, świadczenie wypłacamy tylko raz w ramach pierwszej i kolejnych Umów Dodatkowych. Ograniczenie to nie dotyczy nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości o innym umiejscowieniu niż nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, za który wcześniej wypłaciliśmy świadczenie. Takie samo umiejscowienie oznacza, że nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości dotyczy tego samego narządu lub drugiego takiego samego narządu – w przypadku narządów położonych symetrycznie.

   Przykład 1
   Jeśli osoba, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową otrzymała już od nas świadczenie za nowotwór złośliwy skóry w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, to nie otrzyma już świadczenia za kolejny taki nowotwór złośliwy skóry.

   Przykład 2
   Jeśli osoba, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową otrzymała już od nas świadczenie za nowotwór złośliwy gruczołu piersiowego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, to nie otrzyma już świadczenia za taki nowotwór złośliwy drugiego gruczołu piersiowego.

7. Jeśli na skutek jednego Poważnego Zachorowania występuje inne Poważne Zachorowanie, które zgodnie z dokumentacją medyczną jest jego bezpośrednim następstwem, to wypłacamy świadczenie tylko za to Poważne Zachorowanie, które wystąpiło jako pierwsze. Ograniczenie to nie dotyczy progresji nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, za który wypłaciliśmy 10% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, do nowotworu złośliwego w wysokim stopniu zaawansowania, ani zmiany jego kwalifikacji na nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania. W takich przypadkach dopłacamy do % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który przewidujemy do wypłaty za nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania, nie więcej jednak niż:
   a) % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który pozostaje do wykorzystania w ramach Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań

   ani

   b) % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który pozostaje do wykorzystania w ramach Limitu Wypłat dla Wersji Ubezpieczenia.
8. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej, jeśli umierasz w wyniku Poważnego Zachorowania w ciągu:
   a) 30 dni od jego wystąpienia – w przypadku: sepsy (posocznicy) leczonej w Szpitalu, niedokrwistości aplastycznej (aplazji szpiku), nowotworu złośliwego w wysokim stopniu zaawansowania, nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, operacji mózgu wykonanej z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową, porażenia kończyn prowadzącego do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji, śpiączki niefarmakologicznej powodującej trwałe Ubytki Neurologiczne, udaru mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, udaru mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych,
   b) 14 dni od jego wystąpienia – w przypadku: infekcyjnego zapalenia wsierdzia (IZW), u osoby która nie przebyła operacji zastawek serca w ciągu 12 miesięcy przed IZW, łagodnego nowotworu mózgu leczonego operacyjnie lub powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, łagodnego guza kanału kręgowego leczonego operacyjnie lub powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, operacji aorty wykonanej drogą laparotomii lub torakotomii, operacji tętnicy płucnej przy użyciu technik śródnaczyniowych, operacji tętnicy płucnej wykonanej z otwarciem klatki piersiowej, operacji zastawek serca, pierwszej ablacji zaburzeń rytmu serca, pierwszorazowego wszczepienia układu

stymulującego serce, pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), świeżego zawału serca.

9. Przez pierwsze 90 dni ochrony ubezpieczeniowej w pierwszej Umowie Dodatkowej ubezpieczenie obejmuje Poważne Zachorowanie spowodowane wyłącznie Nieszczęśliwym Wypadkiem.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:

a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
b) w chwili Twojej śmierci,
c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
d) gdy wystąpi Poważne Zachorowanie, za które wypłata – wraz z wypłatami za wcześniejsze Poważne Zachorowania – spowoduje osiągniecie Limitu Wypłat dla Wersji Ubezpieczenia,
e) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI

1. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, masz obowiązek poinformować nas także o tym, że:
   a) rozpoczynasz Zawodowe Uprawianie Sportu albo go zaprzestajesz,
   b) rozpoczynasz, podejmujesz dodatkową lub zmieniasz swoją Aktywność Zarobkową

   w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
2. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową, albo
   b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą Cię obejmujemy, albo
   c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
3. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową, albo
   b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą Cię obejmujemy.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
   a) Twojego Wieku i Roku Ubezpieczenia,
   b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej i wysokości Świadczenia Dodatkowego,
   c) zakresu udzielanej przez nas ochrony ubezpieczeniowej,
   d) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Za Poważne Zachorowanie wypłacamy Ci odpowiedni % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej zgodnie z Tabelą Wersji Ubezpieczenia, nie więcej jednak niż:
   a) % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który pozostaje do wykorzystania w ramach Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań

   ani
   b) % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który pozostaje do wykorzystania w ramach Limitu Wypłat dla Wersji Ubezpieczenia.

   Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy. Jeśli wybrałeś Wersję 2 albo Wersję 3, to nadal obejmujemy Cię ochroną ubezpieczeniową w zakresie Poważnych Zachorowań z pozostałych grup, pod warunkiem, że pozostaje do wykorzystania Limit Wypłat dla Wersji Ubezpieczenia.
   Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Wersji Ubezpieczenia wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań i Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu.
2. Kwotę wypłaty obliczamy na podstawie Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu wystąpienia Poważnego Zachorowania. Za taki dzień wystąpienia uznajemy:
   a) dzień zabiegu operacyjnego – w przypadku: operacji aorty wykonanej drogą laparotomii lub torakotomii, operacji mózgu wykonanej z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową, operacji tętnicy płucnej przy użyciu technik śródnaczyniowych, operacji tętnicy płucnej wykonanej z otwarciem klatki piersiowej, operacji zastawek serca, pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), pierwszej ablacji zaburzeń rytmu serca, pierwszorazowego wszczepienia układu stymulującego serce,
   b) dzień wykonania badania histopatologicznego, którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy – w przypadku: nowotworu złośliwego w wysokim stopniu zaawansowania, nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości,
   c) ostatni dzień okresu, który wskazujemy w definicji Poważnego Zachorowania – w przypadku porażenia kończyn prowadzącego do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji,
   d) dzień uznania Ciebie za trwale i całkowicie niezdolnego do samodzielnej egzystencji – w przypadku choroby Alzheimera powodującej Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji, choroby Parkinsona powodującej trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji, dystrofii mięśniowej powodującej Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji,
   e) dzień postawienia diagnozy, która potwierdza zgodność jednostki chorobowej z definicją Poważnego Zachorowania – w przypadku pozostałych Poważnych Zachorowań.
3. Jeśli po wystąpieniu Poważnego Zachorowania bez trwałych Ubytków Neurologicznych, zostaną stwierdzone trwałe Ubytki Neurologiczne, jako skutek tego Poważnego Zachorowania, to za dzień wystąpienia Poważnego Zachorowania z trwałymi Ubytkami Neurologicznymi, uznajemy dzień wystąpienia Poważnego Zachorowania bez trwałych Ubytków Neurologicznych. W takim przypadku wcześniej wypłaconą kwotę za Poważne Zachorowanie bez trwałych Ubytków Neurologicznych traktujemy jako część świadczenia za Poważne Zachorowanie z trwałymi Ubytkami Neurologicznymi. Takie zasady stosujemy odpowiednio w przypadku:
   a) udaru mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych oraz udaru mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne,
   b) bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych oraz bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne,
   c) wirusowego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych oraz wirusowego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne.

   Trwałe Ubytki Neurologiczne muszą utrzymywać się w okresie, który wskazujemy w definicji odpowiedniego Poważnego Zachorowania z trwałymi Ubytkami Neurologicznymi.
4. Jeśli po 3 miesiącach od wystąpienia łagodnego nowotworu mózgu o średnicy co najmniej 10 mm, zostaną stwierdzone trwałe Ubytki Neurologiczne, jako skutki tego Poważnego Zachorowania, albo guz zostanie usunięty neurochirurgicznie lub będzie leczony radioterapią, to za dzień wystąpienia łagodnego nowotworu mózgu leczonego operacyjnie lub powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne uznajemy dzień wystąpienia łagodnego nowotworu mózgu o średnicy co najmniej 10 mm. W takim przypadku wcześniej wypłaconą kwotę za łagodny nowotwór mózgu o średnicy co najmniej 10 mm traktujemy jako część świadczenia za łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne.
5. Gdy podejmujemy decyzję o wypłacie świadczenia za nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania, to wypłacamy również Świadczenie Dodatkowe.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata Ci się należy, i wypłacić pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o zajściu Poważnego Zachorowania oraz:

a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
b) kopii dokumentu potwierdzającego Twoją tożsamość,
c) dokumentacji medycznej z diagnostyki, rozpoznania i leczenia, w tym: kart wypisu ze szpitala, dokumentacji leczenia ambulatoryjnego, wyników badań,

d) innych dokumentów, które dotyczą Poważnego Zachorowania – na nasz wniosek.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU, w odniesieniu do Umowy Dodatkowej nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Poważne Zachorowanie nastąpiło:

a) w związku ze spożyciem przez Ciebie alkoholu, zażyciem narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem przez Ciebie zaleceń lekarskich,
c) w związku z Chorobą Psychiczną,
d) w związku z umyślnym samouszkodzeniem ciała lub usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa,
e) w wyniku zakażenia HIV,
f) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ciebie przestępstwa,
g) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywasz – chyba że jesteś pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
h) w związku z Twoim Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu lub Twoim udziałem w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

ART. 9 JAKIE SĄ DEFINICJE POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

Pojęcia, które piszemy wielką literą (w tym: Ubytki Neurologiczne, Trwała Utrata Możliwości Samodzielnej Egzystencji) zdefiniowaliśmy na początku tego dokumentu.

	Definicje Poważnych Zachorowań
1	**bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych** – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku obecności trwałych Ubytków Neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania
2	**bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne** – bakteryjne zakażenie półkul mózgu, pnia mózgu, móżdżku lub opon mózgowo-rdzeniowych, które spowodowało zaburzenia funkcji mózgu i spełnia następujące warunki: a) wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego potwierdza bakteryjną przyczynę zachorowania oraz b) trwałe Ubytki Neurologiczne utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania. Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznaje neurolog. Ubezpieczenie nie obejmuje neuroboreliozy
3	**choroba Alzheimera powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji** – samoistna, przewlekła i postępująca degeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, która doprowadziła do trwałego otępienia, zaniku pamięci oraz zaburzeń intelektualnych, w stadium Trwałej Utraty Możliwości Samodzielnej Egzystencji. Chorobę Alzheimera stwierdza neurolog na podstawie testów klinicznych i kwestionariuszy, które potwierdzają trwałe zaburzenia poznawcze w zapamiętywaniu, rozumowaniu oraz myśleniu abstrakcyjnym. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków otępienia ani innych uszkodzeń mózgu, do których doszło w wyniku innych chorób
4	**choroba neuronu ruchowego powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne prowadzące do zaburzeń motoryki** – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, która prowadzi do niszczenia komórek rogów przednich rdzenia kręgowego, jąder nerwów czaszkowych rdzenia przedłużonego lub neuronów drogi piramidowej i powoduje trwałe Ubytki Neurologiczne, które utrzymują się nieprzerwanie co najmniej przez 3 miesiące i prowadzą do zaburzeń motoryki. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie: a) stwardnienie zanikowe boczne, łac. Sclerosis Lateralis Amyotrophica (SLA), b) postępujący zanik mięśni, ang. Progressive Mascular Atrophy (PMA), c) pierwotne stwardnienie boczne, ang. Primary Lateral Sclerosis (PLS), d) postępujące porażenie opuszkowe, ang. Progressive Bulbar Palsy (PBP). Chorobę neuronu ruchowego stwierdza neurolog na podstawie standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania
5	**choroba Parkinsona powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji** – choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego w stadium Trwałej Utraty Możliwości Samodzielnej Egzystencji. Chorobę Parkinsona stwierdza neurolog na podstawie trwałych Ubytków Neurologicznych, charakterystycznych dla tego Poważnego Zachorowania. Ubezpieczenie nie obejmuje innych, poza chorobą Parkinsona, przyczyn zespołu parkinsonowskiego
6	**dystrofia mięśniowa powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji** – choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym, która spowodowała postępujący zanik mięśni i doprowadziła do trwałych zaburzeń ich funkcji – w stadium Trwałej Utraty Możliwości Samodzielnej Egzystencji. Dystrofię mięśniową stwierdza neurolog na podstawie: a) standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, oraz b) wyników biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG). Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków postępującego zaniku mięśni, który jest spowodowany przyczynami neurologicznymi lub naczyniowymi
7	**infekcyjne zapalenie wsierdzia (IZW), u osoby która nie przebyła operacji zastawki serca w ciągu 12 miesięcy przed IZW** – zakażenie wsierdzia w obrębie zastawek, komór i przedsionków z obecnością tzw. wegetacji (ruchomych, echogenicznych tworów, które składają się ze skrzeplin i bakterii, przytwierdzonych do wsierdzia), stwierdzonych w obrazach echokardiograficznych, u osoby, która nie przebyła operacji zastawki serca w ciągu 12 miesięcy poprzedzających zapalenie wsierdzia. Infekcyjne zapalenie wsierdzia stwierdza lekarz chorób wewnętrznych lub kardiolog na podstawie dodatniego wyniku badań bakteriologicznych, które wykazują obecność drobnoustrojów typowych dla zapalenia wsierdzia w 2 różnych posiewach
8	**łagodny guz kanału kręgowego leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne** – niezłośliwy nowotwór zlokalizowany wewnątrz kanału kręgowego, który został usunięty neurochirurgicznie lub był leczony radioterapią lub który – w przypadku zaniechania operacji / radioterapii – spowodował trwałe Ubytki Neurologiczne, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia stwierdzenia guza. Guz stwierdza neurolog lub neurochirurg na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczenie nie obejmuje: ziarniniaków, ropni, krwiaków, tętniaków, guzów zlokalizowanych w obrębie kręgów, przepukliny krążka międzykręgowego, zmian zwyrodnieniowych, urazów kręgosłupa
9	**łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne** – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym, który został usunięty neurochirurgicznie lub był leczony radioterapią lub – w przypadku zaniechania operacji / radioterapii – spowodował trwałe Ubytki Neurologiczne, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia stwierdzenia guza. Guz stwierdza neurolog lub neurochirurg na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczenie nie obejmuje: guzów przysadki o średnicy poniżej 10 mm, ziarniniaków, tętniaków, krwiaków, ropni ani zmian w obrębie rdzenia kręgowego

	Definicje Poważnych Zachorowań
10	**łagodny nowotwór mózgu o średnicy co najmniej 10 mm** – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym, o średnicy co najmniej 10 mm. Guz stwierdza neurolog lub neurochirurg na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczenie nie obejmuje krwiaków, ropni, ziarniniaków ani tętniaków
11	**nadciśnienie płucne powodujące niewydolność serca ocenioną jako III albo IV klasa wg NYHA** – podwyższone średnie ciśnienie w tętnicy płucnej powyżej 20 mm Hg, z przerostem mięśnia sercowego i niewydolnością serca ocenioną jako III albo IV klasa wg NYHA (New York Heart Association), które utrzymują się przez co najmniej 3 miesiące. Nadciśnienie płucne powodujące niewydolność serca ocenioną jako III albo IV klasa wg NYHA stwierdza kardiolog
12	**niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku)** – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku, która przebiega ze zmniejszeniem ilości komórek szpiku kostnego poniżej 25%. Niedokrwistość aplastyczną (aplazję szpiku) stwierdza hematolog na podstawie występowania co najmniej 2 spośród 3 poniższych nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi: a) całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm^3, b) liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm^3, c) liczba retykulocytów poniżej 20 000/mm^3. Ponadto Ubezpieczony musi spełnić jeden z poniższych warunków: • musi być leczony co najmniej 2 przetoczeniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego w ciągu 3 kolejnych miesięcy, • otrzymywać leczenie immunosupresyjne, • poddać się przeszczepowi szpiku kostnego lub przeszczepowi komórek macierzystych krwi. Ubezpieczenie nie obejmuje przejściowej lub odwracalnej postaci niedokrwistości aplastycznej
13	**nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy, który nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych albo jest zmianą o niskim potencjale złośliwości. Ubezpieczenie obejmuje następujące nowotwory złośliwe w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości: a) rak przedinwazyjny – carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer – AJCC, 8th Edition of the TNM Classification i następnych) wszystkich narządów poza skórą, b) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania nie wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa, c) nowotwór gruczołu krokowego o złośliwości według sumy Gleasona mniejszej niż 7 i bez określonego przez histopatologa stopnia zaawansowania w klasyfikacji pTNM (także taki, który opisano według klasyfikacji klinicznej TNM jako T1N0M0, w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0), d) rak brodawkowaty lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM, e) następujące zespoły mieloproliferacyjne w stadium łagodnym, czyli przed akceleracją choroby wymagającą intensyfikacji leczenia lub przejściem choroby w stadium schyłkowe: nadpłytkowość samoistna, czerwienica prawdziwa, f) zmiany złośliwe o niskim potencjale złośliwości lub nieinwazyjne. Rozpoznanie nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje guzów granicznych jajnika. Ubezpieczenie nie obejmuje: • dysplazji, • zmian przedrakowych, • nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej w tej definicji, • mięsaków Kaposiego, chłoniaków nieziarniczych ani raka szyjki macicy u osoby z uprzednio zdiagnozowaną infekcją HIV. Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia
14	**nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania** – guz o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych oraz powoduje naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe. Ubezpieczenie obejmuje także chłoniaki złośliwe, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), zespoły mielodysplastyczne (MDS), białaczki, zespoły mieloproliferacyjne w stadium akceleracji choroby lub w stadium schyłkowym oraz czerniaka złośliwego skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania według klasyfikacji Clarka lub Breslowa. Rozpoznanie nowotworu złośliwego w wysokim stopniu zaawansowania musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje: • nowotworów, które spełniają definicję nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, • guzów granicznych jajnika w stopniu IA ani IB według klasyfikacji FIGO (fr. Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, edycja 2014 i następne). Ubezpieczenie nie obejmuje: • nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej w tej definicji, • mięsaków Kaposiego, chłoniaków nieziarniczych ani raka szyjki macicy u osoby z uprzednio zdiagnozowaną infekcją HIV. Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia
15	**operacja aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii** – operacja chirurgiczna tętniaka, zwężenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej lub brzusznej (z wyłączeniem ich odgałęzień), wykonana drogą laparotomii lub torakotomii. Operacja ta polega na: a) usunięciu patologicznie zmienionej części aorty lub b) usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej graftem. W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje operacyjnego leczenia zastawek aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje operacji aorty, które wykorzystują techniki śródnaczyniowe, w tym przezskórne operacje naprawcze, polegające na wprowadzeniu stentgraftu do aorty
16	**operacja mózgu wykonana z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową** – operacja neurochirurgiczna mózgu, wykonana z powodu choroby, w znieczuleniu ogólnym z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową, na podstawie wskazań neurochirurga. Ubezpieczenie obejmuje także operacyjne otwarcie czaszki w celu usunięcia ropnia mózgu. Ubezpieczenie nie obejmuje operacji mózgu, która jest wykonywana w celu diagnostyki lub leczenia nowotworu ani udaru mózgu
17	**operacja tętnicy płucnej wykonana z otwarciem klatki piersiowej** – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej, która polega na wycięciu tętnicy płucnej i zastąpieniu jej przeszczepem naczyniowym lub nacięciu tętnicy i usunięciu z niej materiału zatorowego. Operacja ta jest przeprowadzana na podstawie wskazań kardiologa lub kardiochirurga. W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje zatorów płucnych leczonych przy użyciu technik śródnaczyniowych ani środków farmakologicznych

	Definicje Poważnych Zachorowań
18	**operacja zastawek serca** – operacja kardiochirurgiczna przeprowadzona na otwartym sercu albo bez otwierania serca, która polega na wymianie lub naprawie chorobowo zmienionej co najmniej jednej zastawki serca. Operacja ta może być również wykonana przy użyciu mikrochirurgii lub kardiologicznych technik śródnaczyniowych, takich jak przezskórna operacja naprawcza zastawek serca. Konieczność przeprowadzenia operacji stwierdza kardiolog, na podstawie wyników badań medycznych
19	**pierwotna kardiomiopatia rozstrzeniowa powodująca obniżenie frakcji wyrzutowej lewej komory serca poniżej 30% i niewydolność serca ocenioną jako III lub IV klasa wg NYHA** – pierwotna choroba mięśnia sercowego, która prowadzi do niewydolności serca ocenionej jako III lub IV klasa wg NYHA (New York Heart Association), która to niewydolność utrzymuje się przez co najmniej 3 miesiące. Kardiomiopatię rozstrzeniową stwierdza kardiolog na podstawie obniżenia frakcji wyrzutowej lewej komory serca (ang. EF – Ejection Fraction) poniżej 30% w dwóch kolejnych badaniach echokardiograficznych, wykonanych w odstępie co najmniej 3 miesięcy. Ubezpieczenie nie obejmuje kardiomiopatii alkoholowej
20	**pierwotne nadciśnienie płucne powodujące niewydolność serca ocenioną jako III albo IV klasa wg NYHA** – podwyższone średnie ciśnienie w tętnicy płucnej powyżej 20 mm Hg, o nieznanej przyczynie, z przerostem mięśnia sercowego i niewydolnością serca ocenioną jako III albo IV klasa wg NYHA (New York Heart Association), które utrzymują się przez co najmniej 3 miesiące. Pierwotne nadciśnienie płucne powodujące niewydolność serca ocenioną jako III albo IV klasa wg NYHA stwierdza kardiolog
21	**pierwsza ablacja zaburzeń rytmu serca** – pierwszy w życiu Ubezpieczonego zabieg, który polega na całkowitym zniszczeniu lub odizolowaniu od zdrowego serca obszaru serca, który jest źródłem zaburzeń rytmu. Konieczność przeprowadzenia takiego zabiegu stwierdza kardiolog, na podstawie wyników badań medycznych
22	**pierwszorazowe wszczepienie układu stymulującego serce** – pierwszy w życiu Ubezpieczonego zabieg wszczepienia do ciała na stałe urządzenia stymulującego pracę serca. Konieczność przeprowadzenia takiego zabiegu stwierdza kardiolog, na podstawie wyników badań medycznych. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów repozycji, rewizji ani wymiany układu stymulującego serce lub jego elementów
23	**pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass)** – operacja kardiochirurgiczna w celu zlikwidowania zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej przez wszczepienie pomostu omijającego. Operację tę poprzedza badanie, które wykazuje zwężenie tętnicy wieńcowej. Konieczność przeprowadzenia takiej operacji, jako najlepszego sposobu leczenia, stwierdza kardiolog lub kardiochirurg Ubezpieczenie nie obejmuje technik śródnaczyniowych
24	**porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn, którą spowodowały Nieszczęśliwy Wypadek lub choroba oraz która nie rokuje poprawy i występuje przez co najmniej 3 kolejne miesiące. Rozpoznanie i zakres zmian stwierdza neurolog. Ubezpieczenie nie obejmuje osłabienia siły mięśni, które przejawia się w postaci niedowładów, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych). W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje porażenia kończyn w przebiegu choroby neuronu ruchowego, stwardnienia rozsianego ani łagodnego guza kanału kręgowego
25	**postępujące porażenie nadjądrowe prowadzące do całkowitego unieruchomienia Ubezpieczonego** – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, która doprowadziła do całkowitego unieruchomienia Ubezpieczonego. Postępujące porażenie nadjądrowe stwierdza neurolog na podstawie standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, w tym na podstawie wystąpienia stałych zaburzeń ruchowych, zaburzeń ruchomości gałek ocznych oraz niestabilności postawy
26	**sepsa (posocznica) leczona w Szpitalu** – dysfunkcja wielonarządowa, która zagraża życiu oraz: a) jest spowodowana zaburzoną regulacją odpowiedzi ustroju na zakażenie i b) spełnia aktualne kryteria rozpoznawania sepsy wg konsensusu Sepsis-3 lub wg nowszych wytycznych, które są kontynuacją tego konsensusu i c) jest leczona w Szpitalu. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia ww. dysfunkcji narządowej spełniającej kryteria rozpoznania sepsy (wg Sepsis-3)
27	**stwardnienie rozsiane** – choroba zapalna układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami demielinizacyjnymi. Stwardnienie rozsiane stwierdza neurolog na podstawie aktualnych międzynarodowych kryteriów diagnostycznych (Kryteria McDonalda). Ubezpieczenie nie obejmuje: • rozpoznania tzw. klinicznie izolowanego zespołu CIS (ang. clinically isolated syndrome), • procesów demielinizacyjnych nie zakończonych jednoznacznym rozpoznaniem stwardnienia rozsianego, w tym rozpoznania prawdopodobnego stwardnienia rozsianego (ang. possible MS – possible multiple sclerosis)
28	**śpiączka niefarmakologiczna powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne** – stan utraty przytomności z brakiem odruchu rogówkowego oraz brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby fizjologiczne: a) który trwa w sposób ciągły i wymaga intubacji oraz mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia przez co najmniej 96 godzin po zakończeniu śpiączki farmakologicznej (po odstawieniu leków znieczulenia ogólnego) oraz b) którego skutkiem są trwałe Ubytki Neurologiczne, stwierdzone przez neurologa. Ubezpieczenie nie obejmuje śpiączki farmakologicznej oraz śpiączki, która jest skutkiem nadużywania lub zażycia: • leków w dawce większej niż zalecona przez lekarza lub dopuszczana przez producenta, • leków niezaleconych przez lekarza, które są wydawane na receptę
29	**świeży zawał serca** – ostre uszkodzenie mięśnia sercowego z klinicznymi cechami świeżego niedokrwienia mięśnia sercowego. Podstawą do stwierdzenia świeżego zawału serca jest wzrost lub spadek stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi, z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z poniższych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego: a) objawy niedokrwienia mięśnia sercowego, b) obecność nowych niedokrwiennych zmian w elektrokardiogramie, w tym: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa, c) pojawienie się patologicznych załamków Q w elektrokardiogramie, d) uwidocznienie w badaniach obrazowych nowego ubytku żywotnego mięśnia sercowego lub nowych regionalnych zaburzeń czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej, e) obecność skrzepliny w tętnicy wieńcowej uwidoczniona badaniem angiograficznym. Ubezpieczenie nie obejmuje: • niestabilnej choroby wieńcowej, epizodów dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) ani innych postaci ostrych incydentów wieńcowych, w tym ostrego zespołu wieńcowego, któremu nie towarzyszy rozpoznanie zawału serca, • zawału serca typu 3 według konsensusu z 2018 r. Wspólnej Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, American College of Cardiology, American Heart Association i World Heart Federation ds. Uniwersalnej Definicji Zawału Serca, • zawału serca przebytego w nieokreślonej przeszłości, który nie spełnia kryteriów świeżego zawału serca, w tym kryterium dotyczącego wzrostu lub spadku stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi

	Definicje Poważnych Zachorowań
30	**toczeń rumieniowaty układowy (SLE)** – choroba autoimmunologiczna, która przebiega z typowymi zmianami skórnymi, nadwrażliwością na słońce, dolegliwościami ze strony stawów i zaburzeniami immunologicznymi. Podstawą do stwierdzenia tocznia rumieniowatego układowego (SLE) są standardy opracowane przez EULAR/ACR (European League Against Rheumatism/ American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus) w 2019 r. lub ich kontynuacje. Ubezpieczenie nie obejmuje tocznia rumieniowatego układowego polekowego ani tocznia rumieniowatego krążkowego
31	**twardzina układowa (sklerodermia uogólniona)** – przewlekła układowa choroba tkanki łącznej o charakterze autoimmunologicznym, która przebiega z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. Podstawą do stwierdzenia twardziny układowej są standardy medyczne opracowane przez EULAR/ACR (European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus) w 2013 r. lub ich kontynuacje. Ubezpieczenie nie obejmuje: a) zlokalizowanych postaci sklerodermii (w tym linijnych stwardnień powłok lub ograniczonych plam – morphea), b) eozynofilowego zapalenia powięzi, c) zespołu CREST
32	**udar mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych** – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji udaru mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku obecności nowych trwałych Ubytków Neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania
33	**udar mózgu powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne** – martwica tkanki mózgowej (również móżdżku i rdzenia przedłużonego), którą wywołuje przerwanie dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotok do tkanki mózgowej (również krwotok podpajęczynówkowy), przy współistnieniu wszystkich poniższych okoliczności: a) nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu, b) obecność nowych trwałych Ubytków Neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania, c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla świeżego udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczenie nie obejmuje: • epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA) ani odwracalnego niedokrwiennego deficytu neurologicznego (RIND), • zawału mózgu ani krwawienia śródczaszkowego na skutek urazu spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem, • wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych, • patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawału nerwu wzrokowego lub siatkówki), • innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych (w tym udaru mózgu – nawet rozpoznanego w czasie pobytu w Szpitalu lub przez neurologa, ale który miał miejsce w bliżej nieokreślonej przeszłości, czyli bez wystąpienia nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu)
34	**wczesne stadium choroby Parkinsona wymagające stałej farmakoterapii** – jednoznaczne rozpoznanie choroby Parkinsona przez neurologa, na podstawie występowania spowolnienia ruchowego oraz przynajmniej jeszcze jednego z następujących charakterystycznych objawów: sztywności mięśniowej, drżenia spoczynkowego, niestabilności postawy; ubezpieczenie obejmuje wczesne stadium choroby Parkinsona, które wymaga stałej farmakoterapii. Ubezpieczenie nie obejmuje innych, poza chorobą Parkinsona, przyczyn zespołu parkinsonowskiego
35	**wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych** – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji wirusowego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku wystąpienia trwałych Ubytków Neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania
36	**wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne** – zakażenie wirusowe półkul mózgu, pnia mózgu, móżdżku lub opon mózgowo-rdzeniowych, która spełnia następujące warunki: a) wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego potwierdza wirusową przyczynę zachorowania oraz b) trwałe Ubytki Neurologiczne utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania. Wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznaje neurolog
37	**zator tętnicy płucnej leczony z zastosowaniem technik śródnaczyniowych** – zabieg polegający na wprowadzeniu cewnika do tętnicy płucnej w celu podania leku trombolitycznego lub wykonania innych procedur, które mają na celu śródnaczyniowe udrożnienie tętnicy płucnej. Konieczność przeprowadzenia takiego zabiegu stwierdza kardiolog

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 145/2026 i obowiązują od 7 listopada 2026 r.

UMOWA DODATKOWA

Zagraniczna druga opinia medyczna

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

- Jeśli lekarze w Polsce zdiagnozują u Ciebie lub Twoich bliskich poważną chorobę, możesz liczyć na dodatkową opinię specjalistów – bez konieczności wyjazdu za granicę.
- Jeśli Ty lub Twoi bliscy będziecie potrzebować wsparcia psychologicznego, zyskujecie dostęp do zdalnych konsultacji ze Specjalistą Zdrowia Psychicznego.
- Masz dostęp do portalu expertmedicalopinion.pl, dzięki któremu możesz zawnioskować o zagraniczną drugą opinię medyczną lub zdalne wsparcie zdrowia psychicznego, a także przeglądać swoją dokumentację medyczną.

Warto wiedzieć

Z usługi zagranicznej drugiej opinii medycznej możesz skorzystać, gdy masz już diagnozę postawioną przez Twojego lekarza. Diagnoza może dotyczyć choroby Twojej albo osoby bliskiej.

Zwróć uwagę

W ramach umowy masz dostęp do dwóch usług:

- zagranicznej drugiej opinii medycznej – możesz z niej skorzystać w przypadku chorób i uszkodzeń ciała, które wymagają leczenia u lekarza specjalisty; ich listę znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia,
- zdalnego wsparcia zdrowia psychicznego – możesz z niej skorzystać m.in. w razie obniżonego nastroju, stresujących sytuacji czy problemów ze snem. Z tej konsultacji mogą też skorzystać bliskie Ci pełnoletnie osoby.

Jak skorzystać z ubezpieczenia?

Zadzwoń do Centrum Obsługi Klienta Teladoc Health: +48 221 042 236 (czynne od poniedziałku do piątku, w godzinach od 9.00 do 17.00) a jeśli chcesz skorzystać z usługi Zdalnego Wsparcia Zdrowia Psychicznego złóż wniosek na stronie www.expertmedicalopinion.pl.



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ZAGRANICZNA DRUGA OPINIA MEDYCZNA" (OM/PP/2/2026)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 ust. 1 – 3 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 2 ust. 4 – 5 Art. 7
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

ZYPPOM-O02 10/26

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ZAGRANICZNA DRUGA OPINIA MEDYCZNA" (OM/PP/2/2026)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.
W OWU znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Centrum Obsługi Klienta Teladoc Health** – centrum zgłoszeniowe (tel. +48 221 042 236, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora), które przyjmuje zgłoszenia telefoniczne (od poniedziałku do piątku, w godzinach od 9.00 do 17.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) oraz dokumenty od Ciebie lub Osoby Bliskiej, weryfikuje prawo do uzyskania Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej oraz koordynuje jej realizację. Zgłoszenie można również złożyć za pośrednictwem portalu internetowego www.expertmedicalopinion.pl
2. **Choroba Psychiczna** – schorzenie z kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, zakwalifikowane według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako pozycje F00-F99 (w razie przyjęcia kolejnej wersji tej klasyfikacji uwzględnimy nowe oznaczenia ICD tych samych jednostek chorobowych)
3. **Dziecko** – Twoje własne lub przysposobione dziecko, nad którym sprawujesz opiekę rodzicielską do czasu uzyskania przez nie pełnoletności i które w dniu postawienia diagnozy lub stwierdzenia konieczności przeprowadzenia leczenia operacyjnego ma nie więcej niż 25 lat
4. **Ekspert** – lekarz, który praktykuje poza Polską i jest uznawany za specjalistę w środowisku medycznym w danej specjalizacji. Wyboru Eksperta dokonuje Teladoc Health, z uwzględnieniem stanu zdrowia osoby, której dotyczy wniosek o Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną
5. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
   a) jest nagłe i nie zależy od Twojej woli albo od woli Osoby Bliskiej – w zależności od tego, której osoby dotyczy,
   b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym ani z psychicznym stanem zdrowia osoby, której to zdarzenie dotyczy,
   c) występuje w czasie, gdy obejmujemy Cię ochroną ubezpieczeniową
6. **Osoba Bliska** – Twój Współmałżonek, Partner lub Twoje Dziecko
7. **Partner** – osoba, z którą prowadzisz wspólne gospodarstwo domowe
8. **Portal ExpertMedicalOpinion** – portal internetowy na stronie www.expertmedicalopinion.pl, dzięki któremu Ty lub Osoba Bliska:
   a) wypełniacie i składacie on-line wnioski o sporządzenie Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej lub organizację usługi Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego,
   b) przeglądacie swoją dokumentację medyczną.
   Ty lub Osoba Bliska korzystacie z portalu po zalogowaniu się z wykorzystaniem indywidualnego hasła
9. **Specjalista Zdrowia Psychicznego** – psycholog lub psychoterapeuta, który współpracuje z Teladoc Health oraz posiada kwalifikacje do udzielania danego rodzaju świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego
10. **Teladoc Health** – Teladoc Health International SAU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii (adres: Via Augusta, 252, 6º, Distrito de Sarrià-Sant Gervasi, 08017 Barcelona), za pośrednictwem którego zapewniamy sporządzenie Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej oraz realizację usługi Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego
11. **Współmałżonek** – osoba, która pozostaje z Tobą w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego
12. **Zagraniczna Druga Opinia Medyczna (InterConsultation)** – opinia, która dotyczy Ciebie lub Osoby Bliskiej i którą sporządza Ekspert na podstawie dostarczonej mu dokumentacji medycznej. Opinia ta zawiera:
    a) weryfikację wcześniej postawionej diagnozy,
    b) propozycję optymalnego planu leczenia
13. **Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego (Konsultacja)** – zdalna konsultacja wspierająca przeprowadzona przez Specjalistę Zdrowia Psychicznego, której celem jest ochrona, utrzymanie lub poprawa dobrostanu psychicznego Twojego lub pełnoletniej Osoby Bliskiej

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy Twoje zdrowie.
2. Ubezpieczenie obejmuje:
   a) organizację oraz pokrycie kosztów sporządzenia Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, jeśli w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą Cię obejmujemy Tobie lub Osobie Bliskiej postawiono diagnozę lub zalecono leczenie operacyjne, które mają związek z następującym stanem chorobowym lub uszkodzeniem ciała:

1) nowotwór złośliwy	12) choroba Alzheimera	23) rozległe oparzenie
2) niewydolność nerek	13) choroba Parkinsona	24) utrata kończyn
3) schyłkowa niewydolność wątroby	14) choroby neuronu ruchowego	25) utrata słuchu
4) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby	15) przeszczep narządu	26) utrata wzroku
5) udar mózgu	16) zawał serca	27) utrata mowy
6) łagodny nowotwór mózgu	17) angioplastyka naczyń wieńcowych	28) śpiączka
7) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	18) operacja pomostowania naczyń wieńcowych	29) cukrzyca typu 1 (insulinozależna)
8) zapalenie mózgu	19) operacja zastawek serca	30) gruźlica
9) porażenie kończyn	20) operacja aorty	31) zakażenie wirusem HIV
10) paraliż	21) bakteryjne zapalenia wsierdzia	32) inne stany chorobowe i uszkodzenia ciała, które wymagają leczenia u lekarza specjalisty
11) stwardnienie rozsiane	22) niedokrwistość aplastyczna	

   b) dostęp do Portalu ExpertMedicalOpinion,
   c) tłumaczenie na język Eksperta dokumentacji medycznej, którą na potrzeby realizacji usługi Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, przekazujesz Ty lub Osoba Bliska,
   d) tłumaczenie na język polski Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej – przed przekazaniem jej Tobie lub Osobie Bliskiej
   e) organizację oraz pokrycie kosztów Zdalnego Wsparcia Zdrowia Psychicznego (Konsultacji) w zakresie:
      - problemów wychowawczych i rozwoju dzieci oraz młodzieży – poprzez udzielanie wsparcia rodzicom lub opiekunom,
      - objawów lękowych, nadmiernego zamartwiania się,
      - obniżonego nastroju i związanych z nim trudności emocjonalnych,
      - trudnych wydarzeń życiowych i nieklinicznych sytuacji kryzysowych,

- przeżywania żałoby lub straty,
- wpływu choroby lub problemów zdrowotnych na samopoczucie psychiczne,
- następstw doświadczeń traumatycznych,
- problemów w relacjach interpersonalnych,
- problemów ze snem i zasad higieny snu,
- radzenia sobie ze stresem i jego skutkami.

Konsultacja nie zastępuje pomocy w stanach nagłych, które wymagają niezwłocznej interwencji medycznej lub psychiatrycznej. Jeżeli podczas kwalifikacji do usługi Specjalista Zdrowia Psychicznego stwierdzi objawy wskazujące na konieczność pilnego kontaktu z lekarzem, oddziałem psychiatrycznym lub numerem alarmowym, usługa może nie zostać zrealizowana, a osoba korzystająca zostanie poinformowana o właściwej formie pomocy.

3. Ty i Osoba Bliska możecie korzystać ze świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie w okresie, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia.
4. Jeśli spóźnisz się z płatnością Składki o więcej niż Miesiąc Polisowy, to zawieszamy dostęp do świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie, z ostatnim dniem tego Miesiąca Polisowego. Możesz wznowić ten dostęp, jeśli przed rozwiązaniem Umowy zapłacisz wymagane Składki. W takim przypadku poinformujemy Cię od jakiego dnia wznawiamy dostęp do świadczeń.
5. W ciągu pierwszych 90 dni ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ciebie w pierwszej Umowie Dodatkowej, zapewniamy ochronę ubezpieczeniową wyłącznie w związku z następstwami Nieszczęśliwego Wypadku.
6. Dla jednego stanu chorobowego lub uszkodzenia ciała, które obejmujemy ubezpieczeniem, zapewniamy sporządzenie jednej Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Pierwszą Umowę Dodatkową możesz zawrzeć tylko razem z Umową Główną.
2. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
   a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
   b) w chwili Twojej śmierci,
   c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
   d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna.
3. Nie przedstawiamy propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli którakolwiek ze stron – Ty albo my – poinformuje drugą stronę o niezawieraniu Umowy Dodatkowej na kolejny okres najpóźniej na 30 dni przed końcem Roku Ubezpieczenia.
4. Możemy przedstawić Ci propozycję zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej bez usługi Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego w przypadku rozwiązania zawartej pomiędzy nami a Teladoc Health umowy, która reguluje warunki realizacji usługi Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego. W takim przypadku najpóźniej na 30 dni przed końcem Roku Ubezpieczenia przekażemy Ci propozycję zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej bez usługi Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego.
5. Jeśli nie dochodzi do zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej z usługą Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego z innej przyczyny niż Twoje wypowiedzenie lub rezygnacja z zawarcia tej umowy na kolejny okres, a Ty lub Osoba Bliska rozpoczęliście w okresie ochrony ubezpieczeniowej realizację przysługujących Wam Konsultacji, to zachowujecie prawo do ich dokończenia w liczbie określonej limitem w ramach jednej Umowy Dodatkowej.

ART. 4 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 5 W JAKI SPOSÓB ZAPEWNIAMY DOSTARCZENIE ZAGRANICZNEJ DRUGIEJ OPINII MEDYCZNEJ

1. Aby uzyskać Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną, Ty albo Osoba Bliska, a w przypadku osób małoletnich – ich przedstawiciel ustawowy:
   a) Zgłaszacie wniosek o Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną korzystając z Portalu ExpertMedicalOpinion i podajecie wymagane informacje lub kontaktujecie się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Teladoc Health i podajecie dane:
      - Twoje imię, nazwisko i adres,
      - numer polisy, która potwierdza zawarcie Umowy,
      - dane osoby, której dotyczy zgłoszenie,
      - kontaktowy numer telefonu.
   b) wypełniacie formularze, które otrzymujecie po zweryfikowaniu przez Teladoc Health prawa do świadczenia,
   c) wypełnione formularze oraz zgromadzoną dokumentację medyczną załączacie w Portalu ExpertMedicalOpinion lub dostarczacie w inny sposób uzgodniony z Centrum Obsługi Klienta Teladoc Health, na własny koszt.
2. Jeżeli wniosek o Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną dotyczy Osoby Bliskiej, Teladoc Health może zażądać dokumentów lub oświadczeń niezbędnych do potwierdzenia statusu Osoby Bliskiej oraz prawa do skorzystania z usługi. Weryfikacja prawa do skorzystania z Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej odbywa się wyłącznie w zakresie danych niezbędnych do potwierdzenia ochrony ubezpieczeniowej oraz realizacji świadczenia.
3. Zagraniczna Druga Opinia Medyczna jest przekazywana:
   a) osobie, której dotyczy,
   b) w uzgodniony z nią sposób,
   c) w ciągu 30 dni od dostarczenia dokumentacji medycznej.

   Jeżeli 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 było możliwe. W przypadku osób małoletnich Zagraniczna Druga Opinia Medyczna jest przekazywana ich przedstawicielowi ustawowemu.
4. Zagraniczna Druga Opinia Medyczna jest przekazywana w języku polskim.

ART. 6 W JAKI SPOSÓB REALIZUJEMY USŁUGĘ ZDALNE WSPARCIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

1. Aby uzyskać Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego Ty albo Osoba Bliska zgłaszacie wniosek o Konsultację korzystając z Portalu ExpertMedicalOpinion i podajecie dane:
   - Twoje imię, nazwisko i adres,
   - numer polisy, która potwierdza zawarcie Umowy,
   - dane osoby, której dotyczy zgłoszenie,
   - kontaktowy numer telefonu.
2. Jeżeli wniosek o Konsultację dotyczy Osoby Bliskiej, Teladoc Health może zażądać dokumentów lub oświadczeń niezbędnych do potwierdzenia statusu Osoby Bliskiej oraz prawa do skorzystania z usługi.
   Weryfikacja prawa do skorzystania z Konsultacji odbywa się wyłącznie w zakresie danych niezbędnych do potwierdzenia ochrony ubezpieczeniowej oraz realizacji świadczenia.
3. Specjalista Zdrowia Psychicznego kontaktuje się z Tobą lub Osobą Bliską w ciągu 5 dni roboczych od zgłoszenia wniosku o Konsultację w Portalu ExpertMedicalOpinion, aby przeprowadzić wstępną konsultację. W czasie wstępnej konsultacji Specjalista Zdrowia Psychicznego potwierdza, czy usługa Zdalnego Wsparcia Zdrowia Psychicznego, o którą zawnioskowałeś Ty lub Osoba Bliska, mieści się w zakresie ubezpieczenia oraz ustala z Tobą lub Osobą Bliską dogodny termin pierwszej Konsultacji.
4. Konsultacje realizowane są od poniedziałku do piątku, w godzinach od 9:00 do 17:00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
5. Konsultacja świadczona jest w języku polskim, w formie rozmowy telefonicznej umówionej w dogodnym dla Ciebie (lub Osoby Bliskiej) oraz Specjalisty Zdrowia Psychicznego terminie. Jeżeli Specjalista Zdrowia Psychicznego uzna to za uzasadnione, w trakcie rozmowy możliwe jest uruchomienie połączenia wideo za pośrednictwem dedykowanego adresu internetowego (URL), przesłanego za pośrednictwem poczty elektronicznej lub wiadomości tekstowej SMS.
6. Czas trwania jednej Konsultacji wynosi maksymalnie 45 minut.
7. Jeśli umówiona Konsultacja nie zostanie odwołana przez Ciebie lub Osobę Bliską na co najmniej 24 godziny przed jej rozpoczęciem, zostanie uznana za wykorzystaną.
8. Ty lub Osoba Bliska możecie skorzystać maksymalnie z 10 Konsultacji w ramach jednej Umowy Dodatkowej w związku z jednym zgłoszonym problemem objętym zakresem usługi Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego. Limit ten stosujemy odrębnie dla każdej osoby, która korzysta z usługi. Do tego limitu nie wlicza się konsultacji wstępnej.
9. Dokładna liczba Konsultacji ustalana jest indywidualnie przez Specjalistę Zdrowia Psychicznego na podstawie aktualnej wiedzy klinicznej oraz zgodnie ze standardami etyki zawodowej. Usługa

Zdalnego Wsparcia Zdrowia Psychicznego może zostać zakończona przed wyczerpaniem limitu 10 Konsultacji, jeżeli:
   a) Ty lub Osoba Bliska zrezygnujecie z dalszych Konsultacji,
   b) potrzeby Twoje lub Osoby Bliskiej w zakresie zgłoszonego problemu zostały zaspokojone i dalsza pomoc wg Specjalisty Zdrowia Psychicznego nie jest uzasadniona z medycznego punktu widzenia,
   c) Specjalista Zdrowia Psychicznego uzna, że stan Twój lub Osoby Bliskiej wymaga pilnego kontaktu z lekarzem, oddziałem psychiatrycznym lub numerem alarmowym.
10. Wszystkie Konsultacje są poufne. Poufność może zostać ograniczona wyłącznie w przypadkach przewidzianych przepisami prawa lub w sytuacjach związanych z bezpośrednim zagrożeniem życia albo zdrowia osoby korzystającej z usługi lub innych osób.

ART. 7 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE ORGANIZUJEMY ANI NIE POKRYWAMY KOSZTÓW SPORZĄDZENIA ZAGRANICZNEJ DRUGIEJ OPINII MEDYCZNEJ ANI USŁUGI ZDALNE WSPARCIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

1. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie organizujemy ani nie pokrywamy kosztów sporządzenia Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej:
   a) jeżeli przyczyną zgłoszenia jest:
      - ostry i krótkotrwały stan chorobowy – pojawienie się, wśród pełnego zdrowia, krótkotrwałych (kilka dni lub tygodni), zmieniających się objawów chorobowych, które ustępują całkowicie (stan chorobowy zostaje wyleczony),
      - choroba przewlekła o lekkim przebiegu,
      - Choroba Psychiczna,
      - problem stomatologiczny,
   b) w czasie pobytu w szpitalu – Twojego lub Osoby Bliskiej, jeśli pobyt ten jest związany ze schorzeniem, które ma być przedmiotem tej Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej,
   c) jeżeli Twój stan chorobowy lub stan chorobowy Osoby Bliskiej nie został jeszcze zdiagnozowany przez lekarza prowadzącego leczenie.
2. Nie organizujemy ani nie pokrywamy kosztów kolejnych Konsultacji, jeżeli w ocenie Specjalisty Zdrowia Psychicznego stan osoby korzystającej z Konsultacji wymaga niezwłocznej pomocy psychiatrycznej, leczenia stacjonarnego albo specjalistycznej opieki wykraczającej poza zakres Konsultacji. Za takie sytuacje mogą zostać uznane:
   a) aktywne myśli samobójcze lub zachowania autoagresywne,
   b) stany psychotyczne,
   c) ciężkie zaburzenia depresyjne,
   d) zaburzenia pourazowe wymagające specjalistycznego leczenia,
   e) uzależnienia,
   f) sytuacje przemocy wymagające interwencji odpowiednich służb,
   g) konieczność wdrożenia lub modyfikacji farmakoterapii psychiatrycznej,
   h) stany wymagające pilnej lub bezpośredniej opieki specjalistycznej.

   W takich przypadkach Specjalista Zdrowia Psychicznego może zakończyć realizację Konsultacji albo odmówić jej kontynuowania. Specjalista Zdrowia Psychicznego postępuje zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz informuje osobę korzystającą z Konsultacji o właściwej formie pomocy, w tym o potrzebie pilnego kontaktu z lekarzem specjalistą.
3. Zagraniczna Druga Opinia Medyczna oraz Konsultacje realizowane w ramach usługi Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego mają charakter wyłącznie konsultacyjny.
4. Zagraniczna Druga Opinia Medyczna jest sporządzana na podstawie dokumentacji medycznej przekazanej przez Ciebie lub Osobę Bliską i nie zastępuje bezpośredniego badania lekarskiego ani zaleceń lekarza prowadzącego.
5. Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego nie zastępuje leczenia psychiatrycznego, psychoterapii prowadzonej w trybie ciągłym ani świadczenia ratunkowego lub interwencyjnego.
6. Ostateczne decyzje dotyczące diagnostyki, leczenia, farmakoterapii oraz wyboru sposobu postępowania medycznego należą do osoby korzystającej z usługi oraz jej lekarza prowadzącego.
7. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki podjęcia lub zaniechania przez Ciebie, Osobę Bliską, Waszych przedstawicieli ustawowych albo inne osoby trzecie działań na podstawie Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej lub w ramach Zdalnego Wsparcia Zdrowia Psychicznego.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 136/2026 i obowiązują od 7 listopada 2026 r.

UMOWA DODATKOWA

Długotrwała i całkowita niezdolność do pracy

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

- Zapewnimy Ci wsparcie finansowe, jeśli lekarz stwierdzi u Ciebie długotrwałą i całkowitą niezdolność do jakiejkolwiek pracy. Możesz otrzymywać do 5000 zł, za maksymalnie 24 miesiące takiej niezdolności do pracy, nie dłużej jednak niż do Twojej śmierci.
- Dodatkowo wypłacimy Ci jednorazowo 2500 zł.

Warto wiedzieć

Ubezpieczenie dotyczy zarówno długotrwałej i całkowitej niezdolności do pracy, która jest konsekwencją choroby, jak i tej, której przyczyną jest nieszczęśliwy wypadek.

Zwróć uwagę

Niezdolność do pracy, za którą wypłacamy świadczenie:

- musi trwać nieprzerwanie przez 6 miesięcy,
- po tym czasie musi mieć charakter długotrwały i całkowity, a stan zdrowia nie rokuje możliwości podjęcia pracy zarobkowej przynajmniej przez kolejne 24 miesiące.



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE DŁUGOTRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY „WYPŁATA+" (NPM/PP/2/2026)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 20 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Prosty Plan" albo Art. 20 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Prosty Plan"
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

ZYPPNPM-O02 10/26

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE DŁUGOTRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY „WYPŁATA+" (NPM/PP/2/2026)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy ani nie realizujemy świadczeń z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie Twoje działania, które służą osiąganiu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie je podejmujesz
2. **Choroba Psychiczna** – schorzenie z kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, zakwalifikowane według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako pozycje F00-F99 (w razie przyjęcia kolejnej wersji tej klasyfikacji uwzględnimy nowe oznaczenia ICD tych samych jednostek chorobowych)
3. **Długotrwała i Całkowita Niezdolność do Pracy** – Twoja długotrwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej. Ta niezdolność musi:
   a) rozpocząć się w czasie ochrony ubezpieczeniowej na skutek rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała, które również wystąpiły w czasie tej ochrony,
   b) trwać w czasie tej ochrony nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy i
   c) na podstawie aktualnej wiedzy i oceny medycznej po zakończeniu tego 6-miesięcznego okresu mieć charakter długotrwały i całkowity oraz nie rokować odzyskania Aktywności Zarobkowej przynajmniej przez kolejne 24 miesiące.

   Jeśli w czasie pierwszego 6-miesięcznego okresu Twojej Długotrwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta, i nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, to ostatni dzień tego 6-miesięcznego okresu nie musi przypadać w czasie ochrony ubezpieczeniowej
4. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą podejmujesz w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
5. **Świadczenie Dodatkowe** – kwota, którą wypłacamy Ci jednorazowo z tytułu Długotrwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, wskazujemy ją we Wniosku i w Dokumencie Ubezpieczenia
6. **Świadczenie Ubezpieczeniowe** – wybrana przez Ciebie kwota, którą wypłacamy Ci co miesiąc z tytułu Długotrwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, za okres od pierwszego dnia po upływie pierwszych 6 miesięcy Twojej Długotrwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, za kolejne 24 miesiące, jednak nie dłużej niż do Twojej śmierci. To oznacza, że w razie Twojej Długotrwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy z tytułu tej Umowy Dodatkowej wypłacimy Ci łącznie kwotę odpowiadającą maksymalnie 24 Świadczeniom Ubezpieczeniowym.
   Wysokość Świadczenia Ubezpieczeniowego wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
7. **Ubezpieczony (Ty)** – pełnoletnia osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
   a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 55 lat i
   b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej
8. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
   a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
   b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
9. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia:**
   a) narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny; skoki narciarskie; bobsleje; uprawianie poza wyznaczonymi trasami: narciarstwa (nie dotyczy narciarstwa biegowego), snowboardingu, saneczkarstwa;
   b) kolarstwo ekstremalne (freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill);
   c) bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon);
   d) wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne; wyścigi konne;
   e) nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu; skoki do wody; kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne; żeglarstwo morskie lub oceaniczne;
   f) skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości; paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo;
   g) wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu; speleologia;
   h) sporty walki;
   i) 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 Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne); wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu;
   j) zorbing
10. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem:
    a) wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub
    b) stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub osiągane wyniki sportowe

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy Twoje zdrowie.
2. Ubezpieczenie obejmuje Długotrwałą i Całkowitą Niezdolność do Pracy, także taką, która powstaje na skutek Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
3. W razie Długotrwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy wypłacamy Ci przewidziane w tej Umowie Dodatkowej Świadczenia Ubezpieczeniowe i Świadczenie Dodatkowe.
4. Pierwszą Umowę Dodatkową możesz zawrzeć razem z Umową Główną.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
   a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
   b) w chwili Twojej śmierci,
   c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
   d) z dniem następującym po upływie pierwszego 6-miesięcznego okresu Twojej Długotrwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy,
   e) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy masz 67 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI

1. Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia, możemy skierować Cię na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie Twojego stanu zdrowia, i masz obowiązek je wykonać.
2. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, masz obowiązek poinformować nas także o tym, że:
   a) rozpoczynasz Zawodowe Uprawianie Sportu albo go zaprzestajesz,
   b) rozpoczynasz, podejmujesz dodatkową lub zmieniasz swoją Aktywność Zarobkową

   w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
3. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
   b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą Cię obejmujemy, albo
   c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
4. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową albo
   b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą Cię obejmujemy.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
   a) Twojego Wieku i Roku Ubezpieczenia,
   b) wysokości Świadczenia Ubezpieczeniowego i Świadczenia Dodatkowego,
   c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY

1. Jeśli wystąpi Długotrwała i Całkowita Niezdolność do Pracy, wypłacamy Ci Świadczenia Ubezpieczeniowe oraz Świadczenie Dodatkowe w wysokościach, które obowiązują:
   a) w ostatnim dniu pierwszego 6-miesięcznego okresu Twojej Długotrwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy albo
   b) w dniu wygaśnięcia Umowy Dodatkowej z upływem okresu, na który została zawarta, jeśli nie przedstawiliśmy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
2. Pierwsze Świadczenie Ubezpieczeniowe wypłacamy nie później niż w 5 dniu Miesiąca Polisowego, który następuje po Miesiącu Polisowym, w którym podejmujemy decyzję o wypłacie Świadczenia Ubezpieczeniowego. Kolejne Świadczenia Ubezpieczeniowe wypłacamy nie później niż w 5 dniu kolejnych Miesięcy Polisowych.
3. Pierwszą wypłatę powiększamy o:
   a) kwotę, która jest należna za okres od pierwszego dnia po upływie pierwszych 6 miesięcy Twojej Długotrwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy do dnia wypłaty pierwszego Świadczenia Ubezpieczeniowego oraz
   b) Świadczenie Dodatkowe.
4. Przed wypłatą Świadczenia Ubezpieczeniowego możemy:
   a) skontaktować się z Tobą telefonicznie lub pisemnie lub
   b) zasięgać informacji w Polskim Elektronicznym Systemie Ewidencji Ludności lub innym systemie ewidencji ludności prowadzonej przez właściwy organ,

   żeby potwierdzić Twoje prawo do świadczenia tj. potwierdzić czy żyjesz.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

1. Abyśmy mogli ustalić i potwierdzić czy występuje Długotrwała i Całkowita Niezdolność do Pracy, i wypłacić Ci pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Długotrwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy oraz:
   a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do Świadczenia Ubezpieczeniowego,
   b) kopii dokumentu, który potwierdza Twoją tożsamość,
   c) dokumentacji medycznej z przebiegu Twojej diagnostyki i leczenia, która potwierdza niezdolność do pracy i jej przyczynę, w tym: dokumentacji leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego, zwolnień lekarskich, orzeczeń lekarskich, zaświadczeń, Twoich wyników badań oraz kopii decyzji organów rentowych.
2. Możemy poprosić Cię również o inne dokumenty, jeśli będą niezbędne, aby ustalić naszą odpowiedzialność.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Długotrwała i Całkowita Niezdolność do Pracy nastąpiła:

a) w związku ze spożyciem przez Ciebie alkoholu, zażyciem przez Ciebie 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 Ciebie alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem przez Ciebie zaleceń lekarskich,
c) w związku z Chorobą Psychiczną,
d) w związku z dokonaniem przez Ciebie umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa,
e) w wyniku zakażenia HIV,
f) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ciebie przestępstwa,
g) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywasz – chyba że jesteś pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
h) w związku z Twoim Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu lub Twoim udziałem w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 146/2026 i obowiązują od 7 listopada 2026 r.

UMOWA DODATKOWA

„Assistance Onkologiczny”

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz w razie zachorowania na raka?

- Pomoc w diagnostyce i leczeniu
  Zorganizujemy i opłacimy 20 świadczeń medycznych, takich jak m.in.: konsultacje lekarskie, diagnostyka laboratoryjna, badania specjalistyczne, w tym: rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa. Możesz z nich korzystać również w razie podejrzenia raka – wystarczy, że otrzymasz kartę DiLO (Kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego).
- Wsparcie w leczeniu i powrocie do zdrowia
  Zapewnimy m.in.: transport medyczny, konsultacje psychoonkologa, rehabilitację.
- Pokrycie kosztów operacji plastycznej po leczeniu
- Pokryjemy koszty nawet do 20 000 zł.

Warto wiedzieć

- Z „Assistance Onkologicznego” mogą też korzystać Twoi bliscy (biologiczne dziecko i rodzeństwo). Jeśli zachorujesz na raka, zapewnimy im:
  – organizację i opłacenie testu genetycznego,
  – konsultację onkologiczno-genetyczną,
  – wizyty u psychoonkologa.
- Jeśli na raka zachorują Twoi biologiczni rodzice, rodzeństwo lub dziecko, zapewnimy Ci:
  – organizację i opłacenie testu genetycznego,
  – konsultację onkologiczno-genetyczną,
  – 5 wizyt u psychoonkologa.

Jak skorzystać z assistance?

- Powiadom nas o otrzymaniu karty DiLO lub o diagnozie nowotworu złośliwego w wybrany przez siebie sposób:
  – zadzwoń pod numer telefonu 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),
  – wyślij maila na adres mailowy: u.life@mondial-assistance.pl,
  – napisz pocztą tradycyjną na adres: AWP P&C Oddział w Polsce, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa.
- Przekaż nam:
  – dokumenty, które potwierdzają wydanie karty DiLO lub diagnozę nowotworu złośliwego,
  – wniosek o realizację świadczenia,
  – kopię dokumentu tożsamości.



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE ONKOLOGICZNY” (AONCO/PP/2/2026)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 ust. 1-8 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 1 pkt 13 Art. 2 ust. 9-11 Art. 7 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 20 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Prosty Plan” albo Art. 20 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Prosty Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

ZYPPAONCO-O02 10/26

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE ONKOLOGICZNY" (AONCO/PP/2/2026)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.
W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy ani nie realizujemy świadczeń z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Centrum Operacyjne** – podmiot AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, który wykonuje działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa (tel. 224 224 224, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora) i zajmuje się w naszym imieniu organizacją i pokryciem kosztów świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem
2. **Dziecko** – Twoje dziecko własne (biologiczne) lub przysposobione
3. **Lekarz Prowadzący** – lekarz, który prowadzi Twoje leczenie i nie jest członkiem Twojej rodziny
4. **Leki** – przepisane Ci przez lekarza:
   a) leki gotowe, wpisane do „Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej" oraz
   b) leki recepturowe,
   których zakup można zrealizować wyłącznie na podstawie recepty
5. **Małżonek** – osoba, z którą pozostajesz w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w dniu zajścia zdarzenia, które jest objęte ubezpieczeniem
6. **Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym** – guz o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych oraz powoduje naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe. Ubezpieczenie obejmuje także chłoniaki złośliwe, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), zespoły mielodysplastyczne (MDS), białaczki, a także inne zespoły mieloproliferacyjne w stadium akceleracji choroby lub w stadium schyłkowym. Diagnoza Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Dzień wykonania tego badania (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie - innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa) przyjmujemy za dzień wystąpienia Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym
7. **Partner** – osoba, z którą prowadzisz wspólne gospodarstwo domowe w dniu zajścia zdarzenia, które jest objęte ubezpieczeniem
8. **Placówka Medyczna** – Szpital, prywatny albo publiczny podmiot leczniczy, który działa zgodnie z przepisami prawa i świadczy opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski
9. **Rodzic** – Twój ojciec, matka, ojczym lub macocha
10. **Siła Wyższa** – nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od Twojej lub od nas, którego następstwom nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków
11. **Sprzęt Rehabilitacyjny** – sprzęt, który jest Ci niezbędny do rehabilitacji i umożliwia lub ułatwia Ci samodzielne funkcjonowanie
12. **Szpital** – podmiot leczniczy, który świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski
    Podmiot leczniczy, który udziela świadczeń na terenie Rzeczpospolitej Polskiej, musi być zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych
13. **Transport Medyczny** – transport, który jest realizowany odpowiednim dla Twojego stanu zdrowia środkiem transportu;
    Ubezpieczenie nie obejmuje transportu z i do ośrodka opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologicznego), ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka rehabilitacji, ośrodka sanatoryjnego lub wypoczynkowego, zakładu lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitala uzdrowiskowego ani szpitala uzdrowiskowo-rehabilitacyjnego oraz dojazdów na wizyty kontrolne
14. **Wada Wrodzona** – nieprawidłowość anatomiczna lub czynnościowa, która powstała w okresie życia wewnątrzmacicznego, niezależnie od momentu jej rozpoznania

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy Twoje zdrowie.
2. Ubezpieczenie obejmuje zdiagnozowanie u Ciebie Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydanie Tobie na podstawie skierowania od Lekarza Prowadzącego karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (dalej także: karta DiLO) w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
   Ubezpieczenie obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa) zostanie pobrany w czasie ochrony ubezpieczeniowej, a badanie mikroskopowe, którego wynik potwierdza diagnozę, będzie miało miejsce już po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej.
3. W przypadku przeprowadzenia u Ciebie operacji plastycznej w celu usunięcia blizn lub nieprawidłowości w budowie ciała, które powstały w wyniku operacyjnego usunięcia Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym, ubezpieczenie obejmuje także organizację oraz pokrycie kosztu tej operacji plastycznej do 20 000 zł w odniesieniu do jednego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym. Operacja ta musi być przeprowadzona w warunkach bloku operacyjnego.
4. Ubezpieczenie obejmuje tylko takie świadczenia, które wskazujemy w tym dokumencie oraz które są realizowane:
   a) za pośrednictwem Centrum Operacyjnego,
   b) na terenie Polski.
5. Jeśli w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej zostanie zdiagnozowany u Ciebie Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym lub na podstawie skierowania od Lekarza Prowadzącego zostanie Ci wydana karta DiLO, to organizujemy i pokrywamy koszty świadczeń medycznych, które wskazujemy w Tabeli nr 1. W tabeli tej wskazujemy również zasady, które obowiązują podczas organizacji i realizacji tych świadczeń.

Tabela nr 1 Świadczenia dla Ciebie w przypadku zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydania karty DiLO

Rodzaj i opis świadczenia medycznego			**Limit na jedną diagnozę Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydanie jednej karty DiLO**
I. Konsultacje			Świadczenia do wielokrotnego wykorzystania, maksymalnie 20 świadczeń medycznych
1. chirurg	6. urolog	11. hepatolog	
2. okulista	7. pulmonolog	12. hematolog	
3. otolaryngolog	8. lekarz rehabilitacji	13. nefrolog	
4. ortopeda	9. onkolog	14. dermatolog	
5. ginekolog	10. endokrynolog		
II. Diagnostyka laboratoryjna Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktujemy jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby 20 świadczeń medycznych do wykorzystania – niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez Lekarza Prowadzącego w związku z tą samą diagnozą lub wydaniem jednej karty DiLO.			
15.			
• mocz – badanie ogólne	• amylaza	• CRP ilościowo	
• OB	• mocznik	• HBs przeciwciała	
• morfologia	• TSH	• HCV przeciwciała	
• APTT	• kreatynina	• IgE całkowite	
• PT	• kwas moczowy	• markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, CA 19-9, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 21	
• fibrynogen	• proteinogram		
• glukoza	• ferrytyna		
• elektrolity (sód i potas)	• wapń całkowity		
• lipidogram	• fosfor nieorganiczny		
• próby wątrobowe	• magnez		
III. Badania specjalistyczne			
16. biopsja (pobranie materiału wraz z mikroskopowym badaniem histopatologicznym)			
17. badania radiologiczne (RTG)			
18. badania ultrasonograficzne (USG)			
19. rezonans magnetyczny			1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 20 świadczeń medycznych
20. tomografia komputerowa			1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 20 świadczeń medycznych
IV. Infolinia medyczna			
W ramach infolinii medycznej zapewnimy Ci telefoniczny dostęp do informacji dotyczących: 1. niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych, 2. diet, metod zdrowego żywienia, 3. działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży, 4. danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia, 5. danych teleadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne, 6. danych teleadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, 7. danych teleadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów, 8. danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę.			bez limitu

6. Jeśli w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej zostanie u Ciebie zdiagnozowany Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym, to organizujemy i pokrywamy także koszty świadczeń, których zakres i zasady realizacji wskazujemy w Tabeli nr 2, w części I.

Jeśli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zostanie zdiagnozowany Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym u Twojego biologicznego: ojca, matki, rodzeństwa lub dziecka, to organizujemy i pokrywamy koszty świadczeń, których zakres i zasady realizacji wskazujemy w Tabeli nr 2, w części II.

Tabela nr 2 Pomoc assistance dla Ciebie w związku z diagnozą Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym oraz konsultacje onkologiczno-genetyczne i pomoc psychoonkologiczna

Rodzaj i opis świadczenia	Limit na jedną diagnozę Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym
I. Pomoc assistance dla Ubezpieczonego w związku z diagnozą Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym	
1. Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu Sprzętu Rehabilitacyjnego	5000 zł
Gdy zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego, powinieneś używać Sprzętu Rehabilitacyjnego, zapewnimy: a) organizację i pokrycie kosztów transportu Sprzętu Rehabilitacyjnego do miejsca Twojego pobytu, i b) pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia Sprzętu Rehabilitacyjnego (w zależności od Twojego wyboru).	
2. Dostarczenie posiłków do miejsca Twojego pobytu	
Gdy zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca Twojego pobytu posiłków – Ty pokrywasz koszt posiłków.	
3. Dostarczenie Leków do miejsca Twojego pobytu	
Gdy zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca Twojego pobytu Leków – Ty pokrywasz koszt Leków.	
4. Pomoc pielęgniarki w miejscu Twojego pobytu	
Gdy wymagana jest pomoc pielęgniarki, zorganizujemy i pokryjemy koszty honorarium i dojazdu pielęgniarki do miejsca Twojego pobytu – dodatkowe koszty opieki pielęgniarskiej (koszty zakupu Leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej) pokrywasz Ty.	
5. Zwrot kosztów Twoich peruk i protez	
Gdy używasz peruki lub protezy, zwrócimy Ci poniesione koszty zakupu, do limitu wskazanego w kolumnie obok.	
6. Transporty Medyczne ze wskazaną przez Ciebie osobą z miejsca pobytu do Placówki Medycznej	
Transporty Medyczne są organizowane do Placówki Medycznej wskazanej przez Lekarza Prowadzącego, gdy wymagany jest Twój pobyt w Placówce Medycznej.	
7. Transporty Medyczne ze wskazaną przez Ciebie osobą z Placówki Medycznej do miejsca pobytu	
Na Twój wniosek zorganizujemy i pokryjemy koszty Transportu Medycznego z Placówki Medycznej, w której przebywasz, do miejsca jego pobytu.	
8. Transporty Medyczne ze wskazaną przez Ciebie osobą pomiędzy Placówkami Medycznymi	
Transporty są organizowane w przypadku, gdy wystawiono skierowanie na badania specjalistyczne albo zabieg chirurgiczny w innej Placówce Medycznej.	
9. Opieka nad niepełnoletnimi Dziećmi i osobami niesamodzielnymi	
Gdy wymagana jest opieka nad Twoimi niepełnoletnimi Dziećmi lub osobami niesamodzielnymi, zorganizujemy i pokryjemy koszty dojazdów i honorariów osoby do opieki.	
10. Opieka nad psem lub kotem	
Na Twój wniosek zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu psa lub kota do wskazanego miejsca.	
11. Pomoc domowa w miejscu Twojego pobytu	
Gdy wymagana jest pomoc domowa, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej w miejscu Twojego pobytu, w zakresie: zakupu podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości, codziennych porządków domowych, dostawy lub przygotowania posiłków, podlewania kwiatów - nie pokrywamy kosztów podstawowych artykułów spożywczych, środków czystości i posiłków.	
12. Psychoonkolog	maksymalnie 5 konsultacji
Gdy chcesz skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	
13. Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji	maksymalnie 10 konsultacji
Gdy zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego wymagana jest Twoja rehabilitacja, zapewnimy konsultacje rehabilitacyjne, w ramach których będą wykonywane: • ćwiczenia wytrzymałościowe na cykloergometrze, bieżni, stepperze w placówce rehabilitacyjnej (nie pokrywamy kosztu wypożyczenia lub zakupu urządzeń) • ćwiczenia ogólnousprawniające w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od Twojego wyboru • trening oporowy w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od Twojego wyboru • fizykoterapia i rehabilitacja oddechowa w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od Twojego wyboru	
II. Konsultacje onkologiczno-genetyczne i pomoc psychoonkologiczna	**Limit na jedną diagnozę Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym**

1.Test zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów	
W razie zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym u Twojego biologicznego: ojca, matki, rodzeństwa lub dziecka, zorganizujemy i pokryjemy koszty wykonania u Ciebie testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów (w zależności od rodzaju zdiagnozowanego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym – ryzyka raka sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy lub prostaty), badającego przynajmniej jeden z następujących genów: CA19-9, BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC, w tym koszt izolowania DNA z próbki krwi. Badanie będzie dotyczyć wszystkich tych genów spośród wymienionych powyżej, które odpowiadają za zwiększone ryzyko zachorowania przez Ciebie na raka tego narządu, którego dotyczy Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym zdiagnozowany u wskazanych wyżej członków Twojej rodziny.	1 test
2. Konsultacja onkologiczno-genetyczna	
W razie zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym u Twojego biologicznego: ojca, matki, rodzeństwa lub dziecka, zorganizujemy i pokryjemy koszty Twojej konsultacji onkologiczno-genetycznej wyników testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów.	1 konsultacja
3. Psychoonkolog	
Gdy po wykonaniu testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów chcesz skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	maksymalnie 5 konsultacji

7. W przypadku zdiagnozowania u Ciebie Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym, należne jest Ci także świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (suma ubezpieczenia assistance) do wykorzystania na świadczenia assistance, które wskazujemy w Tabeli nr 3. Świadczenie to realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego Centrum Operacyjnemu za wykonanie świadczeń assistance, które wybrałeś z tej tabeli.
8. Wynagrodzenie wypłacane Centrum Operacyjnemu jest ograniczone do sum ubezpieczenia assistance dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, zgodnie z Tabelą nr 3. Sumy ubezpieczenia assistance dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, w odniesieniu do jednej diagnozy Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym, po realizacji każdego świadczenia assistance są obniżane o wartość wykonanego świadczenia.

Tabela nr 3 Świadczenia dla Ciebie w przypadku zdiagnozowania u Ciebie Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym związane z Twoim Małżonkiem, Partnerem, Dzieckiem lub rodzeństwem

Rodzaj i opis świadczenia	**Suma ubezpieczenia assistance na jedną diagnozę Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym**
I. Pomoc assistance związana z Małżonkiem/Partnerem lub Dzieckiem	3000 zł
Psychoonkolog	maksymalnie 5 konsultacji łącznie dla Małżonka/Partnera lub Dziecka
Gdy w wyniku Twojego zaawansowanego nowotworu, Twój Małżonek/Partner lub Dziecko chcą skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	
II. Konsultacje onkologiczno-genetyczne z pomocą psychoonkologiczną związane z Twoim biologicznym dzieckiem lub rodzeństwem	
1.Test zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów	5000 zł
W razie zdiagnozowania u Ciebie Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym, zorganizujemy i pokryjemy koszty wykonania Twojemu biologicznemu dziecku lub rodzeństwu testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów (w zależności od rodzaju zdiagnozowanego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym – ryzyka raka sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy lub prostaty) badającego przynajmniej jeden z następujących genów: BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC, w tym koszt izolowania DNA z próbki krwi. Badanie będzie dotyczyć wszystkich tych genów spośród wymienionych powyżej, które odpowiadają za zwiększone ryzyko zachorowania przez Twoje biologiczne dziecko lub rodzeństwo na raka tego narządu, którego dotyczy zdiagnozowany u Ciebie Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym.	1 test dla każdego z Twoich biologicznych dzieci lub rodzeństwa (niezależnie od liczby genów badanych w ramach jednego testu)
2. Konsultacja onkologiczno-genetyczna	3000 zł
W razie zdiagnozowania u Ciebie Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji onkologiczno-genetycznej wyników testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów, wykonanego Twojemu biologicznemu dziecku lub rodzeństwu.	1 konsultacja dla każdego Twojego biologicznego dziecka lub rodzeństwa
3. Psychoonkolog	3000 zł
Gdy Twoje biologiczne dziecko lub rodzeństwo po wykonaniu testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów chcą skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	maksymalnie 5 konsultacji łącznie dla biologicznego dziecka lub rodzeństwa

9. Ubezpieczenie nie obejmuje:
   a) zmian opisanych histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości, nieinwazyjne, w tym carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer - AJCC, the 8th Edition of the TNM Classification i następnych),
   b) nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania według klasyfikacji Clarka lub Breslowa,
   c) nowotworów gruczołu krokowego:
      • w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0) według klasyfikacji TNM, poza takimi nowotworami w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0), dla których złośliwość nowotworu według sumy Gleasona wynosi co najmniej 7,

- dla których stopień zaawansowania według klasyfikacji TNM nie został określony, poza takimi nowotworami, dla których stopień zaawansowania według klasyfikacji TNM nie został określony i dla których złośliwość nowotworu według sumy Gleasona wynosi co najmniej 7,

d) raków brodawkowatych ani pęcherzykowych tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM,
e) guzów granicznych jajnika w stadium IA ani IB według klasyfikacji FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, edycja 2014 i następne),
f) chłoniaków, mięsaków Kaposiego ani innych nowotworów współistniejących z infekcją HIV.

Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to przyjmujemy, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia.

10. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy limit, który wskazujemy w Tabeli nr 2, lub sumę ubezpieczenia assistance, którą wskazujemy w Tabeli nr 3, to zorganizujemy i zrealizujemy daną usługę w przypadku, gdy wyrazisz zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a tym limitem lub sumą ubezpieczenia assistance.
11. Jeśli spóźnisz się z płatnością Składki o więcej niż Miesiąc Polisowy, to zawieszamy dostęp do świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem z ostatnim dniem tego Miesiąca Polisowego. Możesz wznowić ten dostęp, jeśli przed rozwiązaniem Umowy zapłacisz wymagane Składki. W takim przypadku poinformujemy Cię, od jakiego dnia wznawiamy dostęp do świadczeń.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
   a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
   b) w chwili Twojej śmierci,
   c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, następującego po Miesiącu Polisowym, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
   d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna.
2. Nie zawieramy kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli którakolwiek ze stron – Ty albo my – poinformuje drugą stronę o niezawieraniu Umowy Dodatkowej na kolejny okres najpóźniej na 30 dni przed końcem Roku Ubezpieczenia.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI

Jeśli chcesz skorzystać ze świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem, to masz obowiązek:

a) złożyć wniosek o realizację świadczenia wraz z dokumentami, które wskazujemy jako niezbędne do określenia, czy i w jakiej wysokości świadczenie jest należne,
b) współpracować z Centrum Operacyjnym w zakresie organizacji i realizacji świadczeń, w tym uzgodnienia miejsca realizacji świadczenia,
c) w przypadku, gdy diagnoza została postawiona za granicą – dostarczyć dokumentację medyczną przetłumaczoną na język polski albo język angielski.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz Twojego Wieku.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 CO JEST POTRZEBNE DO REALIZACJI ŚWIADCZEŃ, KTÓRE SĄ OBJĘTE UBEZPIECZENIEM

1. Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości świadczenie Ci się należy, potrzebujemy:
   a) wniosku o realizację świadczenia od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
   b) kopii dokumentu, który potwierdza Twoją tożsamość,
   c) dokumentów, które potwierdzają zdiagnozowanie u Ciebie Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydanie Tobie karty DiLO.
2. Dokumenty te należy dostarczyć do Centrum Operacyjnego.
3. Zawiadomienie o zdiagnozowaniu u Ciebie Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydaniu Tobie karty DiLO można złożyć:
   a) telefonicznie, dzwoniąc pod numer telefonu 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),
   b) pisząc na adres: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce; ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa,
   c) pocztą elektroniczną na adres: u.life@mondial-assistance.pl.
4. Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia. Jeśli w tym okresie nie jest możliwe wyjaśnienie, czy świadczenie Ci przysługuje i w jakiej wysokości, to spełniamy świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie to jest możliwe. Bezsporną część spełniamy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia.
5. Jeśli odmawiamy spełnienia świadczenia lub spełniamy je w części, to informujemy o tym osobę, która występuje z tym wnioskiem. Wskazujemy też podstawę prawną i uzasadniamy swoją decyzję.
6. Centrum Operacyjne w porozumieniu z Tobą ustala miejsce realizacji świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem. Zorganizujemy te świadczenia we współpracującym z Centrum Operacyjnym podmiocie lub Placówce Medycznej w ciągu:
   a) 10 dni roboczych w przypadku konsultacji z pulmonologiem lub hepatologiem albo następującego badania specjalistycznego: rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa
   b) 5 dni roboczych w pozostałych przypadkach, od dnia otrzymania kompletu dokumentów, które są niezbędne, abyśmy mogli ustalić, czy świadczenie Ci się należy i w jakiej wysokości.
7. Wartość poszczególnych świadczeń assistance ustala Centrum Operacyjne – każdorazowo na podstawie cen usług w uzgodnionej z Tobą Placówce Medycznej, które obowiązują w dniu organizacji świadczenia. Informujemy Cię o wartości tego świadczenia oraz o tym w jaki sposób realizacja tego świadczenia wpływa na limit świadczeń lub sumę ubezpieczenia assistance.
8. W celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia w odniesieniu do Dziecka, Małżonka, Partnera, biologicznego ojca lub matki lub rodzeństwa, w zakresie określonym w art 38 ust. 2 i 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, potrzebujemy informacji o stanie ich zdrowia. Dlatego do zgłoszenia roszczenia z tytułu świadczeń związanych z Dzieckiem, Małżonkiem, Partnerem, biologicznym ojcem lub matką lub rodzeństwem należy dołączyć:
   a) ich zgodę na przetwarzanie danych osobowych o stanie zdrowia oraz
   b) upoważnienie podmiotów wykonujących działalność leczniczą do udzielania nam informacji o stanie ich zdrowia, także po ich śmierci (w tym udostępnienia dokumentacji medycznej).

ART. 7 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE ORGANIZUJEMY ANI NIE REALIZUJEMY ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH UBEZPIECZENIEM

1. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU, w odniesieniu do Umowy Dodatkowej nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie realizujemy świadczeń objętych ubezpieczeniem, jeśli Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym lub wydanie karty DiLO nastąpią:
   a) wskutek potwierdzonego w dokumentacji medycznej nieprzestrzegania przez Ciebie zaleceń Lekarza Prowadzącego,
   b) w związku ze spożyciem przez Ciebie alkoholu, zażyciem przez Ciebie 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 Ciebie alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
   c) wskutek leczenia eksperymentalnego lub leczenia o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie,
   d) wskutek działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
   e) wskutek Twojego umyślnego działania,
   f) wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ciebie przestępstwa,
   g) wskutek zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania,
   h) wskutek Wad Wrodzonych,

i) wskutek zakażenia wirusem HIV,
j) wskutek użycia materiałów lub substancji biologicznych lub chemicznych (lub ich składników), w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego.

2. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie realizujemy świadczeń objętych ubezpieczeniem, jeśli postępowanie diagnostyczne w kierunku Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym rozpoczęło się przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
3. Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg leczenia i jego efekty, postawione diagnozy, brak skierowania na dodatkowe badanie, co do których decyzje podejmuje Lekarz Prowadzący.
4. Nie odpowiadamy za opóźnienie w wykonaniu świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem oraz ich niewykonanie bądź nienależyte wykonanie, jeśli nastąpiło to w wyniku działania Siły Wyższej.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 135/2026 i obowiązują od 7 listopada 2026 r.

UMOWA DODATKOWA

Uszczerbek na zdrowiu i rehabilitacja po NW

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

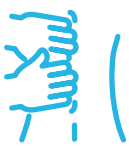
- Wypłacimy Ci pieniądze w razie uszczerbków na zdrowiu spowodowanych wypadkiem – najczęstsze z nich to: złamania, skręcenia, oparzenia, blizny.
- Zapewnimy Ci również świadczenie w wysokości wydatków poniesionych na rehabilitację.

Warto wiedzieć

Możesz otrzymać wiele wypłat z tej umowy – aż do wyczerpania sumy ubezpieczenia.

Zwróć uwagę

- Za uszczerbek na zdrowiu wypłacimy określony procent sumy ubezpieczenia, który znajdziesz w tabeli zamieszczonej w ogólnych warunkach ubezpieczenia.
- Za rehabilitację możesz otrzymać do 15% tej sumy.



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU I REHABILITACJI PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU (UR/PP/2/2026)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 ust. 1–3 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 1 pkt 2 Art. 2 ust. 4 Art. 6 ust. 3 Art. 9 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 20 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Prosty Plan” albo Art. 20 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Prosty Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

ZYPPUR-O02 10/26

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU I REHABILITACJI PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU (UR/PP/2/2026)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.
W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy ani nie realizujemy świadczeń z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie Twoje działania, które służą osiąganiu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie je podejmujesz
2. **Koszty Rehabilitacji** – koszty procesu leczniczego, w tym koszty zaopatrzenia ortopedycznego (z wyłączeniem kosztów protez ortopedycznych), które zostały poniesione w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem, w ciągu 24 miesięcy od tego wypadku.
   Leczenie musi być niezbędne z medycznego punktu widzenia oraz:
   a) ma na celu uzyskanie przez Ciebie optymalnego poziomu funkcjonowania utraconych lub zaburzonych w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku czynności uszkodzonego narządu lub narządów,
   b) jest prowadzone na terenie Polski i pod kontrolą lekarza,
   c) jest realizowane metodami kinezyterapii i fizykoterapii.
   Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów protez ortopedycznych oraz kosztów badań, które wykonujesz.
3. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
   a) jest nagłe i nie zależy od Twojej woli,
   b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym ani psychicznym stanem Twojego zdrowia,
   c) występuje w czasie, gdy obejmujemy Cię ochroną ubezpieczeniową
4. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą podejmujesz w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
5. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, na podstawie której:
   a) obliczamy, jakie świadczenie ubezpieczeniowe Ci wypłacamy w przypadku Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, oraz
   b) ustalamy maksymalną kwotę zwrotu w przypadku poniesienia Kosztów Rehabilitacji.
   Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
6. **Tabela Procentowego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (Tabela)** – dokument, który zawiera listę Trwałych Uszczerbków na Zdrowiu objętych ubezpieczeniem wraz z przypisanymi im procentami uszczerbku
7. **Trwały Uszczerbek na Zdrowiu** – utrwalone dolegliwości, które zmniejszają sprawność poszczególnych narządów lub organów, brak części organizmu lub zaburzenia czynności całego organizmu w wyniku ubytków morfologicznych lub zaburzeń budowy, które:
   a) są następstwem Nieszczęśliwego Wypadku i
   b) powstają w ciągu 12 miesięcy od tego wypadku
8. **Wada lub Choroba Wrodzona** – nieprawidłowość anatomiczna lub czynnościowa, która powstała w okresie życia wewnątrzmacicznego, niezależnie od momentu jej rozpoznania
9. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
   a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
   b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
10. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia:**
    a) narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny; skoki narciarskie; bobsleje; uprawianie poza wyznaczonymi trasami: narciarstwa (nie dotyczy narciarstwa biegowego), snowboardingu, saneczkarstwa;
    b) kolarstwo ekstremalne (freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill);
    c) bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon);
    d) wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne; wyścigi konne;
    e) nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu; skoki do wody; kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne; żeglarstwo morskie lub oceaniczne;
    f) skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości; paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo;
    g) wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu; speleologia;
    h) sporty walki;
    i) 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 Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne); wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu;
    j) zorbing
11. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem:
    a) wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub
    b) stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub osiągane wyniki sportowe

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwego Wypadku, w tym następstwa wypadku, któremu ulegasz w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje:
   a) Twój Trwały Uszczerbek na Zdrowiu oraz
   b) Koszty Rehabilitacji.
3. Jeśli doznasz Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, to wypłacamy:
   a) odpowiedni procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej – zgodnie z Tabelą,
   b) kwotę odpowiadającą poniesionym Kosztom Rehabilitacji – do 15% Sumy Ubezpieczenia.
4. Ubezpieczenie nie obejmuje Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu o charakterze nawykowym, zmęczeniowym lub wysiłkowym w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, który to uszczerbek jest potwierdzony w dokumentacji medycznej, ani Kosztów Rehabilitacji, które są związane z takim uszczerbkiem.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
b) w chwili Twojej śmierci,

c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI

1. Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia, możemy skierować Cię na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie Twojego stanu zdrowia, i masz obowiązek je wykonać.
2. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, masz obowiązek poinformować nas także o tym, że:
   a) rozpoczynasz Zawodowe Uprawianie Sportu albo go zaprzestajesz,
   b) rozpoczynasz, podejmujesz dodatkową lub zmieniasz swoją Aktywność Zarobkową,
   c) w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
3. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
   b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego, albo
   c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
4. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową albo
   b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
   a) Twojego Wieku i Roku Ubezpieczenia,
   b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
   c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY ZA TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU ORAZ KOMU I ILE PIENIĘDZY ZWRACAMY ZA KOSZTY REHABILITACJI (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. W przypadku Twojego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wypłacamy Ci odpowiedni procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Kwotę wypłaty obliczamy, mnożąc:
   a) Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej z dnia Nieszczęśliwego Wypadku i
   b) procent uszczerbku wskazany dla danego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w Tabeli.
2. Jeśli w wyniku tego samego Nieszczęśliwego Wypadku powstaje więcej niż jeden Trwały Uszczerbek na Zdrowiu, to sumujemy wypłaty za te uszczerbki.
3. Maksymalna kwota wypłaty za skutki tego samego Nieszczęśliwego Wypadku to 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
4. W razie utraty lub uszkodzenia narządu lub układu, których funkcje były już dotknięte trwałym uszczerbkiem przed Nieszczęśliwym Wypadkiem na skutek innego urazu, Wady lub Choroby Wrodzonej, to stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu określamy jako różnicę pomiędzy:
   a) aktualnym stopniem Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu po Nieszczęśliwym Wypadku a
   b) stopniem Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu przed tym wypadkiem.

   Jeżeli nie jest możliwe określenie, w jakim stopniu funkcje narządu albo układu były naruszone przed Nieszczęśliwym Wypadkiem, to przyjmujemy, że wcześniejszy trwały uszczerbek nie istniał.
5. Jeżeli Trwały Uszczerbek na Zdrowiu dotyczy narządu lub układu, których funkcje były już dotknięte Trwałym Uszczerbkiem na Zdrowiu, za który wypłaciliśmy pieniądze, to stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu określamy jako różnicę pomiędzy:
   a) stopniem Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu po Nieszczęśliwym Wypadku a
   b) stopniem Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, za który wypłaciliśmy pieniądze.
6. Oceny Twojego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu dokonują nasi upoważnieni pracownicy lub wskazani przez nas lekarze.
7. Stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu powinien być ustalony:
   a) po zakończeniu leczenia, w tym zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego,
   b) nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy od dnia Nieszczęśliwego Wypadku i nie później niż po 24 miesiącach od tego wypadku; późniejsza zmiana stopnia Uszczerbku na Zdrowiu nie powoduje zmiany wysokości wypłaty za Trwały Uszczerbek na Zdrowiu.
8. Jeżeli zgodnie z opinią wskazanego przez nas lekarza okres leczenia będzie dłuższy niż 12 miesięcy, to po upływie 6 miesięcy możesz złożyć wniosek o wcześniejszą wypłatę bezspornej części świadczenia za Trwały Uszczerbek na Zdrowiu, która zgodnie z naszymi przewidywaniami będzie przysługiwać po zakończeniu leczenia. Wysokość tej części świadczenia określamy na podstawie:
   a) dokumentów, które przedstawiasz, oraz
   b) ustaleń wskazanego przez nas lekarza.
9. Wypłacamy Ci kwotę odpowiadającą równowartości poniesionych Kosztów Rehabilitacji, które zostały udokumentowane oryginałami faktur lub rachunków. Maksymalna łączna kwota, którą Ci wypłacamy, to 15% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, niezależnie od liczby Nieszczęśliwych Wypadków, którym ulegasz.
10. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacamy w złotych polskich. Jeśli Koszty Rehabilitacji zostały poniesione w walucie obcej, kwoty z rachunków przeliczamy na złote polskie według średniego kursu walut obcych ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski w dniu, w którym te koszty zostały poniesione.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata Ci się należy, i wypłacić Ci pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Trwałym Uszczerbku na Zdrowiu lub o poniesieniu Kosztów Rehabilitacji oraz:
a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
b) kopii dokumentu, który potwierdza Twoją tożsamość,
c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
d) dokumentów, które potwierdzają Twój Trwały Uszczerbek na Zdrowiu – orzeczeń lekarskich, zaświadczeń oraz wyników Twoich badań,
e) dokumentacji medycznej z leczenia, w tym karty leczenia szpitalnego, karty historii choroby,
f) oryginałów faktur lub rachunków, które potwierdzają poniesienie Kosztów Rehabilitacji; faktura lub rachunek musi zawierać wskazanie osoby, która poddała się rehabilitacji.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, w wyniku którego doznałeś Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu lub poniosłeś Koszty Rehabilitacji, został spowodowany lub miał miejsce:
a) w związku ze spożyciem przez Ciebie alkoholu, zażyciem przez Ciebie 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 Ciebie alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ciebie przestępstwa,
c) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywasz - chyba że jesteś pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
d) w związku z Twoim Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu lub Twoim udziałem w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 138/2026 i obowiązują od 7 listopada 2026 r.

TABELA PROCENTOWEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (TPU/TZ/3/2022)

Tabelę stosujemy do Umowy dodatkowej w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu i rehabilitacji po nieszczęśliwym wypadku.

Punkt	Kod uszczerbku	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
A	**UKŁAD NERWOWY**		
1		**Porażenia i niedowłady po urazach wewnątrzczaszkowych**	
	001	Porażenie lub głęboki niedowład połowiczy, porażenie lub głęboki niedowład obu kończyn dolnych, uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie (0°-2° wg Lovetta)	100%
	002	Umiarkowany niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych (3° wg Lovetta)	60%
	003	Niewielki niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych (4° wg Lovetta)	30%
	004	Monopareza kończyny górnej – wg Lovetta 0°	50%
	005	Monopareza kończyny górnej – wg Lovetta 1°-2°	35%
	006	Monopareza kończyny górnej – wg Lovetta 3°-4°	25%
	007	Monopareza kończyny dolnej – wg Lovetta 0°	40%
	008	Monopareza kończyny dolnej – wg Lovetta 1°-2°	30%
	009	Monopareza kończyny dolnej – wg Lovetta 3°-4°	20%
SKALA LOVETTE'A: 0º – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej; 1º – ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej; 2º – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 20% prawidłowej siły mięśniowej; 3º – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej; 4º – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej; 5º – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej;			
2		**Zespoły pozapiramidowe**	
	010	Utrwalony zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność chorego w stopniu znacznym	100%
	011	Utrwalony zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność chorego w stopniu umiarkowanym	60%
	012	Utrwalony zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność chorego w stopniu niewielkim	20%
3		**Zespoły móżdżkowe**	
	013	Zaburzenia równowagi uniemożliwiające chodzenie	100%
	014	Zaburzenia równowagi utrudniające chodzenie w znacznym stopniu	70%
	015	Zaburzenia równowagi utrudniające chodzenie w umiarkowanym stopniu	50%
	016	Zaburzenia równowagi utrudniające chodzenie w niewielkim stopniu	20%
4		**Padaczka jako izolowane następstwo urazu**	
	017	Padaczka jako izolowane następstwo urazu z częstymi napadami (powyżej 4 miesięcznie)	50%
	018	Padaczka jako izolowane następstwo urazu z napadami od 2 do 4 miesięcznie	30%
	019	Padaczka jako izolowane następstwo urazu z z rzadkimi napadami poniżej 2 miesięcznie	10%
Podstawą rozpoznania padaczki są: typowe napady, zmiany w zapisie EEG z cechami charakterystycznymi dla tej choroby, dokumentacja leczenia neurologicznego z badaniami TK/MR. Uwaga: Jeśli rozpoznaniu padaczki towarzyszy encefalopatia, wtedy ocena dokonywana jest wyłącznie według pkt. 5 (pozycje 020-022).			
5		**Encefalopatia pourazowa**	
	020	Encefalopatia pourazowa ze znacznymi zmianami otępiennymi lub dużym deficytem neurologicznym	100%
	021	Encefalopatia pourazowa ze średnimi zmianami otępiennymi lub średnim deficytem neurologicznym	50%

ZYTZTPU-T01 03/23

Punkt	Kod uszczerbku	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
	022	Encefalopatia pourazowa z niewielkimi zmianami otępiennymi lub niewielkim deficytem neurologicznym	25%
Uwaga: Rozpoznanie encefalopatii powinno być udokumentowane diagnostyką i leczeniem neurologicznym lub psychiatrycznym, obecnością zmian w EEG, TK/MR mózgu oraz typowymi odchyleniami w wynikach testów psychologicznych.			
6		**Inne zespoły pourazowe OUN - po urazach głowy lub ciężkich urazach ciała**	
	023	Zaburzenia nerwicowe znacznego stopnia udokumentowane roczną historią choroby z leczenia u psychiatry i potwierdzone badaniem psychiatrycznym zleconym przez nas	20%
	024	Zaburzenia nerwicowe umiarkowanego stopnia udokumentowane roczną historią choroby z leczenia u psychiatry i potwierdzone badaniem psychiatrycznym zleconym przez nas	10%
	025	Zaburzenia nerwicowe lekkiego stopnia udokumentowane sześciomiesięczną historią choroby z leczenia u psychiatry (wskazane badanie orzecznicze psychiatry)	5%
	026	Wstrząśnienie mózgu rozpoznane szpitalnie	2%
	027	Stłuczenie mózgu lub krwotok wewnątrzczaszkowy, bez utrwalonego zespołu neurologicznego, leczone zachowawczo (rozpoznanie szpitalne, potwierdzenie zmian badaniami TK/ MR mózgu)	5%
	028	Krwotok wewnątrzczaszkowy leczony operacyjnie, bez utrwalonego zespołu neurologicznego (rozpoznanie szpitalne, potwierdzenie zmian badaniami TK/ MR mózgu)	10%
7		**Zaburzenia mowy**	
	029	Afazja całkowita	100%
	030	Afazja umiarkowanego stopnia	60%
	031	Afazja niewielkiego stopnia	30%
8		**Pourazowe zespoły podwzgórzowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność i niedoczynność tarczycy itp.)**	
	032	Pourazowe zespoły podwzgórzowe nieznacznie upośledzające czynność organizmu	20%
	033	Pourazowe zespoły podwzgórzowe umiarkowanie upośledzające czynność organizmu	40%
	034	Pourazowe zespoły podwzgórzowe znacznie upośledzające czynność organizmu	60%
9		**Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej: okoruchowego, bloczkowego, odwodzącego**	
	035	Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej z dwojeniem obrazu i opadaniem powieki oraz z zaburzeniami akomodacji	30%
	036	Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej z dwojeniem obrazu i opadaniem powieki	20%
	037	Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej z dwojeniem obrazu bez opadania powieki	10%
	038	Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej z zaburzeniami akomodacji lub innymi zaburzeniami czynności mięśni wewnętrznych oka	5%
Uwaga: w przypadku uszkodzenia części zewnętrznej i wewnętrznej nerwu okoruchowego oba uszczerbki podlegają sumowaniu, ale łączna wartość nie może przekroczyć 40%.			
10		**Uszkodzenie całkowite nerwu trójdzielnego**	
	039	Uszkodzenie całkowite nerwu trójdzielnego – za jedną gałąź	5%
11		**Uszkodzenie obwodowe całkowite nerwu twarzowego**	
	040	Uszkodzenie obwodowe całkowite nerwu twarzowego	20%
12		**Uszkodzenie całkowite nerwu językowo-gardłowego i błędnego**	
	041	Uszkodzenie całkowite nerwu językowo-gardłowego i błędnego (obu nerwów) – z zaburzeniami mowy, połykania, oddechu oraz zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego	40%
13		**Uszkodzenie całkowite nerwu dodatkowego lub podjęzykowego**	
	042	Uszkodzenie całkowite nerwu dodatkowego	10%
	043	Uszkodzenie całkowite nerwu podjęzykowego	20%
14		**Izolowane całkowite uszkodzenia nerwów obwodowych**	
	044	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	15%
	045	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu piersiowego długiego	15%
	046	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu pachowego	20%
	047	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu mięśniowo-skórnego	20%

	048	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu promieniowego powyżej odejścia gałęzi do mięśnia trójgłowego ramienia	30%
	049	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu promieniowego poniżej odejścia gałęzi do mięśnia trójgłowego ramienia	20%
	050	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	15%
	051	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	10%
	052	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu pośrodkowego w obrębie ramienia	30%
	053	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu pośrodkowego w obrębie nadgarstka	15%
	054	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu łokciowego	20%
	055	Izolowane całkowite uszkodzenie splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	25%
	056	Izolowane całkowite uszkodzenie splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	40%
	057	Izolowane całkowite uszkodzenie pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	10%
	058	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu zasłonowego	15%
	059	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu udowego	30%
	060	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwów pośladkowych	20%
	061	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu sromowego wspólnego	20%
	062	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy	40%
	063	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu piszczelowego	30%
	064	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu strzałkowego	20%
	065	Izolowane całkowite uszkodzenie splotu lędźwiowo-krzyżowego	60%
	066	Izolowane całkowite uszkodzenie pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	10%
Uwaga: w przypadku częściowego uszkodzenia nerwów, oceny z pozycji 039-066 odpowiadają połowie wartości przewidzianej za całkowite uszkodzenie nerwu.			
B	**GŁOWA**		
15		**Uszkodzenia powłok czaszki**	
	067	Oskalpowanie – od 20% do 50% skóry owłosionej	20%
	068	Oskalpowanie – powyżej 50% skóry owłosionej	30%
Uwaga: według pozycji 067-068 oceniane są ubytki nieuzupełnione trwale owłosieniem.			
16		**Złamania kości czaszki**	
	069	Złamania kości czaszki – w obrębie sklepistości czaszki	5%
	070	Złamania kości czaszki – w obrębie podstawy czaszki	10%
17		**Pourazowe ubytki kości czaszki**	
	071	Pourazowy ubytek kości czaszki – poniżej 10 cm²	5%
	072	Pourazowy ubytek kości czaszki – od 10 do 40 cm²	10%
	073	Pourazowy ubytek kości czaszki – powyżej 40 cm²	20%
Uwaga: w przypadkach urazów obejmujących uszkodzenia zarówno powłoki czaszki, jak i kości sklepienia i podstawy czaszki, następstwa poszczególnych obrażeń podlegają sumowaniu. Łączna suma uszczerbku na zdrowiu nie może przekroczyć 40%.			
18		**Powikłania po urazach głowy**	
	074	Nawracający płynotok, ropowica powłok czaszki, przewlekłe zapalenie kości, przepuklina mózgowa – leczone operacyjnie	10%
C	**TWARZ**		
19		**Powłoki twarzy**	
	075	Oszpecenie – bez zaburzeń funkcji – blizny poniżej 5 cm, z wyłączeniem blizn po oparzeniach	5%
	076	Oszpecenie – bez zaburzeń funkcji – blizny od 5 cm, z wyłączeniem blizn po oparzeniach	10%
	077	Oszpecenie z zaburzeniami funkcji jak ślinotok, zaburzenia przyjmowania pokarmów, mowy, oddychania, czynności powiek – dodatkowo za każde zaburzenie	10%
20		**Nos**	
	078	Złamanie kości nosa niewymagające repozycji	1%

	079	Złamanie kości nosa wymagające repozycji lub zniekształcenie pourazowe nosa – bez zaburzeń powonienia i oddychania	3%
	080	Uszkodzenie/złamanie nosa – z utrwalonymi zaburzeniami powonienia lub oddychania potwierdzonymi dokumentacją leczenia specjalistycznego przez 6 miesięcy	10%
	081	Uszkodzenie/złamanie nosa – z utrwalonymi zaburzeniami powonienia i oddychania potwierdzonymi dokumentacją leczenia specjalistycznego przez 6 miesięcy	20%
	082	Utrata nosa w całości – łącznie z kośćmi nosa	30%

Uwaga: zaburzenia powonienia lub oddychania z pozycji 078- 081 powinny zostać udokumentowane badaniami dodatkowymi i konsultacjami specjalistycznymi.

21		**Zęby**	
	083	Utrata częściowa, złamanie lub pourazowe rozchwianie siekaczy lub kłów – za każdy ząb	0,50%
	084	Utrata częściowa, złamanie lub pourazowe rozchwianie pozostałych zębów – za każdy ząb	0,25%
	085	Utrata całej korony lub całego zęba (dot. siekaczy lub kłów) – za każdy ząb	1,50%
	086	Utrata całej korony lub całego zęba (dot. zębów innych niż siekacze i kły) – za każdy ząb	1%
22		**Uszkodzenia kości: oczodołu, jarzmowej, szczęki, żuchwy, zatoki, stawu skroniowo-żuchwowego**	
	087	Wygojone bez przemieszczeń	2%
	088	Wygojone z niewielkim przemieszczeniem	4%
	089	Wygojone ze średnim przemieszczeniem, asymetrią zgryzu, upośledzeniem otwierania jamy ustnej i niewielkim upośledzeniem żucia	12%
	090	Wygojone z dużym przemieszczeniem, asymetrią zgryzu, upośledzeniem otwierania jamy ustnej i znacznym upośledzeniem lub częściowa utrata szczęki lub żuchwy	25%
	091	Utrata częściowa szczęki lub żuchwy z utratą zębów, asymetrią zgryzu, znacznym zaburzeniem otwierania jamy ustnej i upośledzeniem odżywiania	35%
	092	Utrata całkowita: szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów)	50%
23		**Język, podniebienie, przedsionek jamy ustnej, wargi**	
	093	Ubytek powyżej 2 cm^2 – bez zaburzeń mowy i połykania	2%
	094	Ubytek z zaburzeniami mowy i połykania	15%
	095	Ubytek z zaburzeniami mowy i połykania oraz zaburzeniami odżywiania	35%
	096	Całkowita utrata języka	50%
D	**NARZĄD WZROKU**		
24		**Upośledzenie ostrości wzroku, utrata widzenia w jednym lub w obojgu oczach**	
	097	Upośledzenie ostrości wzroku, utrata widzenia w jednym lub w obojgu oczach – tabela ostrości wzroku	

Oko prawe / Oko lewe	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0
1,0	0%	2,5%	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%
0,9	2,5%	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%
0,8	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%
0,7	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%
0,6	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%
0,5	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%
0,4	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%
0,3	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%
0,2	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%
0,1	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%	90%
0	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%	90%	100%

Uwaga: ostrość wzroku należy ocenić po korekcji szkłami zarówno w przypadku zmętnienia rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzeń siatkówki lub nerwu wzrokowego. Dwojenie wymagające podczas pracy zasłonięcia jednego oka odpowiada całkowitej utracie widzenia w jednym oku.

25		**Porażenie nastawności (akomodacji)**	
	098	Porażenie nastawności (akomodacji) bez zaburzeń ostrości wzroku po zastosowaniu szkieł korekcyjnych jednego oka	15%

26		**Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych, drążących, chemicznych, termicznych, elektrycznych lub wskutek nagłego działania pola elektromagnetycznego – bez upośledzenia ostrości wzroku**	
	099	Uszkodzenie gałki ocznej, bez upośledzenia wzroku – blizny rogówki	1%
	100	Uszkodzenie gałki ocznej, bez upośledzenia wzroku – nieusunięte ciało obce oczodołu	5%
	101	Uszkodzenie gałki ocznej, bez upośledzenia wzroku – nieusunięte ciało obce wewnątrzgałkowe	10%
27		**Pourazowe zwężenie pola widzenia**	
	102	Tabela oceny zwężenia pola widzenia	

Zwężenie do stopni	przy nienaruszonym drugim oku	w obojgu oczach	przy całkowitej utracie widzenia w drugim oku
60	0%	0%	35%
50	5%	10%	45%
40	10%	20%	55%
30	15%	40%	65%
20	20%	60%	75%
10	25%	75%	85%
poniżej 10	35%	90%	100%

28		**Niedowidzenia połowicze**	
	103	Niedowidzenia połowicze – dwuskroniowe	60%
	104	Niedowidzenia połowicze – dwunosowe	30%
	105	Niedowidzenia połowicze – jednoimienne górne	10%
	106	Niedowidzenia połowicze – jednoimienne dolne	30%
	107	Inne jednooczne ubytki pola widzenia	5%
29		**Pourazowy brak soczewki lub pseudosoczewkowatość – bez zaburzeń ostrości wzroku po korekcji**	
	108	Pourazowy brak soczewki lub pseudosoczewkowatość – jednego oka – bez zaburzeń ostrości wzroku po korekcji	15%
30		**Zaburzenia drożności przewodów łzowych**	
	109	Zaburzenia drożności przewodów łzowych w jednym oku	8%
31		**Przewlekłe pourazowe zapalenie spojówek**	
	110	Przewlekłe pourazowe zapalenie spojówek – niewielkie zmiany	3%
	111	Przewlekłe pourazowe zapalenie spojówek – duże zmiany – udokumentowane co najmniej 6-miesięcznym leczeniem okulistycznym	8%
32	**112**	**Zaćma pourazowa, pourazowy brak soczewki lub pseudosoczewkowatość, jaskra pourazowa, odwarstwienie siatkówki pourazowe – z zaburzeniami ostrości wzroku i pola widzenia**	Ocena wg tabel ostrości wzroku i pola widzenia
33		**Utrata gałki ocznej**	
	113	Jednego oka (wartość uszczerbku obejmuje utratę widzenia wg tabeli z pozycji 097)	38%
	114	Obojga oczu	100%
Uwaga: suma uszczerbków w zakresie jednego oka nie może przekroczyć 38%.			
E	**NARZĄD SŁUCHU i RÓWNOWAGI**		
34		**Uszkodzenia małżowin usznych**	
	115	Zniekształcenie małżowiny usznej	5%
	116	Utrata całkowita jednej małżowiny	15%
	117	Utrata obu małżowin	30%
35		**Przewlekłe ropne pourazowe zapalenie ucha środkowego**	
	118	Przewlekłe ropne pourazowe zapalenie ucha środkowego – jednostronne	4%
	119	Przewlekłe ropne pourazowe zapalenie ucha środkowego – obustronne	8%
	120	Powikłania po przewlekłym ropnym zapaleniu ucha środkowego: perlak, polip, zmiany kostne – dodatkowo	6%

36		**Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, szumy uszne**	
	121	Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, szumy uszne – bez upośledzenia słuchu	3%
37		**Uszkodzenie ucha wewnętrznego**	
	122	Uszkodzenie części słuchowej ucha wewnętrznego	Ocena wg tabeli upośledzenia słuchu
	123	Uszkodzenie części statycznej ucha wewnętrznego – niewielkie zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi	10%
	124	Uszkodzenie części statycznej ucha wewnętrznego – umiarkowanie nasilone zawroty głowy, nudności, wymioty, zaburzenia równowagi	20%
	125	Uszkodzenie części statycznej ucha wewnętrznego – znaczne zawroty głowy z zaburzeniami równowagi utrudniającymi chodzenie, nudności, wymioty	40%
38	**126**	**Upośledzenie słuchu na skutek: ostrego urazu akustycznego, złamań kości w obrębie ucha środkowego, mechanicznych uszkodzeń nerwu słuchowego, ciężkich urazów głowy, upośledzenia drożności zewnętrznego przewodu słuchowego – ocena na podstawie audiogramu**	

Tabela upośledzenia słuchu

ucho lewe \ ucho prawe	0 – 25 dB	26 – 40 dB	41 – 70 dB	powyżej 70 dB
0 – 25 dB	0%	5%	10%	20%
26 – 40 dB	5%	15%	20%	30%
41 – 70 dB	10%	20%	30%	40%
powyżej 70 dB	20%	30%	40%	50%

Uwaga: przy ocenie uszczerbku oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1000 i 2000 Hz.
Jeśli różnica pomiędzy wartościami 500 Hz i 2000 Hz przekracza 40 dB, ubytek słuchu oblicza się ze średniej z 4 progów: 500, 1000, 2000 i 4000 Hz.

F		**SZYJA, GARDŁO, KRTAŃ, TCHAWICA, PRZEŁYK**	
39		**Uszkodzenie szyi**	
	127	Uszkodzenie tkanek miękkich szyi z umiarkowanym ograniczeniem ruchomości szyi i głowy	10%
	128	Uszkodzenie tkanek miękkich szyi ze znacznym ograniczeniem ruchomości i przymusowym ustawieniem głowy	25%
40		**Uszkodzenie gardła**	
	129	Uszkodzenia gardła z niewielkim upośledzeniem funkcji	5%
	130	Uszkodzenia gardła ze znacznym upośledzeniem funkcji	15%
41		**Uszkodzenie krtani**	
	131	Uszkodzenie krtani – niewielkie zwężenie, przewlekła chrypka	10%
	132	Zwężenie krtani – ze świstem krtaniowym, dusznością wysiłkową	20%
	133	Zwężenie krtani – z koniecznością stosowania rurki dotchawiczej i zaburzeniem głosu	40%
	134	Zwężenie krtani – z koniecznością stosowania rurki dotchawiczej i bezgłosem	60%

Uwaga: uszkodzenie krtani powinno być potwierdzone w dokumentacji z leczenia laryngologicznego zawierającej opisy zmian w badaniach obrazowych lub endoskopowych.

42		**Uszkodzenie tchawicy**	
	135	Uszkodzenie tchawicy – z niewielkim zwężeniem, bez duszności	5%
	136	Uszkodzenie tchawicy – ze zwężeniem i dusznością wysiłkową	20%
	137	Uszkodzenie tchawicy – ze znacznym zwężeniem i dusznością spoczynkową	60%

Uwaga: uszkodzenie tchawicy powinno być potwierdzone w dokumentacji z leczenia laryngologicznego zawierającej opisy zmian w badaniach obrazowych lub endoskopowych.

43		**Uszkodzenie przełyku**	
	138	Uszkodzenie przełyku – ze zwężeniem, bez zaburzeń funkcji	5%
	139	Zwężenie przełyku – z zaburzeniami połykania, bez upośledzenia stanu odżywienia	10%
	140	Zwężenie przełyku – z zaburzeniami połykania i upośledzeniem stanu odżywienia	30%
	141	Niedrożność całkowita przełyku – stała przetoka żołądkowa	80%

Uwaga: przy ocenie skutków urazu przełyku niezbędna jest dokumentacja z leczenia specjalistycznego zawierająca wyniki badań obrazowych i endoskopowych.

G	**KLATKA PIERSIOWA**		
44		**Uszkodzenie ściany klatki piersiowej i grzbietu**	
	142	Uszkodzenie ściany klatki piersiowej i grzbietu ograniczające ruchomość klatki piersiowej i upośledzające wydolność oddechową (ocena spirometryczna) w stopniu niewielkim	10%
	143	Uszkodzenie ściany klatki piersiowej i grzbietu ograniczające ruchomość klatki piersiowej i upośledzające wydolność oddechową (ocena spirometryczna) w stopniu umiarkowanym	20%
	144	Uszkodzenie ściany klatki piersiowej i grzbietu ograniczające ruchomość klatki piersiowej i upośledzające wydolność oddechową (ocena spirometryczna) w stopniu znacznym	40%
45		**Utrata całkowita brodawki sutkowej lub sutka**	
	145	Całkowita utrata brodawki sutkowej u mężczyzny	5%
	146	Całkowita utrata brodawki sutkowej u kobiety	10%
	147	Całkowita utrata jednego sutka u mężczyzny	20%
	148	Całkowita utrata jednego sutka u kobiety	25%
Uwaga: w przypadku częściowej utraty brodawki sutkowej lub sutka oceny dokonuje się przy zastosowaniu pkt. 45 oraz pozycji 145-148 adekwatnych dla całkowitej utraty brodawki i sutka, przy czym wartość uszczerbku odpowiada połowie wartości przewidzianej za całkowitą utratę.			
46		**Złamanie żeber i mostka**	
	149	Złamanie jednego żebra – za każde żebro	1%
	150	Złamanie wielu żeber – ze zniekształceniami i trwałym zmniejszeniem wydolności oddechowej w stopniu umiarkowanym lub znacznym potwierdzonym co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną	25%
	151	Złamanie mostka – bez zniekształceń	3%
	152	Złamanie mostka wygojone ze znacznym zniekształceniem	8%
	153	Powikłania po złamaniu żeber lub mostka: przewlekłe zapalenie kości z obecnością przetok – dodatkowo	10%
Uwaga: złamanie żeber i mostka powinno być potwierdzone badaniem radiologicznym.			
47		**Pourazowe przepukliny przeponowe**	
	154	Pourazowe przepukliny przeponowe – bez trwałych zaburzeń funkcji	5%
	155	Pourazowe przepukliny przeponowe – z trwałymi zaburzeniami funkcji przełyku lub żołądka	10%
	156	Pourazowe przepukliny przeponowe – z trwałymi zaburzeniami funkcji przewodu pokarmowego i zaburzeniami oddychania potwierdzonymi co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną	20%
	157	Pourazowe przepukliny przeponowe – z trwałymi zaburzeniami funkcji przewodu pokarmowego i zaburzeniami oddychania potwierdzonymi co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną oraz zaburzeniami krążenia (ocena wg klasyfikacji NYHA)	40%
48		**Uszkodzenie płuca i opłucnej**	
	158	Uszkodzenie płuc, opłucnej – bez zmniejszenia wydolności oddechowej	5%
	159	Uszkodzenie płuc, opłucnej – ze zmniejszeniem wydolności oddechowej niewielkiego stopnia (VC, FEV1, FEV1%VC = 70-80% wartości należnej) potwierdzonej co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną w ciągu 3 miesięcy	10%
	160	Uszkodzenie płuc, opłucnej – ze zmniejszeniem wydolności oddechowej średniego stopnia (VC, FEV1, FEV1%VC = 50-70% wartości należnej) potwierdzonej co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną w ciągu 3 miesięcy	20%
	161	Uszkodzenie płuc, opłucnej – ze zmniejszeniem wydolności oddechowej znacznego stopnia (VC, FEV1, FEV1%VC < 50% wartości należnej) potwierdzonej co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną w ciągu 3 miesięcy	40%
	162	Uszkodzenie płuc, opłucnej – powikłanie przetokami oskrzelowymi lub ropniami płuc – dodatkowo	15%
49		**Uszkodzenia serca i osierdzia**	
	163	Uszkodzenie serca, osierdzia – z wydolnym układem krążenia	10%
	164	Uszkodzenie serca, osierdzia – z objawami wyrównanej niewydolności układu krążenia (I° – wg NYHA, EF > 50%, niewielkie zaburzenia kurczliwości)	15%
	165	Uszkodzenie serca, osierdzia – z objawami niewydolności układu krążenia (II° – wg NYHA, EF 46-50%)	30%
	166	Uszkodzenie serca, osierdzia – z objawami niewydolności układu krążenia (III° – wg NYHA, EF 35-45%)	50%
	167	Uszkodzenie serca, osierdzia – z objawami niewydolności układu krążenia (IV° – wg NYHA, EF <35%)	80%

Klasyfikacja NYHA – do oceny stanu czynnościowego serca
Klasa I: choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca ani bólów wieńcowych
Klasa II: choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe
Klasa III: choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe
Klasa IV: choroba serca, która przy jakiejkolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort
EF – FRAKCJA WYRZUTOWA LEWEJ KOMORY: ilość krwi wypływająca z lewej komory do układu krążenia podczas skurczu serca.
Frakcja wyrzutowa jest zwykle wyrażana w procentach, jako stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa określa zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności serca.

H	JAMA BRZUSZNA		
50		**Uszkodzenie powłok jamy brzusznej**	
	168	Przetoki skórne, przewlekle powikłania ropne, znaczne ubytki skórne i mięśniowe	10%
51		**Uszkodzenia żołądka, jelita, sieci, krezki**	
	169	Uszkodzenie bez trwałych zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	5%
	170	Uszkodzenie z niewielkimi zaburzeniami funkcji przewodu pokarmowego i dostatecznym stanem odżywienia	10%
	171	Uszkodzenie z zaburzeniami funkcji przewodu pokarmowego i niedożywieniem	30%
	172	Uszkodzenie z koniecznością żywienia pozajelitowego	50%
52		**Przetoki jelitowe, odbyt sztuczny**	
	173	Czasowe przetoki jelita cienkiego	10%
	174	Trwałe przetoki jelita cienkiego powodujące niewielkie zanieczyszczanie się, bez zmian zapalnych skóry wokół przetoki, z dobrym stanem odżywiania	30%
	175	Trwałe przetoki jelita cienkiego powodujące znaczne zanieczyszczanie się, ze zmianami zapalnymi skóry wokół przetok lub z niedostatecznym stanem odżywiania	60%
	176	Czasowe przetoki jelita grubego	10%
	177	Trwałe przetoki jelita grubego powodujące niewielkie zanieczyszczanie się	20%
	178	Trwałe przetoki jelita grubego powodujące znaczne zanieczyszczanie się	50%
53		**Uszkodzenia odbytnicy, zwieracza odbytu**	
	179	Pełnościenne uszkodzenie odbytnicy bez trwałych zaburzeń funkcji	5%
	180	Wypadanie błony śluzowej odbytnicy / przetoka okołoodbytnicza	10%
	181	Wypadanie całkowite odbytnicy	30%
	182	Uszkodzenie zwarcia odbytu niepowodujące nietrzymania gazów i stolca (blizny, zwężenie)	15%
	183	Uszkodzenie zwieracza odbytu powodujące trwałe nietrzymanie gazów i stolca	50%
54		**Uszkodzenia wątroby, pęcherzyka i przewodów żółciowych**	
	184	Uszkodzenie – bez trwalych zaburzeń funkcji – leczone zachowawczo w szpitalu	5%
	185	Uszkodzenie z umiarkowanym zaburzeniem funkcji wątroby (grupa B w klasyfikacji Childa–Pugha) lub dróg żółciowych	15%
	186	Uszkodzenie ze znacznym zaburzeniem funkcji wątroby (grupa C w klasyfikacji Childa–Pugha) lub dróg żółciowych	30%
	187	Uszkodzenie – z resekcją części wątroby / dróg żółciowych – bez upośledzenia funkcji wątroby lub dróg żółciowych	10%
	188	Uszkodzenie z resekcją części wątroby / dróg żółciowych z upośledzeniem funkcji wątroby lub dróg żółciowych	30%

Klasyfikacja zaburzeń funkcji wątroby wg Childa–Pugha

Badany parametr	Punkty		
	1	2	3
Albumina w surowicy (g/dl)	Powyżej 3,5	3,5-2,8	Poniżej 2,8
Bilirubina w surowicy (mg/dl)	Poniżej 2	2-3	Powyżej 3
Czas protrombinowy (sek. powyżej normy)	Do 4	4-6	Powyżej 6
Wodobrzusze	Brak	+	++
Encefalopatia	Brak	I°-II°	III°-IV°
Suma punktów	5-6	7-9	10-15
Grupa	A	B	C

55		**Uszkodzenia trzustki**	
	189	Uszkodzenie trzustki – bez trwałych zaburzeń funkcji	5%
	190	Uszkodzenie trzustki – z częściową resekcją trzustki – bez zaburzeń jej funkcji	10%
	191	Uszkodzenie trzustki – z częściową resekcją i umiarkowanymi zaburzeniami funkcji	30%
	192	Uszkodzenie trzustki – z całkowitą resekcją i znacznym zaburzeniem funkcji	60%
56		**Uszkodzenie śledziony**	
	193	Pęknięcie śledziony potwierdzone badaniem obrazowym – leczone zachowawczo w szpitalu	4%
	194	Pęknięcie śledziony leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	8%
	195	Usunięcie uszkodzonej śledziony	15%
57		**Uszkodzenia dużych naczyń jamy brzusznej i miednicy**	
	196	Uszkodzenia dużych naczyń jamy brzusznej i miednicy leczone operacyjnie	10%
I	**NARZĄDY MOCZOWO-PŁCIOWE**		
58		**Uszkodzenia nerek**	
	197	Uszkodzenie jednej nerki – bez trwałego upośledzenia funkcji	5%
	198	Uszkodzenie jednej nerki z trwałym upośledzeniem funkcji	10%
	199	Uszkodzenie obu nerek z trwałym upośledzeniem funkcji	20%
	200	Utrata jednej nerki przy prawidłowo działającej drugiej nerce	30%
	201	Utrata jednej nerki z upośledzeniem funkcji drugiej nerki	50%
	202	Utrata obu nerek	80%
59		**Uszkodzenie moczowodu**	
	203	Uszkodzenie moczowodu – bez trwałych zaburzeń funkcji	5%
	204	Uszkodzenie moczowodu – z trwałymi zaburzeniami funkcji układu moczowego	15%
60		**Uszkodzenie pęcherza moczowego**	
	205	Uszkodzenie pęcherza – bez trwałych zaburzeń funkcji	5%
	206	Uszkodzenie pęcherza – z trwałymi zaburzeniami funkcji	15%
61		**Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego**	
	207	Przetoki upośledzające jakość życia w stopniu umiarkowanym	25%
	208	Przetoki upośledzające jakość życia w stopniu znacznym	50%
62		**Zwężenie cewki moczowej**	
	209	Uszkodzenie cewki moczowej z niewielkimi utrwalonymi zaburzeniami oddawania moczu	10%
	210	Uszkodzenie cewki moczowej z utrwalonym nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	20%
	211	Uszkodzenie cewki moczowej z utrwalonym nietrzymaniem lub zaleganiem moczu oraz przewlekłym zakażeniem	30%
63		**Utrata prącia**	
	212	Całkowita utrata prącia	40%
	213	Częściowa utrata prącia	20%
64		**Uszkodzenia jąder**	
	214	Wodniak pourazowy jądra	5%
	215	Utrata jądra	20%
65		**Utrata jajnika**	
	216	Utrata jednego jajnika	20%
66		**Uszkodzenie macicy**	
	217	Utrata częściowa lub znaczne uszkodzenie macicy	15%
	218	Utrata całkowita macicy	40%

67		**Uszkodzenie krocza, pochwy, worka mosznowego, pośladków**	
	219	Uszkodzenie krocza, pochwy, worka mosznowego, pośladków – przetrwały zespół bólowy, małe deformacje	2%
	220	Uszkodzenia powodujące wypadanie pochwy	10%
	221	Uszkodzenie powodujące wypadanie pochwy i macicy	30%
J	**KRĘGOSŁUP I RDZEŃ KRĘGOWY**		
68		**Uszkodzenia kręgosłupa szyjnego**	
	222	Skręcenie, stłuczenie kręgosłupa szyjnego – wygojone z niewielką dysfunkcją	3%
	223	Złamanie kręgosłupa szyjnego – wygojone z ograniczeniem ruchomości do 1/3 normy	5%
	224	Złamanie, zwichnięcie, przebyte usunięcie jądra miażdżystego w obrębie kręgosłupa szyjnego – wygojone z ograniczeniem ruchomości w zakresie 1/3 – 2/3 normy	10%
	225	Złamanie, zwichnięcie, przebyte usunięcie jądra miażdżystego w obrębie kręgosłupa szyjnego – wygojone z ograniczeniem ruchomości powyżej 2/3 normy	20%
	226	Uszkodzenie kręgosłupa szyjnego – wygojone z całkowitym jego zesztywnieniem i niekorzystnym ustawieniem głowy	40%
Uwaga: maksymalny stopień uszczerbku za uszkodzenia kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 40%.			
69		**Uszkodzenie kręgosłupa piersiowego**	
	227	Skręcenie, stłuczenie kręgosłupa piersiowego – wygojone z niewielką dysfunkcją	2%
	228	Złamanie kręgosłupa piersiowego – wygojone z niewielką dysfunkcją	4%
	229	Złamanie, zwichnięcie w obrębie kręgosłupa piersiowego – wygojone z ograniczeniem ruchomości powyżej 1/2 normy	8%
	230	Uszkodzenie kręgosłupa piersiowego – wygojone z całkowitym jego zesztywnieniem i zniekształceniami	20%
Uwaga: maksymalny stopień uszczerbku za uszkodzenia kręgosłupa piersiowego nie może przekroczyć 20%.			
70		**Uszkodzenie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego**	
	231	Skręcenie, stłuczenie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z niewielką dysfunkcją	2%
	232	Złamanie w obrębie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z ograniczeniem ruchomości do 1/3 normy	5%
	233	Złamanie, zwichnięcie, przebyte usunięcie jądra miażdżystego w obrębie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z ograniczeniem ruchomości w zakresie 1/3 – 2/3 normy	10%
	234	Złamanie, zwichnięcie, przebyte usunięcie jądra miażdżystego w obrębie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z ograniczeniem ruchomości powyżej 2/3 normy	20%
	235	Uszkodzenie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z całkowitym jego zesztywnieniem, zniekształceniami i niekorzystnym ustawieniem tułowia	40%
Uwaga: maksymalny stopień uszczerbku za uszkodzenia kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego nie może przekroczyć 40%.			
71		**Izolowane złamanie lub pęknięcie wyrostków ościstych i poprzecznych**	
	236	Izolowane złamanie lub pęknięcie wyrostków ościstych i poprzecznych za każdy wyrostek	1%
Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku orzekanego według pozycji 236 wynosi 5%.			
72		**Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe**	
	237	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe szyjne – bólowe	5%
	238	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe szyjne – bóle, zaburzenia czucia lub zespoły mieszane, osłabienie odruchów – bez niedowładów	8%
	239	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe szyjne – z obecnością niedowładów i zaników mięśniowych niewielkiego stopnia	15%
	240	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe szyjne – z obecnością niedowładów i zaników mięśniowych znacznego stopnia	25%
	241	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe piersiowe – bólowe	5%
	242	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe piersiowe – bóle i zaburzenia czucia	7%
	243	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe lędźwiowo-krzyżowe – bólowe	5%
	244	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe lędźwiowo-krzyżowe – bóle, zaburzenia czucia lub zespoły mieszane, osłabienie odruchów – bez niedowładów	8%
	245	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe lędźwiowo-krzyżowe – z obecnością niedowładów i zaników mięśniowych niewielkiego stopnia	15%
	246	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe lędźwiowo-krzyżowe – z obecnością niedowładów i zaników mięśniowych znacznego stopnia	25%

	247	Bóle guziczne, w tym złamanie kości guzicznej	4%
73		**Uszkodzenie rdzenia kręgowego**	
	248	Porażenie kończyn górnych lub dolnych (0°-1° wg Lovetta) lub głęboki niedowład czterokończynowy (2° wg Lovetta)	100%
	249	Głęboki niedowład kończyn górnych lub dolnych (2° wg Lovetta), niedowład czterokończynowy (3° wg Lovetta)	80%
	250	Umiarkowany niedowład kończyn górnych lub dolnych (3° wg Lovetta)	60%
	251	Niewielki niedowład kończyn górnych (4° wg Lovetta) lub dolnych (4° wg Lovetta) z zaburzeniami funkcji zwieraczy i narządów płciowych	40%
	252	Niewielki niedowład kończyn górnych lub dolnych (4° wg Lovetta)	20%
	253	Porażenie lub głęboki niedowład jednej kończyny (0°-2° wg Lovetta), zespół stożka rdzenia	30%
	254	Niedowład jednej kończyny górnej (3° wg Lovetta)	20%
	255	Niedowład jednej kończyny górnej (4° wg Lovetta)	15%
	256	Niedowład jednej kończyny dolnej (3° wg Lovetta)	15%
	257	Niedowład jednej kończyny dolnej (4° wg Lovetta)	10%
	258	Izolowane porażenie / niedowład pęcherza moczowego i odbytu po uszkodzeniu rdzenia na poziomie S2-S4	15%

Uwaga: jeśli skutki urazu nakładają się na istniejące przed urazem choroby kręgosłupa (zwyrodnienie, dyskopatie, wady kręgosłupa, osteoporoza, inne przewlekłe choroby kręgów), wartość przyznanego uszczerbku zostanie zmniejszona o:
20% – przy zmianach chorobowych na tym samym poziomie kręgosłupa,
40% – przy zmianach chorobowych wielomiejscowych w tym samym odcinku kręgosłupa,
60% – przy zmianach kostnych uogólnionych (np. osteoporoza).
Za pourazową uważa się przepuklinę jądra miażdżystego dokonaną (tzn. z uszkodzeniem pierścienia włóknistego) w następstwie dźwignięcia nadmiernego ciężaru, urazu bezpośredniego lub urazu komunikacyjnego. Taki mechanizm powstania przepukliny musi wynikać zarówno z opisu zdarzenia, jak i z dokumentacji medycznej. Nadmierny ciężar, przy przeciętnej budowie ciała, to: dla kobiet: więcej niż 30 kg, dla mężczyzn: więcej niż 50 kg.

K	**KOŃCZYNA GÓRNA**		
74		**Uszkodzenia łopatki**	
	259	Złamanie łopatki wygojone – bez istotnych zaburzeń funkcji	5%
	260	Złamanie łopatki wygojone z niewielkim upośledzeniem funkcji	8%
	261	Złamanie łopatki wygojone z umiarkowanym przemieszczeniem i upośledzeniem funkcji	15%
	262	Złamanie łopatki wygojone z dużymi przemieszczeniami i dużym upośledzeniem funkcji	30%
75		**Uszkodzenia obojczyka**	
	263	Złamanie obojczyka wygojone bez istotnych zaburzeń funkcji	3%
	264	Złamanie obojczyka wygojone z niewielkim zaburzeniem ruchomości (do 1/3 normy)	5%
	265	Złamanie obojczyka wygojone z umiarkowanym zaburzeniem ruchomości (od 1/3 do 2/3 normy)	10%
	266	Złamanie obojczyka wygojone ze znacznym zaburzeniem ruchomości (powyżej 2/3 normy)	15%
	267	Staw rzekomy obojczyka – dodatkowo	10%
	268	Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – niewielkie ograniczenie ruchów	5%
	269	Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – ze znacznym ograniczeniem ruchów, zdolności dźwigania i zniekształceniem	15%
	270	Powikłania po urazie obojczyka: przewlekłe zapalenie kości, przetoki – dodatkowo	5%
76		**Uszkodzenia barku**	
	271	Skręcenie stawu barkowego – z zespołem bólowym lub dyskretną dysfunkcją	2%
	272	Uszkodzenie stawu łopatkowo-ramiennego – niewielkie ograniczenie ruchomości (do 1/3 normy)	5%
	273	Uszkodzenie stawu łopatkowo-ramiennego – średnie ograniczenie ruchomości (1/3-2/3 normy)	10%
	274	Uszkodzenie stawu łopatkowo-ramiennego – znaczne ograniczenie ruchomości (powyżej 2/3 normy)	15%
	275	Całkowite zesztywnienie stawu barkowego: ustawienie czynnościowo korzystne	30%
	276	Całkowite zesztywnienie stawu barkowego: ustawienie czynnościowo niekorzystne	40%
	277	Powikłania po urazie barku: przewlekłe zapalenie kości, przetoki – dodatkowo	5%

	278	Utrata kończyny w barku	75%
	279	Utrata kończyny wraz z łopatką	80%
77		**Uszkodzenia ramienia**	
	280	Złamanie trzonu kości ramiennej – wygojone bez przemieszczenia ani zaburzeń funkcji	5%
	281	Złamanie kości ramiennej wygojone z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem funkcji	10%
	282	Złamanie kości ramiennej wygojone z umiarkowanym przemieszczeniem i zaburzeniem funkcji	15%
	283	Złamanie kości ramiennej wygojone ze znacznym przemieszczeniem i zaburzeniem funkcji	20%
	284	Powikłania po złamaniu kości ramiennej: przewlekłe zapalenie kości, przetoki, brak zrostu – dodatkowo	10%
	285	Uszkodzenie mięśni, ścięgien i ich przyczepów, naczyń ramienia – z niewielkim upośledzeniem funkcji	5%
	286	Uszkodzenie mięśni, ścięgien i ich przyczepów, naczyń ramienia – z umiarkowanym upośledzeniem funkcji	8%
	287	Uszkodzenie mięśni, ścięgien i ich przyczepów, naczyń ramienia – ze znacznym upośledzeniem funkcji	15%
	288	Utrata kończyny w obrębie ramienia	70%
78		**Uszkodzenia stawu łokciowego**	
	289	Skręcenie, stłuczenie stawu łokciowego z niewielkim zniekształceniem lub przewlekłym zespołem bólowym	2%
	290	Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej, zwichnięcie stawu – wygojone z ograniczeniem ruchomości stawu do 1/3 normy	5%
	291	Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej, zwichnięcie stawu – wygojone z ograniczeniem ruchomości w zakresie 1/3 – 2/3 normy	10%
	292	Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego i głowy kości promieniowej, zwichnięcie stawu – wygojone z ograniczeniem ruchomości powyżej 2/3 normy	20%
	293	Całkowite zesztywnienie stawu łokciowego w wyniku jego złamań	30%
	294	Powikłania po złamaniu w stawie łokciowym: przewlekły stan zapalny, przetoki – dodatkowo	5%
	295	Utrata kończyny na wysokości stawu łokciowego	65%
79		**Uszkodzenia przedramienia**	
	296	Złamanie dalszych nasad kości przedramienia ograniczające ruchomość nadgarstka do 1/3 normy	5%
	297	Złamanie dalszych nasad kości przedramienia ograniczające ruchomość nadgarstka w zakresie 1/3 – 2/3 normy	10%
	298	Złamanie dalszych nasad kości przedramienia ograniczające ruchomość nadgarstka powyżej 2/3 normy	20%
	299	Złamanie trzonu jednej lub obu kości przedramienia z niewielkim zaburzeniem funkcji	5%
	300	Złamanie trzonu jednej lub obu kości przedramienia z umiarkowanymi zaburzeniami funkcji	12%
	301	Złamanie trzonu jednej lub obu kości przedramienia wygojone z dużymi zaburzeniami funkcji	25%
	302	Izolowane uszkodzenie mięśni, ścięgien, naczyń w obrębie przedramienia z upośledzeniem funkcji	10%
	303	Powikłania po urazie przedramienia: przewlekły stan zapalny kości, przetoki, ubytek tkanki kostnej, zmiany troficzne, staw rzekomy – dodatkowo	5%
	304	Utrata kończyny w obrębie przedramienia	60%
80		**Uszkodzenia nadgarstka**	
	305	Skręcenie, stłuczenie stawu nadgarstkowego z niewielkim zniekształceniem lub przewlekłym zespołem bólowym	2%
	306	Złamania, zwichnięcia kości nadgarstka – z ograniczeniem ruchomości do 1/3 zakresu normy	5%
	307	Złamania, zwichnięcia kości nadgarstka – z ograniczeniem ruchomości od 1/3 do 2/3 zakresu normy	10%
	308	Złamania, zwichnięcia kości nadgarstka – z ograniczeniem ruchomości powyżej 2/3 zakresu normy	20%
	309	Całkowite zesztywnienie w obrębie nadgarstka w wyniku złamań stawu	30%
	310	Powikłania po uszkodzeniu nadgarstka: przewlekły stan zapalny kości, przetoki, ubytek tkanki kostnej, zmiany troficzne, zespół cieśni nadgarstka – dodatkowo	5%
	311	Utrata ręki w nadgarstku	55%

Uwaga: w przypadku współistniejących uszkodzeń nerwów przy ocenie stopnia uszczerbku z pozycji 272-309 dodatkowo uwzględnia się połowę wartości uszczerbku przewidzianej za uszkodzenie nerwów całkowite lub częściowe w pkt. 14.
Maksymalna wartość uszczerbku za uszkodzenia kończyny górnej nie może przekraczać wartości uszczerbku za jej utratę na odpowiedniej wysokości.

81		**Uszkodzenia śródręcza, kciuka**	
	312	Uszkodzenie ścięgien śródręcza lub kciuka z niewielkim upośledzeniem ruchomości palca	3%
	313	Uszkodzenie ścięgien śródręcza lub kciuka z umiarkowanym upośledzeniem ruchomości palca	6%
	314	Uszkodzenie ścięgien śródręcza lub kciuka ze znacznym upośledzeniem ruchomości palca	10%
	315	Złamanie II, III, IV lub V kości śródręcza po wygojeniu: nieprzemieszczone lub bez ograniczenia ruchomości palców	2%
	316	Złamanie II, III, IV lub V kości śródręcza po wygojeniu: przemieszczone lub z ograniczeniem ruchomości palców	4%
	317	Wykręcenie w stawie śródręczno-paliczkowym lub międzypaliczkowym kciuka z ograniczeniem ruchomości	3%
	318	Złamania i zwichnięcia I kości śródręcza – bez przemieszczenia lub ograniczenia ruchomości kciuka	3%
	319	Złamania i zwichnięcia I kości śródręcza – z przemieszczeniem utrwalonym lub z ograniczeniem ruchomości kciuka	5%
	320	Złamanie jednego paliczka kciuka: nieprzemieszczone, bez zaburzeń ruchomości	3%
	321	Złamanie jednego paliczka kciuka: trwale przemieszczone lub z ograniczeniem ruchomości	5%
	322	Utrata opuszki kciuka, trwała utrata płytki paznokciowej, powikłania neurologiczne lub naczyniowe	2%
	323	Utrata paliczka paznokciowego kciuka	6%
	324	Utrata paliczka paznokciowego z 1/3 paliczka podstawowego kciuka	10%
	325	Utrata obu paliczków lub bezużyteczność kciuka	20%
	326	Utrata obu paliczków kciuka z kością śródręcza	25%
Uwaga: o stopniu zaburzeń czynności kciuka decyduje zdolność odwodzenia, przeciwstawiania i chwytu. Maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia kciuka wynosi 20%.			
82		**Uszkodzenia palca wskazującego**	
	327	Złamanie jednego paliczka palca wskazującego wygojone bez przemieszczenia i bez trwałych zaburzeń ruchomości – za każdy paliczek	1,5%
	328	Złamanie jednego paliczka palca wskazującego wygojone z przemieszczeniem i trwałym ograniczeniem ruchomości – za każdy paliczek	3%
	329	Wykręcenie palca wskazującego – z ograniczeniem ruchomości	2%
	330	Utrata opuszki lub płytki paznokciowej palca wskazującego	2%
	331	Utrata paliczka palca wskazującego – za każdy paliczek	5%
	332	Utrata palca wskazującego z kością śródręcza	20%
	333	Niewielkie ograniczenie funkcji palca wskazującego spowodowane uszkodzeniem ścięgien	3%
	334	Umiarkowane ograniczenie funkcji palca wskazującego spowodowane uszkodzeniem ścięgien	6%
	335	Znaczne ograniczenie funkcji palca wskazującego spowodowane uszkodzeniem ścięgien	10%
	336	Powikłania neurologiczne, naczyniowe po uszkodzeniu palca wskazującego – dodatkowo	3%
	337	Bezużyteczność palca wskazującego	15%
Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia palca wskazującego wynosi 15%.			
83		**Uszkodzenia palca III, IV, V**	
	338	Utrata paliczka palca III, IV, V za każdy paliczek	3%
	339	Utrata palców III, IV lub V z kością śródręcza	12%
	340	Złamanie paliczka palca III, IV, V – za każdy paliczek	2%
	341	Wykręcenia, uszkodzenia ścięgien, zmiany nerwowe palca III, IV, V z niewielkim ograniczeniem ruchomości palca	1,5%
	342	Wykręcenia, uszkodzenia ścięgien, zmiany nerwowe palca III, IV, V z umiarkowanym ograniczeniem ruchomości palca	3%
	343	Wykręcenia, uszkodzenia ścięgien, zmiany nerwowe palca III, IV, V ze znacznym ograniczeniem ruchomości palca	5%
	344	Bezużyteczność palca graniczqca z utratą – za każdy palec	10%
Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia palca III, IV, V wynosi 10% za każdy palec. Uszkodzenia obejmujące wszystkie palce z utratą użyteczności ręki nie mogą przekraczać 55%.			

L	**MIEDNICA**		
84		**Pourazowe utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego**	
	345	Uszkodzenia niewielkiego stopnia – bez zaburzeń chodu	5%
	346	Uszkodzenia umiarkowanego stopnia – z zespołem bólowym i niewielkimi zaburzeniami chodu	10%
	347	Uszkodzenia znacznego stopnia – ze skróceniem kończyny ponad 3 cm i dużymi zaburzeniami chodu	25%
85		**Złamania, zwichnięcia miednicy jedno- lub wielomiejscowe**	
	348	Złamanie kości łonowej, kulszowej: jednostronne	5%
	349	Złamanie w odcinku przednim i tylnym miednicy (typ Malgaigne'a) – bez zaburzeń chodu ani statyki	10%
	350	Złamanie w odcinku przednim i tylnym miednicy (typ Malgaigne'a) – z zaburzeniami chodu i statyki	20%
	351	Złamanie izolowane – talerz biodrowy, kolec biodrowy, guz kulszowy	5%
	352	Złamanie panewki stawu biodrowego lub zwichnięcie I° z niewielkim ograniczeniem funkcji	10%
	353	Złamanie panewki stawu biodrowego lub zwichnięcie II° ze średnim ograniczeniem funkcji	15%
	354	Złamanie panewki stawu biodrowego lub zwichnięcie III° z dużym ograniczeniem funkcji	30%
M	**KOŃCZYNA DOLNA**		
86		**Uszkodzenia biodra**	
	355	Ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich do 1/3 zakresu normy	5%
	356	Ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich w zakresie 1/3-2/3 normy	10%
	357	Ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich powyżej 2/3 zakresu normy	30%
	358	Całkowite zesztywnienie stawu biodrowego	50%
	359	Zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, szyjki, przezkrętarzowe, podkrętarzowe, krętarzy – wygojone ze zmianami niewielkiego stopnia (deficyt ruchów do 1/3 zakresu normy, skrócenie kończyny do 2 cm, niewielkie zniekształcenie / przemieszczenie)	10%
	360	Zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, szyjki, przezkrętarzowe, podkrętarzowe, krętarzy – wygojone ze zmianami średniego stopnia (deficyt ruchów od 1/3 do 2/3 zakresu normy, skrócenie od 2 do 4 cm, umiarkowane zniekształcenie / przemieszczenie)	20%
	361	Zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, szyjki, przezkrętarzowe, podkrętarzowe, krętarzy – wygojone ze zmianami dużego stopnia (deficyt ruchów powyżej 2/3 zakresu normy, skrócenie powyżej 4 cm, duże przemieszczenie / zniekształcenie, przewlekłe zapalenie kości, przetoki)	40%
	362	Następstwa urazów stawu biodrowego leczone protezoplastyką z ograniczeniem ruchomości umiarkowanym	20%
	363	Następstwa urazów stawu biodrowego leczone protezoplastyką z ograniczeniem ruchomości znacznym	40%
	364	Utrata kończyny dolnej przez wyłuszczenie jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej	80%
87		**Uszkodzenia uda**	
	365	Złamanie kości udowej – z niewielkimi zmianami	7%
	366	Złamanie kości udowej – ze skróceniem kończyny od 3 cm do 6 cm, umiarkowanym upośledzeniem chodu	15%
	367	Złamanie kości udowej – z ograniczeniem ruchów w stawach sąsiednich – z ciężkimi zmianami, zapaleniem kości, przetokami, skróceniem kończyny ponad 6 cm, znacznym upośledzeniem chodu	30%
	368	Utrwalone ubytki kości udowej, stawy rzekome, zapalenie kości, przetoki uniemożliwiające obciążanie kończyny	50%
	369	Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich uda zaburzające funkcje kończyny w stopniu niewielkim	2%
	370	Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich uda zaburzające funkcje kończyny w stopniu umiarkowanym	5%
	371	Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich uda zaburzające funkcje kończyny w stopniu znacznym	10%
	372	Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe, zmiany troficzne uda – z trwałymi zaburzeniami funkcji	12%
	373	Utrata kończyny na poziomie 1/3 bliższej	70%
Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia uda wynosi 70%.			
88		**Uszkodzenia kolana**	
	374	Izolowane złamanie lub zwichnięcie rzepki, bez ograniczeń ruchomości stawu	2%
	375	Złamanie nasad kości i rzepki tworzących staw kolanowy – małe koślawości, szpotawości, ograniczenie ruchów do 1/3 zakresu normy	5%

	376	Złamanie nasad kości i rzepki tworzących staw kolanowy – średnie koślawości, szpotawości, ograniczenie ruchów od 1/3 do 2/3 zakresu normy	10%
	377	Złamanie nasad kości i rzepki tworzących staw kolanowy – duże koślawości, szpotawości, ograniczenie ruchów powyżej 2/3 zakresu normy	20%
	378	Pełne zesztywnienie stawu kolanowego w następstwie złamań nasad tworzących staw kolanowy	30%
	379	Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność jednopłaszczyznowa I°	5%
	380	Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność jednopłaszczyznowa II° lub dwupłaszczyznowa niestabilność I°	10%
	381	Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność jednopłaszczyznowa III° lub dwupłaszczyznowa niestabilność II°	15%
	382	Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność dwupłaszczyznowa III°	20%
	383	Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność wielopłaszczyznowa II° lub III°	30%
	384	Częściowe usunięcie łąkotki	2%
	385	Całkowite uszkodzenie łąkotki	5%
	386	Inne skutki urazów stawu kolanowego – nawracające stany zapalne, ropne, troficzne, chondromalacja	1% – 5%
	387	Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	60%
89		**Uszkodzenia podudzia**	
	388	Złamanie kości podudzia – wygojone bez przemieszczeń ani zniekształceń, z ograniczeniem ruchomości w stopniu niewielkim	5%
	389	Złamanie kości podudzia – z przemieszczeniami, zniekształceniami, ze skróceniem kończyny do 3 cm, ograniczeniem ruchomości w stopniu umiarkowanym	10%
	390	Złamanie kości podudzia – z przemieszczeniami, zniekształceniami, ze skróceniem kończyny od 3 cm do 6 cm, z ograniczeniem ruchomości w stopniu znacznym	20%
	391	Złamanie kości podudzia – z przemieszczeniami, zniekształceniami, zmianami wtórnymi – ze skróceniem kończyny powyżej 6 cm, z dużym upośledzeniem chodu	30%
	392	Izolowane złamanie strzałki bez kostki bocznej	3%
	393	Zakrzepica żył głębokich wikłająca gojenie urazów podudzia	5%
	394	Uszkodzenie tkanek miękkich, ścięgna Achillesa, innych ścięgien podudzia – z niewielkim ograniczeniem ruchomości stopy	5%
	395	Uszkodzenie tkanek miękkich, ścięgna Achillesa, innych ścięgien podudzia – ze średnim ograniczeniem ruchomości stopy	10%
	396	Uszkodzenie tkanek miękkich, ścięgna Achillesa, innych ścięgien podudzia – ze znacznym ograniczeniem ruchomości stopy	20%
	397	Utrata podudzia	50%
Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia podudzia wynosi 70%.			
90		**Uszkodzenia stopy i stawów skokowych**	
	398	Skręcenie stawu skokowego – z przewlekłym, niewielkim obrzękiem lub dyskretną dysfunkcją	2%
	399	Uszkodzenie stawu skokowego w następstwie wykręceń, zwichnięć, złamań kości, zranień, blizn – z niewielkim ograniczeniem ruchomości	5%
	400	Uszkodzenie stawu skokowego w następstwie wykręceń, zwichnięć, złamań kości, zranień, blizn – ze średnim ograniczeniem ruchomości	10%
	401	Uszkodzenia stawu skokowego w następstwie złamania kości tworzących staw, wykręceń, zwichnięć, zranień, ciał obcych i blizn ze znacznym ograniczeniem ruchomości	20%
	402	Powikłania po uszkodzeniu stawu skokowego: zapalenie kości, stawów, przetoki, martwica aseptyczna, zmiany neurologiczne – dodatkowo	5%
	403	Złamanie kości piętowej lub skokowej bez przemieszczeń – wygojone bez istotnych zaburzeń funkcji	3%
	404	Złamanie kości piętowej, skokowej lub kości stępu z przemieszczeniami, zniekształceniem, ograniczeniem ruchomości – niewielkiego stopnia	5%
	405	Złamanie kości piętowej, skokowej lub kości stępu z przemieszczeniami, zniekształceniem, ograniczeniem ruchomości – średniego stopnia	10%
	406	Złamanie kości piętowej, skokowej lub kości stępu z przemieszczeniami, zniekształceniem, ograniczeniem ruchomości – znacznego stopnia	20%
	407	Złamanie jednej kości śródstopia – wygojone bez przemieszczeń	3%
	408	Złamanie jednej kości śródstopia – wygojone z przemieszczeniami lub zaburzeniami funkcji	5%

	409	Inne trwałe zmiany dynamiki stopy (bez stawu skokowego) – w następstwie skręceń, uszkodzeń ścięgien, nerwów, naczyń	1-5%
	410	Utrata stopy w obrębie kości śródstopia	25%
	411	Utrata kości piętowej lub skokowej w całości	30%
	412	Utrata stopy w całości	40%
Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia stopy wynosi 40%.			
91		**Uszkodzenia palców stopy**	
	413	Złamanie jednego paliczka, utrata opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej palucha	1%
	414	Utrata paliczka paznokciowego palucha	3%
	415	Utrata całego palucha	7%
	416	Utrata palucha wraz z kością śródstopia	15%
	417	Inne trwałe zaburzenia funkcji palucha w następstwie uszkodzeń ścięgien, nerwów, naczyń	1-6%
	418	Trwała utrata płytki paznokciowej palców II-V – za jeden palec	0,5%
	419	Złamania, niewielkie trwałe uszkodzenia, częściowa utrata palców od II do V – za jeden palec	1%
	420	Znaczne trwałe uszkodzenia i całkowita utrata palców od II do V – za jeden palec	2%
	421	Utrata jednego z palców II-V z kością śródstopia – za każdy palec	8%
N	**SKÓRA**		
92		**Blizny**	
	422	Blizny skóry poniżej 3 cm długości – z wyłączeniem blizn pooperacyjnych, blizn po oparzeniach oraz oszpecających blizn twarzy	0,5%
	423	Blizny skóry od 3 cm do 4,99 cm długości – z wyłączeniem blizn pooperacyjnych, blizn po oparzeniach oraz oszpecających blizn twarzy	1%
	424	Blizny skóry od 5 cm do 9,99 cm długości – z wyłączeniem blizn pooperacyjnych, blizn po oparzeniach oraz oszpecających blizn twarzy	2%
	425	Blizny skóry od 10 cm długości – z wyłączeniem blizn pooperacyjnych, blizn po oparzeniach oraz oszpecających blizn twarzy	5%
Uwaga: ocenie podlegają wyłącznie blizny będące bezpośrednim następstwem urazu. Blizny pooperacyjne oceniane są razem ze skutkami urazu w ramach pozycji Tabeli właściwych dla tych następstw.			
93		**Następstwa oparzeń skóry stopnia I**	
	426	Następstwa oparzeń skóry w postaci przebarwień powyżej 1% TBSA	2%
94		**Następstwa oparzeń skóry od stopnia II**	
	427	Następstwa oparzeń skóry owłosionej głowy za każdą bliznę powyżej 10 cm^2	5%
	428	Następstwa oparzeń skóry twarzy za każdą bliznę powyżej 10 cm^2	10%
	429	Następstwa oparzeń skóry szyi za każdą bliznę powyżej 10 cm^2	10%
	430	Następstwa oparzeń skóry klatki piersiowej, jamy brzusznej lub pleców do 1% TBSA	5%
	431	Następstwa oparzeń skóry klatki piersiowej, jamy brzusznej lub pleców powyżej 1% i nie więcej niż 5% TBSA	10%
	432	Następstwa oparzeń skóry klatki piersiowej, jamy brzusznej lub pleców powyżej 5% TBSA	20%
	433	Następstwa oparzeń skóry kończyn górnych (bez dłoni) lub kończyn dolnych do 0,5% TBSA	1%
	434	Następstwa oparzeń skóry kończyn górnych (bez dłoni) lub kończyn dolnych powyżej 0,5% i nie więcej niż 1,5% TBSA	3%
	435	Następstwa oparzeń skóry kończyn górnych (bez dłoni) lub kończyn dolnych powyżej 1,5% i nie więcej niż 5% TBSA	10%
	436	Następstwa oparzeń skóry kończyn górnych (bez dłoni) lub kończyn dolnych powyżej 5% TBSA	15%
	437	Następstwa oparzeń skóry dłoni do 0,5% TBSA	1%
	438	Następstwa oparzeń skóry dłoni powyżej 0,5% i nie więcej niż 1,5% TBSA	5%
	439	Następstwa oparzeń skóry dłoni powyżej 1,5% TBSA	10%
Uwaga: ocenie z pozycji 427-439 podlegają wyłącznie skutki oparzeń od stopnia II. Trwałe zaburzenia funkcji narządów lub kończyn w wyniku oparzenia należy oceniać według odpowiednich pozycji Tabeli, najwcześniej po upływie 6 miesięcy od daty zdarzenia. TBSA (ang. total body surface area) – całkowita powierzchnia ciała			

O	**SKUTKI NAGŁEGO DZIAŁANIA CZYNNIKÓW CHEMICZNYCH, FIZYCZNYCH, BIOLOGICZNYCH**		
95		**Skutki nagłego działania czynników chemicznych, fizycznych lub biologicznych**	
	440	Skutki nagłego działania czynników chemicznych lub fizycznych (z utratą przytomności lub reakcją anafilaktyczną lub hospitalizacją)	5%
	441	Skutki nagłego działania czynników biologicznych (z hospitalizacją i wystąpieniem deficytów neurologicznych)	5%
Uwaga: trwałe zaburzenia funkcji narządów lub układów w wyniku działania czynników chemicznych, fizycznych lub biologicznych należy oceniać według odpowiednich pozycji Tabeli najwcześniej po upływie 6 miesięcy od daty zdarzenia.			
P	**INNE SKUTKI URAZÓW**		
96		**Inne skutki urazów**	
	442	Skutki urazów, które wymagały leczenia i rehabilitacji przez okres dłuższy niż: - 3 miesiące - jeśli w dniu nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony miał mniej niż 18 lat, - 6 miesięcy - w przypadku pozostałych Ubezpieczonych, o ile nie pozostawiły one trwałych następstw i w związku z tym Ubezpieczonemu nie przysługuje żadne inne świadczenie w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu.	1%

Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu z 20 kwietnia 2022 r. i wszedł w życie 1 czerwca 2022 r.

UMOWA DODATKOWA

Koszty leczenia skutków NW

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?
Wypłacimy Ci świadczenie w wysokości poniesionych kosztów na leczenie po wypadku, które obejmuje: wizyty i badania lekarskie, zabiegi i operacje (bez operacji plastycznych), pobyt w szpitalu, przewiezienie do placówki medycznej, leki i środki opatrunkowe.

Warto wiedzieć
Otrzymasz świadczenie w wysokości poniesionych kosztów, które będą udokumentowane oryginałami rachunków.

Zwróć uwagę
Możesz otrzymać wiele wypłat z tej umowy aż do wyczerpania sumy ubezpieczenia, jeżeli leczenie przeprowadzono w Polsce w ciągu 12 miesięcy od wypadku.



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE PONIESIENIA KOSZTÓW LECZENIA SKUTKÓW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KL/PP/2/2026)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 ust. 1 – 3 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 2 ust. 4 Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 20 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Prosty Plan” albo Art. 20 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Prosty Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

ZYPPKL-C002 10/26

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE PONIESIENIA KOSZTÓW LECZENIA SKUTKÓW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KL/PP/2/2026)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.
W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy ani nie realizujemy świadczeń z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie Twoje działania, które służą osiąganiu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie je podejmujesz
2. **Koszty Leczenia** – koszty, które poniosłeś na leczenie u Ciebie skutków Nieszczęśliwego Wypadku, w ciągu 12 miesięcy od tego wypadku. Leczenie musi być niezbędne z medycznego punktu widzenia oraz musi być przeprowadzone na terenie Polski, pod kontrolą lekarza
3. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
   a) jest nagłe i nie zależy od Twojej woli,
   b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym ani psychicznym stanem Twojego zdrowia,
   c) występuje w czasie, gdy obejmujemy Cię ochroną ubezpieczeniową
4. **Placówka Medyczna** – prywatny albo publiczny podmiot leczniczy, który działa zgodnie z przepisami prawa i świadczy opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski
5. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą podejmujesz w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
6. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – maksymalna kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku poniesienia Kosztów Leczenia; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
7. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
   a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
   b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
8. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia:**
   a) narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny; skoki narciarskie; bobsleje; uprawianie poza wyznaczonymi trasami: narciarstwa (nie dotyczy narciarstwa biegowego), snowboardingu, saneczkarstwa;
   b) kolarstwo ekstremalne (freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill);
   c) bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon);
   d) wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne; wyścigi konne;
   e) nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu; skoki do wody; kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne; żeglarstwo morskie lub oceaniczne;
   f) skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości; paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo;
   g) wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu; speleologia;
   h) sporty walki;
   i) 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 Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne); wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu;
   j) zorbing
9. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem:
   a) wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub
   b) stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub osiągane wyniki sportowe

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwego Wypadku, w tym następstwa wypadku, któremu ulegasz w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje wypłatę świadczenia w wysokości odpowiadającej następującym Kosztom Leczenia:
   a) koszty wizyt lekarskich,
   b) koszty pobytu w szpitalu,
   c) koszty zabiegów i operacji, z wyłączeniem operacji plastycznych,
   d) koszty znieczulenia, w tym koszty jego podania,
   e) koszty badań,
   f) koszty przewiezienia do Placówki Medycznej, w której udzielono Ci pomocy medycznej po Nieszczęśliwym Wypadku, w tym koszty wezwania karetki pogotowia,
   g) koszty nabycia leków, które są dostępne wyłącznie na receptę,
   h) koszty nabycia środków opatrunkowych.
3. Wypłacamy Ci świadczenie w wysokości odpowiadającej poniesionym Kosztom Leczenia, nie więcej jednak niż do 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, niezależnie od liczby Nieszczęśliwych Wypadków, którym ulegasz.
4. Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów rehabilitacji.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
b) w chwili Twojej śmierci,
c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI

1. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, masz obowiązek poinformować nas także o tym, że:
   a) rozpoczynasz Zawodowe Uprawianie Sportu albo go zaprzestajesz,
   b) rozpoczynasz, podejmujesz dodatkową lub zmieniasz swoją Aktywność Zarobkową
   – w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
2. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo

b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego, albo
c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.

3. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową albo
   b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
   a) Twojego Wieku i Roku Ubezpieczenia,
   b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
   c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Wypłacamy Ci świadczenie w wysokości odpowiadającej poniesionym Kosztom Leczenia, które zostały udokumentowane oryginałami faktur lub rachunków.
2. Maksymalna łączna kwota, którą wypłacamy z danej Umowy Dodatkowej, to 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu Nieszczęśliwego Wypadku. Limit ten jest taki sam także wtedy, gdy ulegasz więcej niż jednemu Nieszczęśliwemu Wypadkowi.
3. Jeżeli Koszty Leczenia zostały poniesione w walucie obcej, kwoty z rachunków i faktur przeliczamy na złote polskie według średniego kursu walut obcych ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski w dniu, w którym te koszty zostały poniesione.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata Ci się należy, i wypłacić Ci pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o poniesionych Kosztach Leczenia oraz:

a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
b) kopii dokumentu, który potwierdza Twoją tożsamość,
c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
d) oryginałów faktur lub rachunków, które potwierdzają poniesienie Kosztów Leczenia; faktura lub rachunek musi zawierać informację o rodzaju poniesionych Kosztów Leczenia i wskazanie osoby, której leczenia te koszty dotyczą.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie zwracamy Kosztów Leczenia, także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, w wyniku którego te koszty są ponoszone, został spowodowany lub miał miejsce:

a) w związku ze spożyciem przez Ciebie alkoholu, zażyciem przez Ciebie 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 Ciebie alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ciebie przestępstwa,
c) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywasz – chyba że jesteś pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
d) w związku z Twoim Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu lub Twoim udziałem w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 139/2026 i obowiązują od 7 listopada 2026 r.

UMOWA DODATKOWA

Pobyt w szpitalu wskutek NW

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?
Wypłacimy Ci pieniądze za pobyt w szpitalu, który ma związek z wypadkiem – już od pierwszego dnia pobytu.

Po pobycie w szpitalu możesz skorzystać ze świadczenia Twoje Leki, tj. m.in. z pokrycia kosztów zakupu leków na receptę do 2000 zł oraz innych produktów dostępnych w aptece do 200 zł w wybrany sposób:
- możesz podać w aptece Identyfikator Lekowy
lub
- możesz samodzielnie kupić lek na receptę lub inny produkt, a następnie złożyć do nas wniosek o zwrot kosztów.

Warto wiedzieć
Możesz otrzymać wiele wypłat z tej umowy – nawet za 120 dni pobytu w szpitalu w ciągu roku.

Więcej szczegółów o świadczeniu Twoje Leki znajdziesz na https://twojeleki.allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (LSNW/PP/2/2026)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 1 pkt 5 Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 20 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Prosty Plan” albo Art. 20 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Prosty Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

ZYPPLSNW-O02 10/26

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (LSNW/PP/2/2026)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy ani nie realizujemy świadczeń z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie Twoje działania, które służą osiąganiu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie je podejmujesz
2. **Apteka** – apteka ogólnodostępna albo punkt apteczny, które działają na terenie Polski i w których uprawnione osoby realizują recepty oraz wydają inne produkty dostępne w Aptece
3. **Centrum Operacyjne** – AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, który wykonuje działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa (tel. +48 224 224 224, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora) – podmiot, za pośrednictwem którego zapewniamy realizację świadczenia Twoje Leki
4. **Dzienne Świadczenie Szpitalne** – wybrana przez Ciebie kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe za jeden Dzień Pobytu w Szpitalu; Dzienne Świadczenie Szpitalne wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
5. **Dzień Pobytu w Szpitalu** – każdy dzień, w którym przebywasz w Szpitalu – od dnia przyjęcia do Szpitala do dnia wypisu
6. **Identyfikator Lekowy** – kod kreskowy (numeryczny kod identyfikacyjny), który służy do korzystania ze świadczenia Twoje Leki
7. **Lek na Receptę** – gotowy produkt leczniczy, który:
   a) przepisuje Ci osoba uprawniona do wystawienia recepty, w celu zapobiegania, diagnozowania, leczenia lub łagodzenia skutków Nieszczęśliwego Wypadku,
   b) jest wydawany tylko na receptę,
   c) został wpisany do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Polski,
   d) posiada ważne pozwolenie wydane przez Prezesa Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską.

   Recepta na taki lek jest ważna także dla jego zamiennika o tych samych składnikach aktywnych, mocy i dawkowaniu.
   Ubezpieczenie nie obejmuje świadczenia na pokrycie kosztów Leków na Receptę w przypadku wystawienia recepty przez lekarza weterynarii lub farmaceutę
8. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
   a) jest nagłe i nie zależy od Twojej woli,
   b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym ani psychicznym stanem Twojego zdrowia,
   c) występuje w czasie, gdy obejmujemy Cię ochroną
9. **Pobyt w Szpitalu** – Twój nieprzerwany pobyt w Szpitalu na skutek Nieszczęśliwego Wypadku. Pobyt ten musi rozpocząć się w ciągu 12 miesięcy od tego wypadku i musi być odnotowany w dokumentacji medycznej Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami. Celem Pobytu w Szpitalu jest leczenie uzasadnione Twoim stanem zdrowia. Nieprzerwany pobyt w więcej niż jednym Szpitalu traktujemy jako jeden Pobyt w Szpitalu.
   Ubezpieczenie nie obejmuje pobytu: na oddziale rehabilitacyjnym, ratunkowym, w ośrodku opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologicznym), ośrodku leczenia uzależnień, ośrodku rehabilitacji, ośrodku sanatoryjnym lub wypoczynkowym, zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitalu uzdrowiskowym ani szpitalu uzdrowiskowo-rehabilitacyjnym
10. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą podejmujesz w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
11. **Szpital** – podmiot leczniczy, który:
    a) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz
    b) zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski.

    Podmiot leczniczy, który udziela świadczeń na terenie Rzeczpospolitej Polskiej, musi być zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych
12. **Twoje Leki** – świadczenie na pokrycie kosztów:
    a) Leków na Receptę oraz
    b) innych produktów dostępnych w Aptece,

    które zostały poniesione przez Ciebie w ciągu 90 dni od dnia wypisu ze Szpitala.
    Leki na Receptę oraz inne produkty dostępne w Aptece muszą być związane z leczeniem przeprowadzonym w czasie Pobytu w Szpitalu.
    W ramach tego świadczenia możesz także korzystać z infolinii medycznej (nr tel. +48 222 322 532, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora).
    Świadczenie Twoje Leki jest realizowane za pośrednictwem Centrum Operacyjnego i z uwzględnieniem obowiązujących limitów
13. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
    a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
    b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
14. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia:**
    a) narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny; skoki narciarskie; bobsleje; uprawianie poza wyznaczonymi trasami: narciarstwa (nie dotyczy narciarstwa biegowego), snowboardingu, saneczkarstwa;
    b) kolarstwo ekstremalne (freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill);
    c) bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon);
    d) wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne; wyścigi konne;
    e) nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu; skoki do wody; kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne; żeglarstwo morskie lub oceaniczne;
    f) skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości; paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo;
    g) wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu; speleologia;
    h) sporty walki;
    i) 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 Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne); wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu;
    j) zorbing
15. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem:
    a) wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub

b) stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub osiągane wyniki sportowe

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwych Wypadków, w tym następstwa wypadków, którym ulegasz w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje:
   a) wypłatę Dziennego Świadczenia Szpitalnego,
   b) realizację świadczenia Twoje Leki.
3. Dzienne Świadczenie Szpitalne wypłacamy Ci w przypadku Pobytu w Szpitalu w celu leczenia następstw Nieszczęśliwego Wypadku – jeżeli pobyt trwał co najmniej 1 dzień.
4. Ubezpieczenie obejmuje wypłatę Dziennego Świadczenia Szpitalnego za maksymalnie 120 dni Twojego Pobytu w Szpitalu na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.
5. Jeśli wypłacamy Ci Dzienne Świadczenie Szpitalne, to ubezpieczenie obejmuje także realizację świadczenia Twoje Leki, w tym pokrycie kosztów:
   a) Leków na Receptę – do 2000 zł oraz
   b) innych produktów dostępnych w Aptece – do 200 zł.

   Limity te odnoszą się do jednego Pobytu w Szpitalu.
6. Recepta w ramach świadczenia Twoje Leki, musi być wystawiona dla Ciebie:
   a) przez osobę uprawnioną do wystawienia recepty (z wyłączeniem lekarza weterynarii oraz farmaceuty),
   b) w ciągu 90 dni od wypisu ze Szpitala

   oraz musi zostać zrealizowana w tym okresie. Dzień Twojego wypisu ze Szpitala jest pierwszym dniem tego 90-dniowego okresu. Koszty innych produktów dostępnych w Aptece muszą zostać poniesione również w tym okresie.
7. Ze świadczenia Twoje Leki możesz skorzystać maksymalnie 3 razy w ramach jednej Umowy Dodatkowej.
8. W ramach infolinii medycznej Centrum Operacyjne zapewnia Ci nielimitowany dostęp do informacji, które dotyczą:
   a) niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych,
   b) diet, metod zdrowego żywienia,
   c) działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,
   d) danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
   e) danych teleadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
   f) danych teleadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
   g) danych teleadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów,
   h) danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
   a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
   b) w chwili Twojej śmierci,
   c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
   d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna.
2. Możemy przedstawić Ci propozycję zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej bez świadczenia Twoje Leki w przypadku rozwiązania zawartej pomiędzy nami a Centrum Operacyjnym umowy, która reguluje warunki świadczenia usługi Twoje Leki.
   W takim przypadku najpóźniej na 30 dni przed końcem Roku Ubezpieczenia przekażemy Ci propozycję zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej bez świadczenia Twoje Leki.
   Jeśli dochodzi do zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej bez świadczenia Twoje Leki, a nie zakończył się 90-dniowy okres od wypisu Ubezpieczonego ze Szpitala, to Centrum Operacyjne realizuje świadczenie Twoje Leki do końca tego 90-dniowego okresu.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI

1. Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę Dziennego Świadczenia Szpitalnego, możemy skierować Cię na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie Twojego stanu zdrowia, i masz obowiązek je wykonać.
2. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, masz obowiązek poinformować nas także o tym, że:
   a) rozpoczynasz Zawodowe Uprawianie Sportu albo go zaprzestajesz,
   b) rozpoczynasz, podejmujesz dodatkową lub zmieniasz swoją Aktywność Zarobkową,

   w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
3. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
   b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego, albo
   c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
4. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową albo
   b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
   a) Twojego Wieku i Roku Ubezpieczenia,
   b) Dziennego Świadczenia Szpitalnego oraz limitów, które obowiązują dla świadczenia Twoje Leki,
   c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Dzienne Świadczenie Szpitalne za Dzień Pobytu w Szpitalu wypłacamy Tobie.
2. Jeśli Pobyt w Szpitalu trwa dłużej niż 1 dzień, to wypłacamy Ci odpowiednią wielokrotność Dziennego Świadczenia Szpitalnego.
3. Do obliczenia wypłaty bierzemy pod uwagę Dzienne Świadczenie Szpitalne, które obowiązuje w dniu Nieszczęśliwego Wypadku.
4. Jeśli Pobyt w Szpitalu trwa dłużej niż 30 dni, to możesz złożyć wniosek o wypłatę za pierwsze 30 dni tego pobytu.
5. Jeśli korzystasz ze świadczenia Twoje Leki dokonując samodzielnie płatności w formie dostępnej w danej Aptece, to wypłacamy Ci świadczenie, które jest równowartością poniesionych kosztów, z uwzględnieniem obowiązujących limitów.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA I SKORZYSTANIA ZE ŚWIADCZENIA TWOJE LEKI

1. Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata Ci się należy, i wypłacić Ci pieniądze z ubezpieczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu oraz umożliwić skorzystanie ze świadczenia Twoje Leki, potrzebujemy zawiadomienia o Pobycie w Szpitalu i chęci skorzystania ze świadczenia Twoje Leki oraz:
   a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
   b) kopii dokumentu, który potwierdza Twoją tożsamość,
   c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
   d) dokumentów, które potwierdzają Pobyt w Szpitalu.
2. Ze świadczenia Twoje Leki możesz skorzystać dokonując samodzielnie płatności w formie dostępnej w danej Aptece albo wykorzystując Identyfikator Lekowy.
3. Informację o tym, w jakiej formie dana Apteka realizuje świadczenie możesz znaleźć w aplikacji na https://www.twojeleki.pl lub uzyskać dzwoniąc na infolinię medyczną (nr tel. +48 222 322 532, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora).
4. Informacje na temat limitów oraz okresu dostępności świadczenia Twoje Leki, które pozostają do wykorzystania są dostępne w aplikacji na https://twojeleki.allianz.pl. Możesz je również uzyskać dzwoniąc na infolinię medyczną (nr tel. +48 222 322 532, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora).
5. W przypadku, gdy dokonujesz płatności samodzielnie:
   a) możesz dokonać zakupu w dowolnej Aptece w Polsce,

b) do zakupu Leków na Receptę potrzebujesz recepty lub kodu odbioru e-recepty,
c) płacisz za zakupy własnymi środkami, a następnie składasz do nas wniosek o wypłatę świadczenia wraz z:
   • kopią lub zdjęciem paragonu albo faktury za kupione Leki na Receptę oraz inne produkty dostępne w Aptece,
   • w przypadku Leków na Receptę – dołączasz także kopię, zdjęcie lub skan wydruku informacyjnego recepty.

Wniosek o wpłatę świadczenia możesz złożyć także przez aplikację https://www.twojeleki.pl.
Świadczenie jest równowartością poniesionych kosztów, z uwzględnieniem obowiązujących limitów.

6. W przypadku, gdy wykorzystujesz Identyfikator Lekowy:
   a) możesz dokonać zakupu tylko w Aptece, która realizuje świadczenie w takiej formie – informacje o Aptekach, które realizują świadczenie Twoje Leki z wykorzystaniem Identyfikatora Lekowego są dostępne w aplikacji https://twojeleki.allianz.pl, można je też uzyskać dzwoniąc na infolinię medyczną (nr tel. +48 222 322 532, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora);
   b) do zakupu Leków na Receptę potrzebujesz:
      • recepty lub kodu odbioru e-recepty oraz
      • Identyfikatora Lekowego;
   c) do zakupu innego produktu dostępnego w Aptece potrzebujesz Identyfikatora Lekowego;
   d) Identyfikator Lekowy pokazujesz pracownikowi Apteki na ekranie telefonu lub na wydruku.

   Jeśli koszt mieści się w limicie, który masz do wykorzystania, to koszt ten jest pokrywany w całości. Jeśli koszt jest wyższy niż dostępny limit, to dopłacasz brakującą kwotę zgodnie z formami płatności dostępnymi w danej Aptece.
7. Identyfikator Lekowy przesyłamy Ci w ciągu 1 dnia roboczego po przyznaniu świadczenia Twoje Leki:
   a) na wskazany przez Ciebie adres poczty elektronicznej lub
   b) numer Twojego telefonu lub
   c) listownie.

   Identyfikator Lekowy jest dostępny w aplikacji https://www.twojeleki.pl.
   Dzień roboczy to dzień od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
8. Identyfikator Lekowy nie jest elektronicznym instrumentem płatniczym, instrumentem pieniądza elektronicznego ani kartą płatniczą. Nie możesz wymienić go na pieniądze.
9. Jeśli część lub całość kosztów zakupu Leku na Receptę lub innego produktu dostępnego w Aptece, jest refundowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), to podstawą do obliczenia świadczenia jest koszt faktycznie przez Ciebie poniesiony.
10. Reklamacje Leku na Receptę lub produktu leczniczego wydawanego bez recepty z powodu wady jakościowej lub niewłaściwego ich wydania rozpatruje Apteka zgodnie z ogólnie obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności prawa farmaceutycznego. Jeśli Apteka uwzględni reklamację, a Lek na Receptę lub produkt leczniczy wydawany bez recepty był kupiony przy użyciu Identyfikatora Lekowego, jego zwrócony koszt zwiększy limit świadczenia Twoje Leki. Możesz go ponownie wykorzystać.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ ANI NIE REALIZUJEMY ŚWIADCZENIA TWOJE LEKI

1. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy ani nie realizujemy świadczenia Twoje Leki także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, który jest przyczyną Pobytu w Szpitalu, został spowodowany lub miał miejsce:
   a) w związku ze spożyciem przez Ciebie alkoholu, zażyciem przez Ciebie 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 Ciebie alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji, lub środków,
   b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ciebie przestępstwa,
   c) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywasz – chyba że jesteś pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
   d) w związku z Twoim Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu lub Twoim udziałem w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.
2. Poza okolicznościami wskazanymi powyżej nie ponosimy odpowiedzialności i nie realizujemy świadczenia Twoje Leki, gdy zostałeś objęty kwarantanną, środkami zapobiegawczymi, szczególnym nadzorem lub zaleceniami, wydanymi przez międzynarodowe bądź lokale organy zdrowia publicznego w kraju Twojego pobytu, z powodu narażenia (w tym trwałych skutków tego narażenia) na kontakt z:
   a) zakaźnymi czynnikami biologicznymi,
   b) czynnikami chemicznymi (w tym gazami bojowymi),
   c) czynnikami obezwładniającymi,
   d) czynnikami radioaktywnymi,
   e) czynnikami neurotoksycznymi.
3. Nie realizujemy świadczenia Twoje Leki, gdy nie można zweryfikować wydatków na podstawie dostarczonych przez Ciebie dokumentów.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 137/2026 i obowiązują od 7 listopada 2026 r.

UMOWA DODATKOWA

„Assistance Wypadkowy”

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz w razie wypadku?

- Pomoc w diagnostyce i leczeniu
  Zorganizujemy i opłacimy 10 świadczeń medycznych, takich jak m.in.: konsultacje lekarskie, diagnostyka laboratoryjna, badania specjalistyczne, w tym: RTG, USG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa.
- Wsparcie w leczeniu i powrocie do zdrowia
  Zapewnimy m.in.: transport medyczny, rehabilitację (do 30 zabiegów), organizację i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.
- Organizacja i pokrycie kosztów zabiegu operacyjnego w celu leczenia urazów doznanych w wypadku
  Pokryjemy koszty nawet do 20 000 zł.
- Pokrycie kosztów operacji plastycznej usunięcia określonych skutków wypadku
  Pokryjemy koszty do 8000 zł.

Warto wiedzieć

Zyskujesz też dostęp do infolinii medycznej – w tym do informacji o tym, jak przygotować się do zabiegów lub badań medycznych, jak działają leki i jakie są ich skutki uboczne.

Jak skorzystać z assistance?

- Zawiadom nas o wypadku w wybrany przez siebie sposób:
  – zadzwoń pod numer telefonu 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),
  – napisz na adres u.life@mondial-assistance.pl,
  – napisz na adres: AWP P&C Oddział w Polsce, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa.
- Przekaż nam:
  – dokumenty, które potwierdzają zajście i okoliczności wypadku,
  – wniosek o realizację świadczenia,
  – kopię dokumentu tożsamości.



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE WYPADKOWY" (ANNW/PP/2/2026)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 ust. 1-3 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 1 pkt 8 i pkt 9 Art. 2 ust. 4-7 Art. 7 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 20 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Prosty Plan" albo Art. 20 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Prosty Plan"
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

ZYPPANNW-O02 10/26

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE WYPADKOWY" (ANNW/PP/2/2026)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.
W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy ani nie realizujemy świadczeń z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Centrum Operacyjne** – podmiot AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, który wykonuje działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa (tel. 224 224 224, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora) i zajmuje się w naszym imieniu organizacją i pokryciem kosztów świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem
2. **Choroba Psychiczna** – schorzenie z kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, zakwalifikowane według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako pozycje F00-F99 (w razie przyjęcia kolejnej wersji tej klasyfikacji uwzględnimy nowe oznaczenia ICD tych samych jednostek chorobowych)
3. **Lekarz Prowadzący** – lekarz, który prowadzi Twoje leczenie i nie jest członkiem Twojej rodziny
4. **Leki** – przepisane Ci przez lekarza:
   a) leki gotowe, wpisane do „Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej" oraz
   b) leki recepturowe,
   których zakup można zrealizować wyłącznie na podstawie recepty
5. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
   a) jest nagłe i nie zależy od Twojej woli,
   b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym ani psychicznym stanem Twojego zdrowia,
   c) występuje w czasie, gdy obejmujemy Cię ochroną ubezpieczeniową
6. **Placówka Medyczna** – szpital, prywatny albo publiczny podmiot leczniczy, który działa zgodnie z przepisami prawa i świadczy opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski
7. **Przypadek Wymagający Pilnej Interwencji Medycznej** – stan zagrożenia życia, który wskazujemy poniżej i który powinien być zgłaszany bezpośrednio do pogotowia ratunkowego:
   a) zatrucie lekami, środkami/substancjami chemicznymi, gazami, zaburzenia świadomości, utrata przytomności, omdlenie, duszność, zaburzenia oddychania, ból w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca, ostry ból brzucha, krwotoki, uporczywe wymioty,
   b) stany zagrożenia ciąży, gwałtownie postępujący poród,
   c) rozległe rany z krwawieniem, które są efektem urazu oraz urazy, które uniemożliwiają samodzielne poruszanie się,
   d) nagłe wystąpienie: drgawek (również w przebiegu wysokiej temperatury), porażeń i niedowładów,
   e) ciężka reakcja anafilaktyczna na ukąszenia, leki lub środki spożywcze
8. **Siła Wyższa** – nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od Ciebie lub od nas, którego następstwom nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków
9. **Sprzęt Rehabilitacyjny** – sprzęt, który jest Ci niezbędny do rehabilitacji i umożliwia lub ułatwia Ci samodzielne funkcjonowanie
10. **Szpital** – podmiot leczniczy, który świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski
    Podmiot leczniczy, który udziela świadczeń na terenie Rzeczpospolitej Polskiej, musi być zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych
11. **Transport Medyczny** – transport, który jest realizowany odpowiednim dla Twojego stanu zdrowia środkiem transportu;
    Ubezpieczenie nie obejmuje transportu z i do ośrodka opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologicznego), ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka rehabilitacji, ośrodka sanatoryjnego lub wypoczynkowego, zakładu lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitala uzdrowiskowego ani szpitala uzdrowiskowo-rehabilitacyjnego oraz dojazdów na wizyty kontrolne
12. **Wada Wrodzona** – nieprawidłowość anatomiczna lub czynnościowa, która powstała w okresie życia wewnątrzmacicznego, niezależnie od momentu jej rozpoznania
13. **Wykaz Procedur Medycznych** – Załącznik nr 1 do tego dokumentu, który zawiera procedury medyczne, objęte ubezpieczeniem
14. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
    a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
    b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
15. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia**:
    a) narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny; skoki narciarskie; bobsleje; uprawianie poza wyznaczonymi trasami: narciarstwa (nie dotyczy narciarstwa biegowego), snowboardingu, saneczkarstwa;
    b) kolarstwo ekstremalne (freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill);
    c) bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon);
    d) wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne; wyścigi konne;
    e) nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu; skoki do wody; kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne; żeglarstwo morskie lub oceaniczne;
    f) skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości; paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo;
    g) wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu; speleologia;
    h) sporty walki;
    i) 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 Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne); wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu;
    j) zorbing
16. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem:
    a) wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub
    b) stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub osiągane wyniki sportowe
17. **Zabieg Operacyjny** – operacja ortopedyczna, laryngologiczna lub chirurgiczna, której celem jest leczenie urazów doznanych przez Ciebie w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Zabieg Operacyjny musi być przeprowadzany w warunkach bloku operacyjnego.
    Ubezpieczenie nie obejmuje następujących Zabiegów Operacyjnych:
    a) wykonywanych w celu leczenia choroby nowotworowej,
    b) wykonywanych w celach diagnostycznych,
    c) związanych z leczeniem Wad Wrodzonych,
    d) przeprowadzonych w ramach chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków Nieszczęśliwych Wypadków,
    e) cięcia cesarskiego.

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy Twoje zdrowie.
2. Ubezpieczenie obejmuje:
   a) organizację i pokrycie kosztów świadczeń medycznych, które wskazujemy w Tabeli nr 1, dla Ciebie, gdy w czasie ochrony ubezpieczeniowej ulegasz Nieszczęśliwemu Wypadkowi. Podczas organizacji i realizacji tych świadczeń obowiązują:
      • zasady, które wskazujemy w Tabeli nr 1, oraz
      • Wykaz Procedur Medycznych.
   b) organizację i pokrycie kosztów świadczeń assistance i telemedycyny, które wskazujemy w Tabeli nr 2, dla Ciebie, gdy w czasie ochrony ubezpieczeniowej ulegasz Nieszczęśliwemu Wypadkowi. Podczas organizacji i realizacji tych świadczeń obowiązują:
      • zasady, które wskazujemy w Tabeli nr 2 oraz
      • Wykaz Procedur Medycznych.
   c) w przypadku przeprowadzenia u Ciebie operacji plastycznej w celu usunięcia blizn lub nieprawidłowości w budowie ciała, które powstały w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, ubezpieczenie obejmuje także: organizację i pokrycie kosztu tej operacji plastycznej do wysokości 8 000 zł w odniesieniu do jednego Nieszczęśliwego Wypadku. Operacja ta musi być przeprowadzona w warunkach bloku operacyjnego.
3. Ubezpieczenie obejmuje tylko takie świadczenia, które wskazujemy w tym dokumencie oraz w Wykazie Procedur Medycznych i które są realizowane:
   a) za pośrednictwem Centrum Operacyjnego,
   b) na terenie Polski.

Tabela nr 1 Świadczenia medyczne dla Ciebie w razie wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku

Rodzaj świadczenia medycznego	Limit na jeden Nieszczęśliwy Wypadek
1. Wizyta lekarska lekarza pierwszego kontaktu/internisty/pediatry w Placówce Medycznej lub w miejscu Twojego pobytu (w zależności od Twojego wyboru) wraz z kosztami dojazdu lekarza pierwszego kontaktu/internisty/pediatry oraz kosztami jego honorarium, o ile nie zachodzi Przypadek Wymagający Pilnej Interwencji Medycznej.	Świadczenia do wielokrotnego wykorzystania, maksymalnie 10 świadczeń medycznych
Po uzyskaniu skierowania od Lekarza Prowadzącego:	
2. Konsultacja chirurga	
3. Konsultacja okulisty	
4. Konsultacja otolaryngologa	
5. Konsultacja neurologa	
6. Konsultacja ortopedy	
7. Konsultacja kardiologa	
8. Konsultacja pulmonologa	
9. Konsultacja neurochirurga	
10. Konsultacja psychologa	
11. Konsultacja ginekologa	
12. Konsultacja hepatologa	
Świadczenia z pkt 13-18 są realizowane w zakresie procedur medycznych, które wskazujemy w Wykazie Procedur Medycznych:	
13. Zabiegi ambulatoryjne	
14. Diagnostyka laboratoryjna Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktujemy jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby 10 świadczeń medycznych do wykorzystania – niezależnie od liczby zleconych badań na jednym skierowaniu, które wystawił Lekarz Prowadzący w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem.	
15. Badania radiologiczne (RTG)	
16. Badania ultrasonograficzne (USG)	
17. Rezonans magnetyczny	1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 10 świadczeń medycznych
18. Tomografia komputerowa	1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 10 świadczeń medycznych

Tabela nr 2 Świadczenia assistance i telemedycyny dla Ciebie w razie wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku

Rodzaj i opis świadczenia	Limit na jeden Nieszczęśliwy Wypadek
I. Świadczenia assistance dla Ciebie	
1. Organizacja i pokrycie kosztów Zabiegu Operacyjnego	20 000 zł
Zorganizujemy i pokryjemy koszty Zabiegu Operacyjnego, którego przeprowadzenie jest wymagane na podstawie skierowania od Lekarza Prowadzącego.	
2. Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego	30 zabiegów
Zorganizujemy i pokryjemy koszty Twojej rehabilitacji, której przeprowadzenie jest wymagane na podstawie skierowania od Lekarza Prowadzącego. W zależności od Twojego wyboru mogą to być: a) wizyty fizykoterapeuty w miejscu Twojego pobytu, albo b) Twojej wizyty w poradni rehabilitacyjnej, realizowane w zakresie procedur medycznych, które wskazujemy w Wykazie Procedur Medycznych.	
3. Transporty Medyczne dla Ciebie i osoby przez Ciebie wskazanej	20 Transportów Medycznych
Jeśli nie zachodzi Przypadek Wymagający Pilnej Interwencji Medycznej, to zorganizujemy i pokryjemy koszty Transportu Medycznego: a) z miejsca Twojego pobytu do Placówki Medycznej wskazanej przez Lekarza Prowadzącego, gdy wymagany jest Twój pobyt lub wizyta w Placówce Medycznej i – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – Twój stan zdrowia wskazuje na konieczność skorzystania z Transportu Medycznego. b) z Placówki Medycznej do innej Placówki Medycznej, gdy zostaniesz skierowany na badania specjalistyczne lub Zabieg Operacyjny w innej Placówce Medycznej i – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – Twój stan zdrowia wskazuje na konieczność skorzystania z Transportu Medycznego. c) do miejsca Twojego pobytu, gdy przebywasz w Placówce Medycznej i – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – Twój stan zdrowia wskazuje na konieczność skorzystania z Transportu Medycznego.	
4. Pomoc psychologa	maksymalnie 3 wizyty lub zdalne konsultacje
Zorganizujemy i pokryjemy koszty, w zależności od Twojego wyboru, wizyt u psychologa lub zdalnych konsultacji z psychologiem, gdy – zgodnie ze skierowaniem od Lekarza Prowadzącego – wymagasz skorzystania z pomocy psychologa.	
5. Leczenie stomatologiczne	2000 zł
Zorganizujemy i pokryjemy koszty leczenia stomatologicznego, gdy – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – wymagasz takiego leczenia.	
6. Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu Sprzętu Rehabilitacyjnego	700 zł
Zapewnimy usługi, które wymieniamy niżej, gdy – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – powinieneś używać sprzętu rehabilitacyjnego: a) organizacja i pokrycie kosztów transportu Sprzętu Rehabilitacyjnego do miejsca Twojego pobytu i b) pokrycie kosztów zakupu albo wypożyczenia Sprzętu Rehabilitacyjnego (w zależności od Twojego wyboru).	
7. Zakup i dostarczenie Leków lub środków opatrunkowych	300 zł
Pokryjemy koszt zakupu i dostarczenia do miejsca Twojego pobytu Leków i środków opatrunkowych, gdy – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – wymagasz przyjmowania przepisanych Leków lub korzystania ze środków opatrunkowych.	
II. Telemedycyna	Maksymalnie 6 porad lekarskich w każdym 12-miesięcznym okresie ochrony ubezpieczeniowej
Zorganizujemy i pokryjemy koszty zdalnych porad lekarskich udzielanych przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę, w tym teleporady, wideoporady lub porady za pośrednictwem czatu, które obejmują usługi wymienione w pkt a)-d). W ramach usługi nie jest możliwe postawienie diagnozy. a) wystawienie e-recepty przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę (w przypadkach medycznie uzasadnionych) b) zdalne wystawienie skierowania na badania lub zabiegi (w przypadkach medycznie uzasadnionych) c) zdalne wystawienie zwolnienia lekarskiego (w przypadkach medycznie uzasadnionych i o ile obowiązujące przepisy dopuszczają taką możliwość) d) zdalną poradę lekarską udzielaną przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę w zakresie wyników przeprowadzonych badań.	
III. Infolinia medyczna	
W ramach infolinii medycznej zapewnimy telefoniczny dostęp do informacji dotyczących: a) niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych, b) diet, metod zdrowego żywienia, c) działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży, d) danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia, e) danych teleadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne, f) danych teleadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, g) danych teleadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów, h) danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę.	bez limitu

4. Ubezpieczenie w zakresie świadczeń telemedycyny nie obejmuje:
   a) wystawiania skierowań na diagnostykę obrazową (RTG, USG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) oraz endoskopię,
   b) wystawiania e-recept na leki psychotropowe, opioidowe, a także leki przyjmowane w ramach kontynuacji leczenia sprzed zajścia Nieszczęśliwego Wypadku, w związku z którym organizowaliśmy świadczenie,
   c) wystawiania skierowań na konsultacje, badania i zabiegi, które będą honorowane przez podmioty lecznicze (w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej), które realizują świadczenia medyczne na mocy kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia (wystawione przez nas skierowania będą honorowane wyłącznie w placówkach działających na zasadach komercyjnych).
5. Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów świadczeń, których przyczyną było nadwyrężenie organizmu o charakterze nawykowym, zmęczeniowym lub wysiłkowym w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, które jest potwierdzone w dokumentacji medycznej i skutkuje dla Ciebie negatywnymi następstwami zdrowotnymi.
6. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy limit kosztów, który wskazujemy w Tabeli nr 2, to zrealizujemy daną usługę w przypadku, gdy wyrazisz zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a tym limitem.
7. Jeśli spóźnisz się z płatnością Składki o więcej niż Miesiąc Polisowy, to zawieszamy dostęp do świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem, z ostatnim dniem tego Miesiąca Polisowego. Możesz wznowić ten dostęp, jeśli przed rozwiązaniem Umowy zapłacisz wymagane Składki. W takim przypadku poinformujemy Cię, od jakiego dnia wznawiamy dostęp do świadczeń.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
   a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
   b) w chwili Twojej śmierci,
   c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, następującego po Miesiącu Polisowym, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
   d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna.
2. Nie zawieramy kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli którakolwiek ze stron – Ty albo my – poinformuje drugą stronę o niezawieraniu Umowy Dodatkowej na kolejny okres najpóźniej na 30 dni przed końcem Roku Ubezpieczenia.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI

Jeśli chcesz skorzystać ze świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem, to masz obowiązek:
a) złożyć wniosek o realizację świadczenia wraz z dokumentami, które wskazujemy jako niezbędne do określenia, czy i w jakiej wysokości świadczenie jest należne,
b) współpracować z Centrum Operacyjnym w zakresie organizacji i realizacji świadczeń, w tym uzgodnienia miejsca realizacji świadczenia,
c) w przypadku, gdy Nieszczęśliwy Wypadek wydarzył się za granicą – dostarczyć dokumentację, która potwierdza zajście i okoliczności tego wypadku przetłumaczoną na język polski albo język angielski.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz od Twojego Wieku.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 CO JEST POTRZEBNE DO REALIZACJI ŚWIADCZEŃ, KTÓRE SĄ OBJĘTE UBEZPIECZENIEM

1. Abyśmy mogli ustalić, czy świadczenie Ci się należy lub w jakiej wysokości, potrzebujemy:
   a) wniosku o realizację świadczenia od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
   b) kopii dokumentu, który potwierdza Twoją tożsamość,
   c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Dokumenty te należy dostarczyć do Centrum Operacyjnego.
3. Zawiadomienie o zajściu Nieszczęśliwego Wypadku można złożyć:
   a) telefonicznie, dzwoniąc pod numer telefonu 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),
   b) pisząc na adres: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce; ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa,
   c) pocztą elektroniczną na adres: u.life@mondial-assistance.pl.
4. Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia. Jeśli w tym okresie nie jest możliwe wyjaśnienie, czy świadczenie Ci przysługuje i w jakiej wysokości, to spełniamy świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie to jest możliwe. Bezsporną część spełniamy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia.
5. Jeśli odmawiamy spełnienia świadczenia lub spełniamy je w części, to informujemy o tym osobę, która występuje z tym wnioskiem. Wskazujemy też podstawę prawną i uzasadniamy swoją decyzję.
6. Centrum Operacyjne w porozumieniu z Tobą ustala miejsce realizacji świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem. Zorganizujemy te świadczenia we współpracującym z Centrum Operacyjnym podmiocie lub Placówce Medycznej w ciągu:
   a) 10 dni roboczych w przypadku konsultacji z neurochirurgiem, pulmonologiem lub hepatologiem albo następującego badania specjalistycznego: rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa
   b) 5 dni roboczych w przypadku pozostałych konsultacji i badań specjalistycznych

   od dnia otrzymania kompletu dokumentów, które są niezbędne, abyśmy mogli ustalić, czy świadczenie Ci się należy lub w jakiej wysokości.
2. Wartość poszczególnych świadczeń assistance ustala Centrum Operacyjne – każdorazowo na podstawie cen usług w uzgodnionej z Tobą Placówce Medycznej, które obowiązują w dniu organizacji świadczenia. Informujemy Ciebie o wartości tego świadczenia oraz o tym w jaki sposób realizacja tego świadczenia wpływa na limit kosztów lub świadczeń.

ART. 7 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE ORGANIZUJEMY ANI NIE REALIZUJEMY ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH UBEZPIECZENIEM

1. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU, w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie realizujemy świadczeń objętych ubezpieczeniem, także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, któremu ulegasz został spowodowany lub miał miejsce:
   a) w związku ze spożyciem przez Ciebie alkoholu, zażyciem przez Ciebie 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 Ciebie alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
   b) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywasz – chyba że jesteś pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
   c) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ciebie przestępstwa,
   d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ciebie lub Twoim udziałem w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia,
   e) w związku z poddaniem się przez Ciebie leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie takiego leczenia było zalecone przez Lekarza Prowadzącego,
   f) w wyniku zatrucia się przez Ciebie substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku,
   g) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na Twoją własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
   h) wskutek zakażenia wirusem HIV,
   i) w związku z Chorobą Psychiczną,
   j) prowadzenia przez Ciebie pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie

Nieszczęśliwego Wypadku, lub prowadzenia przez Ciebie pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie Nieszczęśliwego Wypadku,

k) wskutek potwierdzonego w dokumentacji medycznej nieprzestrzegania przez Ciebie zaleceń Lekarza Prowadzącego,
l) wskutek Twojego leczenia eksperymentalnego lub leczenia o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie,
m) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

2. Gdy na skutek Siły Wyższej nie mogłeś skontaktować się z nami i w związku z tym sam pokryłeś koszty świadczeń assistance, o których mowa w Tabeli nr 2, zwracamy poniesione i udokumentowane koszty do wysokości limitów wskazanych w Tabeli nr 2.
3. Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg leczenia i jego efekty, postawione diagnozy, brak skierowania na dodatkowe badanie, co do których decyzje podejmuje Lekarz Prowadzący.
4. Nie odpowiadamy za opóźnienie w wykonaniu świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem oraz ich niewykonanie bądź nienależyte wykonanie, jeśli nastąpiło to w wyniku działania Siły Wyższej.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 142/2026 i obowiązują od 7 listopada 2026 r.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE WYPADKOWY"

WYKAZ PROCEDUR MEDYCZNYCH

	PROCEDURY MEDYCZNE
1.	ZABIEGI AMBULATORYJNE
1)	AMBULATORYJNE ZABIEGI CHIRURGICZNE
a)	Proste nacięcie i usunięcie ciała obcego, tkanek podskórnych
b)	Nacięcie i drenaż krwiaka, zbiornika płynu surowiczego lub innego zbiornika płynu
c)	Usunięcie szwów
d)	Zmiana opatrunku
e)	Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; mały staw lub kaletka (np. palce u rąk lub nóg)
f)	Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; średniej wielkości staw lub kaletka (np. staw skroniowo-żuchwowy, barkowo-obojczykowy, nadgarstek, staw łokciowy lub skokowy, kaletka maziowa wyrostka łokciowego)
g)	Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; duży staw lub kaletka (np. staw ramienny, biodrowy, kolanowy, kaletka barkowa)
h)	Proste zamknięcie powierzchownych ran owłosionej skóry głowy, szyi, pachy, narządów płciowych zewnętrznych, tułowia i/lub kończyn
i)	Proste zamknięcie powierzchownych ran twarzy, uszu, powiek, nosa, warg i/lub błon śluzowych
j)	Proste usunięcie płytki paznokciowej, częściowe lub całkowite
2)	AMBULATORYJNE ZABIEGI LARYNGOLOGICZNE
a)	Usunięcie ciała obcego, śródnosowe
3)	AMBULATORYJNE ZABIEGI OKULISTYCZNE
a)	Usunięcie ciała obcego – z wnętrza gałki ocznej, z przedniej komory oka lub soczewki
b)	Usunięcia ciała obcego lub złogu w obrębie układu łzowego, przewody łzowe
c)	Wstrzyknięcie podspojówkowe
4)	AMBULATORYJNE ZABIEGI ORTOPEDYCZNE
a)	Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)
b)	Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)
c)	Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)
d)	Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)
e)	Zastosowanie długiego opatrunku unieruchamiającego na całą kończynę dolną
f)	Zastosowanie krótkiego opatrunku unieruchamiającego na kończynie dolnej – podudzie
g)	Zastosowanie gipsu biodrowego
h)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od barku do ręki (ramienny)
i)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od łokcia do palca (przedramienia)
j)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, ręka i dolne przedramię (opatrunek rękawiczkowy)
k)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, palec (np. przykurcz)
l)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – ósemkowego
m)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – gips piersiowo-ramienny
n)	Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna górna)
o)	Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna dolna)

2.	DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA
1)	Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, HCT, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi)
2)	Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, HCT, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi) z automatycznym zliczaniem odsetków leukocytów
3)	Morfologia krwi obwodowej; z rozmazem, ocena mikroskopowa oraz ręcznie wykonany wzór odsetkowy leukocytów
4)	Morfologia krwi obwodowej, retikulocytoza – ręcznie
5)	Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego) – nieautomatycznie
6)	Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego) – automatycznie
3.	BADANIA RADIOLOGICZNE
1)	Badanie radiologiczne – czaszka
2)	Badanie radiologiczne – klatka piersiowa, jedna projekcja: czołowa PA
3)	Badanie radiologiczne – klatka piersiowa, dwie projekcje: czołowa PA i boczna
4)	Badanie radiologiczne – żuchwa
5)	Badanie radiologiczne – układ kostny twarzy
6)	Badanie radiologiczne – klatka piersiowa, specjalne projekcje (np. w pozycji leżącej na boku)
7)	Badanie radiologiczne – żebra, jednostronne
8)	Badanie radiologiczne – żebra, obustronne
9)	Badanie radiologiczne – mostek
10)	Badanie radiologiczne – staw lub stawy mostkowo-obojczykowe
11)	Badanie radiologiczne – kręgosłup (całość), badanie przeglądowe, projekcja PA lub boczna
12)	Badanie radiologiczne – kręgosłup szyjny
13)	Badanie radiologiczne – kręgosłup (odcinek piersiowo-lędźwiowy), w pozycji stojącej (skolioza)
14)	Badanie radiologiczne – kręgosłup (odcinek piersiowy)
15)	Badanie radiologiczne – kręgosłup (odcinek piersiowo-lędźwiowy)
16)	Badanie radiologiczne – kręgosłup (odcinek lędźwiowo-krzyżowy)
17)	Badanie radiologiczne – miednica
18)	Badanie radiologiczne – stawy krzyżowo-biodrowe
19)	Badanie radiologiczne – kość krzyżowa i kość ogonowa
20)	Badanie radiologiczne – obojczyk, całkowite
21)	Badanie radiologiczne – łopatka, całkowite
22)	Badanie radiologiczne – bark
23)	Badanie radiologiczne – stawy barkowo-obojczykowe
24)	Badanie radiologiczne – kość ramienna
25)	Badanie radiologiczne – staw łokciowy
26)	Badanie radiologiczne – przedramię
27)	Badanie radiologiczne – nadgarstek
28)	Badanie radiologiczne – ręka
29)	Badanie radiologiczne – palec (palce) ręki
30)	Badanie radiologiczne – biodro
31)	Badanie radiologiczne – kość udowa
32)	Badanie radiologiczne – kolano
33)	Badanie radiologiczne – oba kolana; w pozycji stojącej w projekcji PA
34)	Badanie radiologiczne – piszczel i strzałka
35)	Badanie radiologiczne – staw skokowy

36)	Badanie radiologiczne – stopa
37)	Badanie radiologiczne – kość piętowa
38)	Badanie radiologiczne – jama brzuszna, pojedyncza projekcja PA
4.	ULTRASONOGRAFIA
1)	Badanie ultrasonograficzne – klatka piersiowa
2)	Badanie ultrasonograficzne – jama brzuszna
3)	Badanie ultrasonograficzne – miednica
4)	Badanie ultrasonograficzne – moszna i jej zawartość
5)	Badanie ultrasonograficzne – kończyna, nienaczyniowe
5.	REHABILITACJA
1)	Ćwiczenia indywidualne – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne, które mają na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości
2)	Ćwiczenia grupowe (do 6 osób) – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne, które mają na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości
3)	Techniki terapii manualnej (np. metody McKenziego, Cyriax, Mulligana i PNF), jeden lub więcej obszarów, mobilizacje i manipulacje
4)	Wyciągi – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; trakcja mechaniczna
5)	Rower (rotor), cykloergometr – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów
6)	Kinezjotaping
7)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; diatermia
8)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów podczerwień (sollux)
9)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultrafiolet
10)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultradźwięki
11)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; jonoforeza
12)	Galwanizacja
13)	Elektrostymulacja
14)	Tonoliza
15)	Prądy diadynamiczne
16)	Prądy interferencyjne
17)	Prądy Kotza
18)	Prądy Tens
19)	Prądy Traberta
20)	Impulsowe pole magnetyczne
21)	Laseroterapia (skaner, punktowo)
22)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; okłady ciepłe lub zimne (termożele)
23)	Krioterapia – miejscowa
24)	Krioterapia – zabieg w kriokomorze
6.	TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA
1)	Tomografia komputerowa – głowa lub mózg, bez kontrastu
2)	Tomografia komputerowa – oczodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne, bez kontrastu
3)	Tomografia komputerowa – okolica szczękowo-twarzowa, bez kontrastu
4)	Tomografia komputerowa – tkanki miękkie szyi, bez kontrastu
5)	Tomografia komputerowa – klatka piersiowa, bez kontrastu
6)	Tomografia komputerowa – kręgosłup szyjny, bez kontrastu
7)	Tomografia komputerowa – odcinek piersiowy kręgosłupa, bez kontrastu
8)	Tomografia komputerowa – odcinek lędźwiowy kręgosłupa, bez kontrastu

9)	Tomografia komputerowa – miednica, bez kontrastu
10)	Tomografia komputerowa – kończyna górna, bez kontrastu
11)	Tomografia komputerowa – kończyna dolna, bez kontrastu
12)	Tomografia komputerowa – jama brzuszna, bez kontrastu
13)	Tomografia komputerowa – głowa lub mózg, z kontrastem
14)	Tomografia komputerowa – oczodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne; z kontrastem
15)	Tomografia komputerowa – okolica szczękowo-twarzowa, z kontrastem
16)	Tomografia komputerowa – tkanki miękkie szyi, z kontrastem
17)	Tomografia komputerowa – klatka piersiowa, z kontrastem
18)	Tomografia komputerowa – kręgosłup szyjny, z kontrastem
19)	Tomografia komputerowa – odcinek piersiowy kręgosłupa, z kontrastem
20)	Tomografia komputerowa – odcinek lędźwiowy kręgosłupa, z kontrastem
21)	Tomografia komputerowa – miednica, z kontrastem
22)	Tomografia komputerowa – kończyna górna, z kontrastem
23)	Tomografia komputerowa – kończyna dolna, z kontrastem
24)	Tomografia komputerowa – jama brzuszna, z kontrastem
7.	REZONANS MAGNETYCZNY
1)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – oczodół, twarz i szyja, bez kontrastu
2)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu), bez kontrastu
3)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia), bez kontrastu
4)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek szyjny kręgosłupa), bez kontrastu
5)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek piersiowy kręgosłupa), bez kontrastu
6)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek lędźwiowy kręgosłupa), bez kontrastu
7)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – miednica, bez kontrastu
8)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna górna, badanie nieskierowane na stawy, bez kontrastu
9)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej, bez kontrastu
10)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna dolna, badanie nieskierowane na stawy, bez kontrastu
11)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej, bez kontrastu
12)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – jama brzuszna, bez kontrastu
13)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – oczodół, twarz i szyja, z kontrastem
14)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu), z kontrastem
15)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia), z kontrastem
16)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek szyjny kręgosłupa), z kontrastem
17)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek piersiowy kręgosłupa), z kontrastem
18)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek lędźwiowy kręgosłupa), z kontrastem
19)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – miednica, z kontrastem
20)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna górna, badanie nieskierowane na stawy, z kontrastem
21)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej, z kontrastem
22)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna dolna, badanie nieskierowane na stawy, z kontrastem
23)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej, z kontrastem
24)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – jama brzuszna, z kontrastem

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 kwocie 87 267 500 złotych).

ZYPPALL-O02 10/26