

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Ochrona PRO

(Indeks GPS1)



SPIS TREŚCI

WSTĘP DO UBEZPIECZENIA	19
DEFINICJE	
§ 1. Definicje	21
CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE	
§ 2. Zakres ubezpieczenia	25
§ 3. Śmierć Ubezpieczonego	26
ŚWIADCZENIA DODATKOWE	
ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z UBEZPIECZONYM	26
§ 4. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku	26
Assistance pogrzebowy w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub członka rodziny w następstwie wypadku	26
§ 5. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy	27
§ 6. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	27
§ 7. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy	27
§ 8. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	27
§ 9. Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	28
Świadczenia medyczne po poważnym zachorowaniu Ubezpieczonego	28
§ 10. Rozpoznanie u Ubezpieczonego wczesnej postaci nowotworu	29
§ 11. Zachorowanie Ubezpieczonego na zaawansowany nowotwór	30
§ 12. Assistance onkologiczny	30
§ 13. Powtórna opinia medyczna dla Ubezpieczonego i jego rodziny	34
§ 14. Świadczenie szpitalne Zdrowe Życie Ubezpieczonego	34
Świadczenie lekowe	34
Rehabilitacja	35
§ 15. Poważny stan chorobowy Ubezpieczonego	36
§ 16. Zakażenie Ubezpieczonego wirusem HIV w następstwie wypadku przy pracy, pomimo przejścia leczenia antyretrowirusowego	37
§ 17. Zakażenie Ubezpieczonego wirusem zapalenia wątroby typu B lub C w następstwie wypadku przy pracy	37
§ 18. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu	37
§ 19. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku	38
§ 20. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM	38
§ 21. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku przy pracy	39
§ 22. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego	39
§ 23. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy	40
§ 24. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu	40
§ 25. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym po pobycie w szpitalu w następstwie wypadku, ostrego zawału serca, udaru mózgu lub z powodu zabiegu operacyjnego	41
§ 26. Koszty leków po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	41
§ 27. Rekonwalescencja Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu	42
§ 28. Pobyt w sanatorium po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	42
§ 29. Leczenie Ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia	42
§ 30. Zabiegi operacyjne Ubezpieczonego	43
§ 31. Wystąpienie u Ubezpieczonego powikłań pooperacyjnych	44
§ 32. Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	44
§ 33. Teleopieka kardiologiczna	45
§ 34. Leczenie przewlekłej choroby narządu mowy lub słuchu Ubezpieczonego	46
§ 35. Niezdolność Ubezpieczonego do pracy z powodu choroby zawodowej	46
§ 36. Wystąpienie u Ubezpieczonego całkowitej niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji	46
§ 37. Kalectwo Ubezpieczonego	47
§ 38. Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku	47
§ 39. Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	48
§ 40. Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku	48
§ 41. Koszty leczenia Ubezpieczonego poniesione w Polsce w następstwie wypadku	48
§ 42. Świadczenia assistance i telemedycyna dla Ubezpieczonego i jego rodziny	49

ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z MAŁŻONKIEM ALBO PARTNEREM	53
§ 43. Śmierć małżonka albo partnera	53
§ 44. Śmierć małżonka albo partnera w następstwie wypadku	54
§ 45. Śmierć małżonka albo partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego	54
§ 46. Śmierć małżonka albo partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	54
§ 47. Poważne zachorowanie małżonka albo partnera	55
Świadczenia medyczne po poważnym zachorowaniu małżonka albo partnera	55
§ 48. Świadczenie szpitalne Zdrowe Życie małżonka albo partnera	56
Świadczenie lekowe	56
§ 49. Leczenie małżonka albo partnera w szpitalu	57
§ 50. Leczenie małżonka albo partnera w szpitalu w następstwie wypadku	58
§ 51. Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w następstwie wypadku	58
§ 52. Koszty leczenia małżonka albo partnera poniesione w Polsce w następstwie wypadku	59
ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z DZIECKIEM	59
§ 53. Urodzenie się dziecka	59
Świadczenia assistance po urodzeniu dziecka	59
§ 54. Urodzenie się dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub wymagającego wzmożonej opieki medycznej	61
§ 55. Urodzenie się martwego dziecka	62
§ 56. Poronienie dziecka	62
§ 57. Śmierć dziecka	62
§ 58. Śmierć dziecka w następstwie wypadku	62
§ 59. Poważne zachorowanie dziecka	63
Świadczenia medyczne po poważnym zachorowaniu dziecka	63
§ 60. Świadczenie szpitalne Zdrowe Życie dziecka	64
§ 61. Leczenie dziecka w szpitalu	65
§ 62. Leczenie dziecka w szpitalu w następstwie wypadku	65
§ 63. Opieka nad dzieckiem po pobycie dziecka w szpitalu	66
§ 64. Uszczerbek na zdrowiu dziecka w następstwie wypadku lub pogryzienie dziecka przez psa	66
§ 65. Koszty leczenia dziecka poniesione w Polsce w następstwie wypadku	66
§ 66. Osierocenie dziecka	67
ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z RODZICEM UBEZPIECZONEGO LUB RODZICEM MAŁŻONKA ALBO RODZICEM PARTNERA	67
§ 67. Śmierć rodzica Ubezpieczonego lub śmierć rodzica małżonka albo rodzica partnera	67
§ 68. Śmierć rodzica Ubezpieczonego lub śmierć rodzica małżonka albo rodzica partnera w następstwie wypadku	68
§ 69. Śmierć rodzica Ubezpieczonego lub śmierć rodzica małżonka albo rodzica partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego	68
§ 70. Świadczenia assistance związane z rodzicem Ubezpieczonego	68
§ 71. Poważne zachorowanie rodzica Ubezpieczonego	71
Świadczenia medyczne po poważnym zachorowaniu rodzica Ubezpieczonego	71
OGÓLNE WYŁĄCZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI	
§ 72. Wyłączenia odpowiedzialności związane z Ubezpieczonym	72
§ 73. Wyłączenia odpowiedzialności związane z małżonkiem albo partnerem	72
§ 74. Wyłączenia odpowiedzialności związane z dzieckiem	73
§ 75. Wyłączenia odpowiedzialności związane z rodzicem Ubezpieczonego lub rodzicem małżonka albo rodzicem partnera	73
OBOWIAZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO ZWIĄZANE Z ZAWIERANIEM LUB PRZYSTĄPIENIEM DO UMOWY	
§ 76. Zawarcie umowy	74
§ 77. Przystąpienie do umowy i zmiany po przystąpieniu	74
§ 78. Podanie przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego okoliczności, o które pytamy	75
§ 79. Suma ubezpieczenia	75
§ 80. Składka	75
§ 81. Informacje o warunkach umowy	75
ZDARZENIE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM – I CO DALEJ	
§ 82. Zgłoszenie zdarzenia	75
§ 83. Zasady ustalania i wypłaty świadczeń	76
§ 84. Na rzecz kogo realizujemy świadczenie	76
JAKIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY	
§ 85. Początek ochrony	77
§ 86. Zawieszenie ochrony	77
§ 87. Czas trwania umowy, wypowiedzenie, odstąpienie	77

§ 88. Zmiany w umowie	78
§ 89. Koniec ochrony	78
§ 90. Wystąpienie z umowy	78
§ 91. Skrócenie okresu karencji.	78
§ 92. Indywidualna kontynuacja ubezpieczenia.	78
§ 93. Jak złożyć reklamację	78
§ 94. Jak inaczej można rozwiązać spór	78
§ 95. Obowiązujące przepisy prawa, oświadczenia i zawiadomienia.	79
§ 96. Właściwość sądów	79
§ 97. Skróty	79

ZAŁĄCZNIKI

Załącznik nr 1 – Wykaz poważnych zachorowań	80
Załącznik nr 2 – Powtórna opinia medyczna	91
Załącznik nr 3 – Wykaz postępowań medycznych do świadczenia szpitalnego Zdrowe Życie Ubezpieczonego, Zdrowe Życie małżonka albo partnera oraz Zdrowe Życie dziecka	94
Załącznik nr 4 – Tabela poważnych stanów chorobowych	108
Załącznik nr 5 – Leczenie Ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia	111
Załącznik nr 6 – Zabiegi operacyjne Ubezpieczonego	113
Załącznik nr 7 – Wystąpienie u Ubezpieczonego powikłań pooperacyjnych	116
Załącznik nr 8 – Tabela stanów chorobowych, uprawniających Ubezpieczonego do skorzystania z teleopieki kardiologicznej	117
Załącznik nr 9 – Wykaz chorób zawodowych	119
Załącznik nr 10 – Kalectwo Ubezpieczonego – tabela trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku	121
Załącznik nr 11 – Tabela trwałych uszczerbków na zdrowiu – zakres dla świadczeń proporcjonalnych i progresywnych.	123
Załącznik nr 12 – Tabela trwałych uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	141
Załącznik nr 13 – Tabela uszczerbku na zdrowiu dziecka	144
Załącznik nr 14 – Opodatkowanie świadczeń z umowy	148

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE OCHRONA PRO (INDEKS GPS1)

W tabeli wskazujemy istotne informacje o ogólnych warunkach ubezpieczenia („o.w.u.”). Pojęcia zdefiniowane w o.w.u., mają znaczenie nadane im w o.w.u. Ilekroć w tabeli poniżej wskazujemy na postanowienie, w którego treści odwołujemy się do pojęć zdefiniowanych w §1 o.w.u. (pojęcia zdefiniowane są wyróżnione w treści o.w.u. pogrubionym drukiem), to każdorazowo dane postanowienie należy odczytywać łącznie z brzmieniem jego definicji zawartej w §1.

NAZWA ŚWIADCZENIA	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA	
	Przesłanki wypłaty świadczeń	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia
Śmierć Ubezpieczonego	§1; §3 ust.1; §82; §83; §84	§1; §3 ust.2 i 3; §78 ust.2; §80 ust.12; §84 ust.2; §86 ust.5; §88 ust.2
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku	§1; §4 ust.1; §82; §83; §84	§1; §4 ust. 7; §72 ust. 1 lub 3; §78 ust.2; §80 ust.12; §84 ust.2; §86 ust.5; §88 ust.2
Assistance pogrzebowy w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub członka rodziny w następstwie wypadku	§1; §4 ust.3-5; Tabela nr 2; §82; §83; §84	§1; §4 ust. 8-11; łączne wysokości limitów wskazane w Tabeli nr 2; §72 ust. 1 lub 3; § 73 ust. 1 lub 3; § 74 ust. 1 lub 3; § 75 ust. 1 lub 3
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy	§1; §5 ust.1; §82; §83; §84	§1; §5 ust. 3; §72 ust. 1 lub 3; §78 ust.2; §80 ust.12; §84 ust.2; §86 ust.5; §88 ust.2
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	§1; §6 ust.1; §82; §83; §84	§1; §6 ust. 3; §72 ust. 1 lub 3; §78 ust.2; §80 ust.12; §84 ust.2; §86 ust.5; §88 ust.2
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy	§1; §7 ust.1; §82; §83; §84	§1; §7 ust. 3; §72 ust. 1 lub 3; §78 ust.2; §80 ust.12; §84 ust.2; §86 ust.5; §88 ust.2
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	§1; §8 ust.1; §82; §83; §84	§1; §8 ust. 3-7; §72; §78 ust.2; §80 ust.12; §84 ust.2; §86 ust.5; §88 ust.2

NAZWA ŚWIADCZENIA	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA	
	Przesłanki wypłaty świadczeń	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	§1; §9 ust.1 ; §82; §83; postanowienia oznaczone literą A w Załączniku nr 1 w części „Zakres optymalny” lub „Zakres rozszerzony” lub „Zakres maksymalny”	§1; §9 ust. 8-17; §72; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2; postanowienia oznaczone literą B w Załączniku nr 1 w części „Zakres optymalny” lub „Zakres rozszerzony” lub „Zakres maksymalny”
Świadczenia medyczne po poważnym zachorowaniu Ubezpieczonego	§1; §9 ust.1,4,6; Tabela nr 3; §82; §83; postanowienia oznaczone literą A w Załączniku nr 1 w części „Zakres optymalny” lub „Zakres rozszerzony” lub „Zakres maksymalny”	§1; §9 ust. 3,4,5,8-18; zakres terytorialny, maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania i wysokości limitów wskazane w Tabeli nr 3; §72; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2; postanowienia oznaczone literą B w Załączniku nr 1 w części „Zakres optymalny” lub „Zakres rozszerzony” lub „Zakres maksymalny”
Rozpoznanie u Ubezpieczonego wczesnej postaci nowotworu	§1; §10 ust.1-2; §82; §83	§1; §10 ust. 3-9; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Zachorowanie Ubezpieczonego na zaawansowany nowotwór	§1; §11 ust.1-2; Tabela nr 4; §82; §83	§1; §11 ust.3-10; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2

NAZWA ŚWIADCZENIA	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA	
	Przesłanki wypłaty świadczeń	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia
Assistance onkologiczny	§1; §12 ust.1,5,6,9; Tabela nr 5; Tabela nr 6; Tabela nr 7; Tabela nr 8; §82; §83	§1; §12 ust. 2,7,8,10-13; maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania i wysokości limitów wskazane w Tabeli nr 5; wysokości limitów wskazane w Tabeli nr 6; Tabela nr 6: a) Rozdział I pkt 2-4 każdorazowo po średniku, b) Rozdział I pkt 10-11 każdorazowo informacja zawarta w nawiasie, c) Rozdział I pkt 13 w zakresie ćwiczeń wytrzymałościowych informacja zawarta w nawiasie; wysokości sum ubezpieczenia assistance i limitów wskazane w Tabeli nr 7; wysokości limitów wskazane w Tabeli nr 8; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Powtórna opinia medyczna dla Ubezpieczonego i jego rodziny	§1; §13 ust.1-3; §82; §83; postanowienia oznaczone literą A w Załączniku nr 2	§1; §13 ust. 3-9; §72 ust. 1 i 2; §73 ust. 1 i 2; §74 ust. 1 i 2; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2; postanowienia oznaczone literą B w Załączniku nr 2
Świadczenie szpitalne Zdrowe Życie Ubezpieczonego	§1; §14 ust.1-4; §82; §83; część 1,2 i 3 Załącznika nr 3	§1; §14 ust. 2,3,4,14-20; §72; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2; postanowienia w Załączniku nr 3 w części „Minimalny okres między zdarzeniami”
Świadczenie lekowe	§1; §14 ust.1-7; Tabela nr 9; §82; §83; część 1,2 i 3 Załącznika nr 3	§1; §14 ust. 5,14-22; §72; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2; postanowienia w Załączniku nr 3 w części „Minimalny okres między zdarzeniami”
Rehabilitacja	§1; §14 ust.1-4,8-9; §82; §83; część 1,2 i 3 Załącznika nr 3	§1; §14 ust. 8,10-26; §72; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2; postanowienia w Załączniku nr 3 w części „Minimalny okres między zdarzeniami”

NAZWA ŚWIADCZENIA	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA	
	Przesłanki wypłaty świadczeń	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia
Poważny stan chorobowy Ubezpieczonego	§1; §15 ust.1; §82; §83; Załącznik nr 4	§1; §15 ust. 2-14; §72; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2; postanowienia oznaczone literą B w Załączniku nr 4; postanowienia w Załączniku nr 4 w części „Minimalny okres między zdarzeniami”
Zakażenie Ubezpieczonego wirusem HIV w następstwie wypadku przy pracy, pomimo przejścia leczenia antyretrowirusowego	§1; §16 ust.1; §82; §83	§1; §16 ust. 3 i 4; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Zakażenie Ubezpieczonego wirusem zapalenia wątroby typu B lub C w następstwie wypadku przy pracy	§1; §17 ust.1; §82; §83	§1; §17 ust. 3 i 4; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu	§1; §18 ust.1,3-4; §82; §83	§1; §18 ust.2-3, 5-10; §72; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku	§1; §19 ust.1,3-4; §82; §83	§1; §19 ust.2-3, 5-8; §72 ust 1 i 3; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM	§1; §20 ust.1,3-4; §82; §83	§1; §20 ust.2-3, 5-8; §72; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku przy pracy	§1; §21 ust.1,3-4; §82; §83	§1; §21 ust.2-3, 5-8; §72 ust 1 i 3; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego	§1; §22 ust.1,3-4; §82; §83	§1; §22 ust.2-3, 5-7; §72 ust 1 i 3; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy	§1; §23 ust.1,3-4; §82; §83	§1; §23 ust.2-3, 5-7; §72 ust 1 i 3; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2

NAZWA ŚWIADCZENIA	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA	
	Przesłanki wypłaty świadczeń	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu	§1; §24 ust.1,3-4; §82; §83	§1; §24 ust.2-3, 5-9; §72; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym po pobycie w szpitalu w następstwie wypadku, ostrego zawału serca, udaru mózgu lub z powodu zabiegu operacyjnego	§1; §25 ust.1 i 3; §82; §83	§1; §25 ust.1-12; §72; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Koszty leków po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	§1; §26 ust.1; §82; §83	§1; §26 ust.1,3-7; §72; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Rekonwalescencja Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu	§1; §27 ust.1; §82; §83	§1; §27 ust.1-6; §72; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Pobyt w sanatorium po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	§1; §28 ust.1; §82; §83	§1; §28 ust.1-6; §72; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Leczenie Ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia	§1; §29 ust.1; §82; §83; Załącznik nr 5	§1; §29 ust.2-8; §72; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Zabiegi operacyjne Ubezpieczonego	§1; §30 ust.1; §82; §83; Załącznik nr 6	§1; §30 ust.2-11; §72; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2; Załącznik nr 6: pkt V ppkt 4, pkt VI ppkt 2, pkt VIII ppkt 1, pkt XIII ppkt 1, pkt XV ppkt 1, pkt XVI ppkt 1
Wystąpienie u Ubezpieczonego powikłań pooperacyjnych	§1; §31 ust.1; §82; §83; Załącznik nr 7	§1; §31 ust.2-6; §72; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2;
Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	§1; §32 ust.1; Tabela nr 10; §82; §83	§1; §32 ust.1,3-12; §72; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2;

NAZWA ŚWIADCZENIA	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA	
	Przesłanki wypłaty świadczeń	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia
Teleopieka kardiologiczna	§1; §33 ust.1-2, 4; §82; §83, Załącznik nr 8	§1; §33 ust.3,6, 8-12; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2;
Leczenie przewlekłej choroby narządu mowy lub słuchu Ubezpieczonego	§1; §34 ust.1; §82; §83	§1; §34 ust.2; §72 ust.1-2; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2;
Niezdolność Ubezpieczonego do pracy z powodu choroby zawodowej	§1; §35 ust.1; §82; §83; Załącznik nr 9	§1; §35 ust.2; §72 ust.1-2; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2;
Wystąpienie u Ubezpieczonego całkowitej niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji	§1; §36 ust.1; §82; §83	§1; §36 ust.4-8; §72; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2;
Kalectwo Ubezpieczonego	§1; §37 ust.1-3; §82; §83, Załącznik nr 10	§1; §37 ust.3-7; §72 ust.1 i 3; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2;

NAZWA ŚWIADCZENIA	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA	
	Przesłanki wypłaty świadczeń	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku	§1; §38 ust.1,3-5; §82; §83, Załącznik nr 11	§1; §38 ust.6-10; §72 ust.1 i 3; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2; Załącznik nr 11 każdorazowo po słowie Uwaga: pkt 4 poniżej poz.019, pkt 5 poniżej poz.022, pkt 9 poniżej poz.038, pkt 14 poniżej poz.066, pkt 15 poniżej poz.068, pkt 17 poniżej poz.073, pkt 20 poniżej poz.082, pkt 24 poniżej poz.097, pkt 33 poniżej poz.114, pkt 38 poniżej poz.126, pkt 41 poniżej poz.134, pkt 42 poniżej poz.137, pkt 43 poniżej poz.141, pkt 45 poniżej poz.148, pkt 42 poniżej poz.137, pkt 46 poniżej poz.153, pkt 68 poniżej poz.226, pkt 69 poniżej poz.230, pkt 70 poniżej poz.235, pkt 71 poniżej poz.236, pkt 73 poniżej poz.258, pkt 80 poniżej poz.311, pkt 81 poniżej poz.326, pkt 82 poniżej poz.337, pkt 83 poniżej poz.344, pkt 87 poniżej poz.373, pkt 89 poniżej poz.397, pkt 90 poniżej poz.412, pkt 92 poniżej poz.425, pkt 94 poniżej poz.439, pkt 95 poniżej poz.441,
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	§1; §39 ust.1-2; §82; §83; Załącznik nr 12	§1; §39 ust.3-8; §72; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2; zapisy pod poszczególnymi tabelami w Załączniku nr 12, po postanowieniach z pkt 1 lit. f), pkt 4 lit. f) i pkt 9 lit. a), od słów: „UWAGA:”
Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku	§1; §40 ust.1; §82; §83	§1; §40 ust.2-3; §72 ust.1 i 3; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Koszty leczenia Ubezpieczonego poniesione w Polsce w następstwie wypadku	§1; §41 ust.1; §82; §83	§1; §41 ust.3-6; §72 ust.1 i 3; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2

NAZWA ŚWIADCZENIA	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA	
	Przesłanki wypłaty świadczeń	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia
Świadczenia assistance i telemedycyna dla Ubezpieczonego i jego rodziny	§1; §42 ust.1,2; §82; §83; Tabela nr 11	§1; §42 ust.2,4-9; zakres terytorialny, limit łączny, podlimity i sumy ubezpieczenia assistance wskazane w Tabeli nr 11; Tabela nr 11: a) Rozdział I pkt 1 zdanie ostatnie, b) Rozdział I pkt 2 i 10 oraz Rozdział II – każdorazowo postanowienia dotyczące przypadków wymagających pilnej interwencji medycznej, c) Rozdział I pkt 5 lit. a. i b. każdorazowo począwszy od słów: „świadczenie jest realizowane (...)”, d) Rozdział I pkt 7 zdanie ostatnie, e) Rozdział I pkt 9 począwszy od słów „o ile usługa (...)”, f) Rozdział IV lit. a.-c. oraz Rozdział V każdorazowo informacje zawarte w nawiasach; §72; §73; §74; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Śmierć małżonka albo partnera	§1; §43 ust.1; §82; §83;	§1; §2 ust.3; §43 ust.2-5; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Śmierć małżonka albo partnera w następstwie wypadku	§1; §44 ust.1; §82; §83;	§1; §2 ust.3; §44 ust.3; §73 ust.1 i 3; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Śmierć małżonka albo partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego	§1; §45 ust.1; §82; §83;	§1; §2 ust.3; §45 ust.3; §73 ust.1 i 3; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Śmierć małżonka albo partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	§1; §46 ust.1; §82; §83;	§1; §2 ust.3; §46 ust.3-7; §73; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2

NAZWA ŚWIADCZENIA	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA	
	Przesłanki wypłaty świadczeń	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia
Poważne zachorowanie małżonka albo partnera	§1; §47 ust.1; §82; §83; postanowienia oznaczone literą A w Załączniku nr 1 w części „Zakres optymalny” lub „Zakres rozszerzony” lub „Zakres maksymalny”	§1; §2 ust.3; §47 ust. 10-20; §73; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2; postanowienia oznaczone literą B w Załączniku nr 1 w części „Zakres optymalny” lub „Zakres rozszerzony” lub „Zakres maksymalny”
Świadczenia medyczne po poważnym zachorowaniu małżonka albo partnera	§1; §47 ust.1,4,8; Tabela nr 12; §82; §83; postanowienia oznaczone literą A w Załączniku nr 1 w części „Zakres optymalny” lub „Zakres rozszerzony” lub „Zakres maksymalny”	§1; §2 ust.3; §47 ust.3,5-7 10-22; zakres terytorialny, maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania i sumy ubezpieczenia assistance wskazane w Tabeli nr 12; §73; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2; postanowienia oznaczone literą B w Załączniku nr 1 w części „Zakres optymalny” lub „Zakres rozszerzony” lub „Zakres maksymalny”
Świadczenie szpitalne Zdrowe Życie małżonka albo partnera	§1; §48 ust.1-4; §82; §83; część 1,2 i 3 Załącznika nr 3	§1; §2 ust.3; §48 ust.2,3, 8-16; §73; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2; postanowienia w Załączniku nr 3 w części „Minimalny okres między zdarzeniami”
Świadczenie lekowe	§1; §48 ust.1-3,6-7; Tabela nr 13; §82; §83; część 1,2 i 3 Załącznika nr 3	§1; §48 ust. 5, 7-17; §72; §78 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2; postanowienia w Załączniku nr 3 w części „Minimalny okres między zdarzeniami”
Leczenie małżonka albo partnera w szpitalu	§1; §49 ust.1,3-4; §82; §83	§1; §2 ust.3; §49 ust.2, 5-11; §73; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Leczenie małżonka albo partnera w szpitalu w następstwie wypadku	§1; §50 ust.1,3-4; §82; §83	§1; §2 ust.3; §50 ust.2, 5-8; §73 ust. 1 i 3; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2

NAZWA ŚWIADCZENIA	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA	
	Przesłanki wypłaty świadczeń	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia
Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w następstwie wypadku	§1; §51 ust.1-2; §82; §83; Załącznik nr 11	§1; §2 ust.3; §51 ust.3-7; §73 ust.1 i 3; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2; Załącznik nr 11 każdorazowo po słowie Uwaga: pkt 4 poniżej poz.019, pkt 5 poniżej poz.022, pkt 9 poniżej poz.038, pkt 14 poniżej poz.066, pkt 15 poniżej poz.068, pkt 17 poniżej poz.073, pkt 20 poniżej poz.082, pkt 24 poniżej poz.097, pkt 33 poniżej poz.114, pkt 38 poniżej poz.126, pkt 41 poniżej poz.134, pkt 42 poniżej poz.137, pkt 43 poniżej poz.141, pkt 45 poniżej poz.148, pkt 42 poniżej poz.137, pkt 46 poniżej poz.153, pkt 68 poniżej poz.226, pkt 69 poniżej poz.230, pkt 70 poniżej poz.235, pkt 71 poniżej poz.236, pkt 73 poniżej poz.258, pkt 80 poniżej poz.311, pkt 81 poniżej poz.326, pkt 82 poniżej poz.337, pkt 83 poniżej poz.344, pkt 87 poniżej poz.373, pkt 89 poniżej poz.397, pkt 90 poniżej poz.412, pkt 92 poniżej poz.425, pkt 94 poniżej poz.439, pkt 95 poniżej poz.441,
Koszty leczenia małżonka albo partnera poniesione w Polsce w następstwie wypadku	§1; §52 ust.1; §82; §83	§1; §2 ust.3; §52 ust.3-6; §73 ust.1 i 3; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Urodzenie się dziecka	§1; §53 ust.1; §82; §83	§1; §53 ust.8-9; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Świadczenia assistance po urodzeniu dziecka	§1; §53 ust.3-5; Tabela nr 14; §82; §83	§1; §2 ust.3; §53 ust.2,6,8-11; zakres terytorialny, limity, maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania i sumy ubezpieczenia assistance wskazane w Tabeli nr 14; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Urodzenie się dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub wymagającego wzmożonej opieki medycznej	§1; §54 ust.1-2; Tabela nr 15; §82; §83	§1; §54 ust.3,5-7; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2

NAZWA ŚWIADCZENIA	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA	
	Przesłanki wypłaty świadczeń	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia
Urodzenie się martwego dziecka	§1; §55 ust.1-2; §82; §83	§1; §55 ust.3-5; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Poronienie dziecka	§1; §56 ust.1; §82; §83	§1; §56 ust.2-5; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Śmierć dziecka	§1; §57 ust.1; §82; §83	§1; §57 ust.2-4; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Śmierć dziecka w następstwie wypadku	§1; §58 ust.1; §82; §83	§1; §58 ust.2; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Poważne zachorowanie dziecka	§1; §59 ust.1; §82; §83; postanowienia oznaczone literą A w Załączniku nr 1 w części „Poważne zachorowanie dziecka”	§1; §59 ust.10-19; §74; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2; postanowienia oznaczone literą B w Załączniku nr 1 w części „Poważne zachorowanie dziecka”
Świadczenia medyczne po poważnym zachorowaniu dziecka	§1; §59 ust.1, 4; Tabela nr 16; §82; §83; postanowienia oznaczone literą A w Załączniku nr 1 w części „Poważne zachorowanie dziecka”	§1; §59 ust.3,10-21; zakres terytorialny, maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania i sumy ubezpieczenia assistance wskazane w Tabeli nr 16; §74; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2; postanowienia oznaczone literą B w Załączniku nr 1 w części „Poważne zachorowanie dziecka”
Świadczenie szpitalne Zdrowe Życie dziecka	§1; §60 ust.1-4; §82; §83; część 1,2 i 3 Załącznika nr 3	§1; §60 ust.2,3,5-11; §74; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2; postanowienia w Załączniku nr 3 w części „Minimalny okres między zdarzeniami”
Leczenie dziecka w szpitalu	§1; §61 ust.1,3-4; §82; §83	§1; §61 ust.2,5-10; §74; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Leczenie dziecka w szpitalu w następstwie wypadku	§1; §62 ust.1,3-4; §82; §83	§1; §62 ust.2,5-8; §74 ust.1 i 3; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Opieka nad dzieckiem po pobycie dziecka w szpitalu	§1; §63 ust.1; §82; §83	§1; §63 ust.2-8; §74; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2

NAZWA ŚWIADCZENIA	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA	
	Przesłanki wypłaty świadczeń	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia
Uszczerbek na zdrowiu dziecka w następstwie wypadku lub pogryzienie dziecka przez psa	§1; §64 ust.1-3; §82; §83; Załącznik nr 13	§1; §64 ust.4-11; §74 ust. 1 i 3; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2; Załącznik nr 13 pkt 8 ppkt 8 informacja zawarta w nawiasie
Koszty leczenia dziecka poniesione w Polsce w następstwie wypadku	§1; §65 ust.1; §82; §83	§1; §65 ust.3-6; §74 ust. 1 i 3; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Osierocenie dziecka	§1; §66 ust.1-2; §82; §83	§1; §66 ust.4-7; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Śmierć rodzica Ubezpieczonego lub śmierć rodzica małżonka albo rodzica partnera	§1; §67 ust.1; §82; §83	§1; §67 ust.2-6; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Śmierć rodzica Ubezpieczonego lub śmierć rodzica małżonka albo rodzica partnera w następstwie wypadku	§1; §68 ust.1; §82; §83	§1; §68 ust.2-3; §75 ust. 1 i 3; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Śmierć rodzica Ubezpieczonego lub śmierć rodzica małżonka albo rodzica partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego	§1; §69 ust.1; §82; §83	§1; §69 ust.2-3; §75 ust. 1 i 3; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2

NAZWA ŚWIADCZENIA	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA	
	Przesłanki wypłaty świadczeń	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia
Świadczenia assistance związane z rodzicem Ubezpieczonego	§1; §70 ust.1,4; Tabela nr 17; §82; §83	§1; §70 ust.2,3,5-10; wysokości sum ubezpieczenia assistance wskazane w Tabeli nr 17; Tabela nr 17: a) Rozdział I pkt 1 oraz Rozdział III pkt 1 i 2 postanowienie dotyczące przypadków wymagających pilnej interwencji medycznej, b) Rozdział I pkt 8 każdorazowo informacje zawarte w nawiasach, c) Rozdział I pkt 9 od słów: „zapewnimy jedno z poniższych świadczeń (...)”, d) Rozdział I pkt 11 po słowach „rodzica Ubezpieczonego” e) Rozdział I pkt 12 po pierwszym średniku, f) Rozdział III pkt 3 po pierwszym średniku; §75; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2
Poważne zachorowanie rodzica Ubezpieczonego	§1; §71 ust.1; §82; §83; postanowienia oznaczone literą A w Załączniku nr 1 w części „Poważne zachorowanie rodzica”	§1; §71 ust.10-18; §75; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2; postanowienia oznaczone literą B w Załączniku nr 1 w części „Poważne zachorowanie rodzica”
Świadczenia medyczne po poważnym zachorowaniu rodzica	§1; §71 ust.1,4,8; Tabela nr 18; §82; §83; postanowienia oznaczone literą A w Załączniku nr 1 w części „Poważne zachorowanie rodzica”	§1; §71 ust.3,5-7,10-20; zakres terytorialny, maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania i sumy ubezpieczenia assistance wskazane w Tabeli nr 18; §75; §80 ust.12; §86 ust.5; §88 ust.2; postanowienia oznaczone literą B w Załączniku nr 1 w części „Poważne zachorowanie rodzica”

WSTĘP DO UBEZPIECZENIA

Na podstawie tych ogólnych warunków ubezpieczenia, **Ubezpieczający** zawiera z nami, czyli z Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółką Akcyjną Umowę grupowego ubezpieczenia na życie „Ochrona Pro” na rachunek **Ubezpieczonych**.

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

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

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

Gdy piszemy **Ubezpieczający**, mamy na myśli podmiot, który zawiera **umowę** i jest odpowiedzialny za opłacanie składki.

Gdy piszemy **Ubezpieczony**, mamy na myśli osobę, którą chronimy na podstawie zawartej **umowy**. Dokładna definicja **Ubezpiezonego** znajduje się w rozdziale „Definicje”.

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

Gdy piszemy **umowa**, mamy na myśli umowę grupowego ubezpieczenia na życie „Ochrona Pro” zawartą pomiędzy **Ubezpieczającym** a **nami** na podstawie tych **o.w.u.** na rachunek **Ubezpieczonych**.

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

Gdy piszemy **świadczenia dodatkowe**, mamy na myśli wszystkie odpowiednie świadczenia poza świadczeniem na wypadek śmierci **Ubezpiezonego**, o które to świadczenia może zostać rozszerzony zakres ochrony na podstawie wybranego **wariantu, pakietu** lub **uzupełnienia**.

Ochrona danych osobowych

Jesteśmy administratorem danych osobowych, które zbieramy w związku z zawarciem i wykonaniem **umowy** zawartej na podstawie tych **o.w.u.** Pełną treść klauzuli informacyjnej, która opisuje zasady przetwarzania przez nas danych osobowych, przedstawiamy w Tabeli nr 1 poniżej. Dodatkowo, informacje te dostępne są dla wszystkich na naszej stronie internetowej www.allianz.pl.

Jeżeli pojawią się pytania, można kontaktować się z nami przez telefon pod numerem: **224 224 224** (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora) lub przez naszą stronę internetową **www.allianz.pl**

Tabela nr 1 (klauzula dotycząca przetwarzania danych osobowych – informacja administratora danych osobowych)

OSOBA PRZYSTĘPUJĄCA DO UBEZPIECZENIA ORAZ UBEZPIECZAJĄCY	
ADMINISTRATOR	Informujemy, że podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administratora), z siedzibą przy ul. Inflanckiej 4B, 00-189 Warszawa.
OKRES PRZETWARZANIA DANYCH	Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia ewentualnych roszczeń lub wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku dotyczącego przechowywania dokumentów księgowych, dokumentów wynikających z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. Administrator przestanie wcześniej przetwarzać dane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tych celach. W razie przetwarzania danych osobowych dla celów marketingowych, w oparciu o wyrażoną przez Panią/Pana zgodę, Administrator będzie przechowywał Pani/Pana dane do momentu wycofania zgody.
INSPEKTOR DANYCH OSOBOWYCH	Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych (IOD), z którym można kontaktować się pod adresem pocztowym siedziby Administratora, elektronicznie poprzez adres e-mail: IOD@allianz.pl, lub poprzez formularz kontaktowy dostępny na stronie Internetowej www.allianz.pl, we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych.
CEL I PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA DANYCH ORAZ ODBIORCY DANYCH	Podane przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane w celu: • oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy i podjęcia decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest obowiązek prawny ciążyący na Administratorze; • zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy; • marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych Administratora, w tym w celach analitycznych i profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest prowadzenie marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług; • złożenia propozycji indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest złożenie propozycji indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie; • automatycznego podejmowania decyzji, w tym profilowania dla określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług ubezpieczeniowych – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest analiza potrzeb klienta; • analitycznym oraz statystycznym, w tym profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dokonywania analiz i statystyk; • wypełniania przez Administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym przepisów o rachunkowości, przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu; • przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę Administratora • ewentualnego dochodzenia lub obrony przed roszczeniami związanymi z zawartą umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń i obrony przed roszczeniami związanymi z umową ubezpieczenia • reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG). Jeżeli ww. kraje nie zostały uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych, wdrożymy 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. Powyższe środki służą realizacji Pani/Pana praw dotyczących danych osobowych oraz zapewnieniu skutecznej ochrony prawnej tych danych. Na wniosek udostępnimy kopię tych zabezpieczeń. Podanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego jest wymogiem ustawowym, a ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. W pozostałym zakresie podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia. Podstawą prawną przetwarzania danych szczególnych kategorii, zwłaszcza danych dotyczących stanu zdrowia osób ubezpieczonych lub uprawnionych z umowy ubezpieczenia jest obowiązek prawny ciążyący na Administratorze; W innych przypadkach podstawą prawną jest wyraźna zgoda osoby, której dane dotyczą. Podane przez Panią/Pana dane osobowe, o ile jest to zasadne, mogą zostać udostępnione m.in. innym zakładom ubezpieczeń, reasekuratorom, podmiotom świadczącym usługi prawne, placówkom medycznym, podmiotom z grupy Allianz. Podmioty z grupy Allianz oznacza Allianz SE z siedzibą w Monachium oraz grupę podmiotów kontrolowanych bezpośrednio lub pośrednio przez Allianz SE z siedzibą w Monachium, tj. m.in. Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., Powszechnie Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A., Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o., Allianz sp. z o.o. (adres siedziby ww. podmiotów: ul. Inflancka 4b, 00-189 Warszawa). Przysługuje Pani/Panu prawo do: • 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. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania • wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych • 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 • 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 Pani/ Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub na podstawie zgody. Przekazane dane osobowe może Pani/ Pan przestać innemu administratorowi danych W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych, do których dane kontaktowe wskazane zostały wyżej.

DEFINICJE

W tym rozdziale wyjaśniamy pojęcia, których używamy w tych o.w.u., w zawartej na ich podstawie umowie oraz w pismach i oświadczeniach składanych w związku zawarciem lub wykonywaniem umowy.

§ 1. DEFINICJE

1. Akt przemocy

bezwprawne i celowe działanie fizyczne nakierowane na jakiegokolwiek dobro chronione prawem. Za akt przemocy nie uważa się przekroczenia granic obrony koniecznej lub stanu wyższej konieczności

2. Akt terroru

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. Ambulatorium

podmiot leczniczy, który udziela świadczeń medycznych na terenie Polski i jest zarejestrowany w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń ambulatoryjnych. Definicja nie obejmuje ośrodków opieki dla przewlekłe chorych, hospicjów (także onkologicznych), ośrodków leczenia uzależnień, ośrodków rehabilitacji, ośrodków sanatoryjnych lub wypoczynkowych, zakładów leczenia uzdrowiskowego, w tym szpitali uzdrowiskowych ani szpitali uzdrowiskowo-rehabilitacyjnych

4. Całkowita niezdolność do pracy

całkowita niezdolność do pracy osoby, która całkowicie utraciła zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu, stwierdzona orzeczeniem **lekarza orzecznika** lub przez właściwy sąd rozpoznający odwołanie od decyzji organu emerytalno-rentowego. W przypadku braku orzeczenia **lekarza orzecznika** lub właściwego sądu rozpoznającego odwołanie od decyzji organu emerytalno-rentowego, całkowitą niezdolność do pracy ustala się na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem §83 ust. 10 tych o.w.u., z uwzględnieniem:

- stopnia naruszenia sprawności organizmu oraz możliwości przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji;
- możliwości wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej pracy oraz celowości przekwalifikowania zawodowego, biorąc pod uwagę rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne; pod warunkiem pozostawania przez tę osobę przez nieprzerwany okres minimum 6 miesięcy w niezdolności do pracy, udokumentowanej zaświadczeniem lekarskim lub inną dokumentacją medyczną. Za datę zdarzenia w przypadku niezdolności do pracy **Ubezpieczonego** uznaje się datę rozpoczęcia ww. okresu niezdolności

5. Centrum operacyjne

AWP P&C S.A., Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Konstruktorskiej 12, podmiot zajmujący się w naszym imieniu organizacją i pokryciem kosztów świadczeń assistance, telemedycyny, świadczeń medycznych, teleopieki kardiologicznej i powtórnej opinii medycznej

6. Certyfikat

dokument potwierdzający objęcie ochroną w ramach umowy, wystawiany przez nas imiennie dla każdego **Ubezpieczonego**

7. Choroba

reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju

8. Członek rodziny

dziecko, małżonek albo partner, rodzice Ubezpieczonego, rodzice małżonka albo partnera

9. Czynności życia codziennego

za czynności życia codziennego uznaje się:

- kąpiel – przez którą rozumiemy zdolność umycia się,
- ubieranie się – przez które rozumiemy zdolność zakładania i zdejmowania odzieży,
- przemieszczanie się – przez które rozumiemy zdolność do przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem,
- korzystanie z toalety – przez które rozumiemy zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza,

e) odżywianie się – przez które rozumiemy zdolność do spożycia posiłku

10. Data początku ubezpieczenia

dzień określony w umowie, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność na podstawie umowy. Datę początku ubezpieczenia potwierdzimy w polisie

11. Data przystąpienia do umowy

data rozpoczęcia ochrony świadczonej w stosunku do **Ubezpieczonego**; **data przystąpienia do umowy** jest ustalana jako pierwszy dzień miesiąca polisy następującego po dacie, w której otrzymaliśmy i zaakceptowaliśmy deklarację przystąpienia. Datę przystąpienia do umowy potwierdzimy w certyfikacie. W przypadku zmiany zakresu ubezpieczenia w trakcie trwania umowy, za datę przystąpienia do umowy w zmienionym zakresie ubezpieczenia uznaje się pierwszy dzień miesiąca polisy, następującego po dacie, w której otrzymaliśmy i zaakceptowaliśmy wniosek o dokonanie zmian – dzień ten potwierdzimy w zmienionym certyfikacie wskazując datę, od której obowiązują zmienione warunki

12. Data spełnienia kryteriów uczestnictwa w ubezpieczeniu

za datę spełnienia kryteriów uczestnictwa w ubezpieczeniu uważa się:

- w odniesieniu do **pracownika**, późniejszą z dat:
 - dzień, w którym spełnił definicję pracownika, lub
 - dzień, w którym **pracownik** powrócił z urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego, urlopu wychowawczego lub urlopu bezpłatnego, jeżeli przebywał na którymś z nich w dniu zawarcia umowy,
 - dzień spełnienia dodatkowych kryteriów kwalifikacji, o ile uzgodniono takie z **Ubezpieczającym**
- w odniesieniu do **małżonka pracownika**, odpowiednio późniejszą z dat:
 - ustaloną zgodnie z lit. a) datę spełnienia kryteriów uczestnictwa w ubezpieczeniu przez **pracownika**, lub
 - dzień, w którym ta osoba zawarła związek małżeński z **pracownikiem**,
- w odniesieniu do **partnera pracownika** – ustaloną zgodnie z lit. a) datę spełnienia kryteriów uczestnictwa w ubezpieczeniu przez **pracownika**;
- w odniesieniu do **dziecka pracownika**, odpowiednio późniejszą z dat:
 - ustaloną zgodnie z lit. a) datę spełnienia kryteriów uczestnictwa w ubezpieczeniu przez **pracownika**, lub
 - dzień, w którym **dziecko** ukończyło 18 rok życia

13. Deklaracja przystąpienia

oświadczenie danej osoby o woli przystąpienia do umowy jako **Ubezpieczonego**, sporządzone na udostępnionym przez nas formularzu

14. Depresja poporodowa

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

15. Działanie pod wpływem alkoholu

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

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

16. Dziecko

dziecko własne lub przysposobione **Ubezpieczonego**

17. Dzień pobytu w szpitalu

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

18. Dzień roboczy

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

19. ICD – 10

w tych o.w.u. dla określenia niektórych jednostek chorobowych odwołujemy się do Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych w wersji ICD-10. Jeżeli wskutek przyjęcia innej wersji ww. Klasyfikacji, jednostki chorobowe wskazane w tych o.w.u., będą sklasyfikowane według innego sposobu kodowania, wówczas ilekroć w tych o.w.u. odwołujemy się do kodów ICD-10, uwzględniać będziemy również nowe oznaczenia ICD tych samych jednostek chorobowych

20. Karencja

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

21. Kontynuowanie wcześniejszej umowy ubezpieczenia

przystąpienie do umowy osoby, dla której data przystąpienia do umowy przypadnie w okresie 3 miesięcy od daty początku ubezpieczenia zaś przerwa pomiędzy zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia i datą przystąpienia do umowy jest nie dłuższa niż jeden miesiąc. Przez wcześniejszą umowę ubezpieczenia rozumiemy umowę grupowego ubezpieczenia na życie zawartą przez Ubezpieczającego z innym ubezpieczycielem lub z nami, w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną w okresie poprzedzającym objęcie go ochroną z tytułu umowy. Objęcie ochroną w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia deklaruje Ubezpieczony w treści deklaracji przystąpienia, co potwierdza Ubezpieczający poprzez złożenie nam deklaracji przystąpienia.

Warunki i okres trwania ochrony ubezpieczeniowej w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem ustalimy na podstawie dokumentów dostarczonych nam przez Ubezpieczonego przy zgłoszeniu roszczenia. W zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we wcześniejszej umowie ubezpieczenia, jak i w umowie, do której Ubezpieczony przystępuje, kontynuowanie wcześniejszej umowy ubezpieczenia powoduje zniesienie tych ograniczeń naszej odpowiedzialności, co do których w o.w.u. wskazujemy, że nie dotyczą one Ubezpieczonego, który kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia

22. Leczenie antyretrowirusowe

przyjmowanie leków antyretrowirusowych, zalecone przez lekarza, rozpoczęte w okresie od 48 do 72 godzin po kontakcie z materiałem zakaźnym i kontynuowane przez 4 tygodnie (28 dni)

23. Leczenie operacyjne

leczenie wymagające przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego naruszającego ciągłość powłok ciała (przecięcie skóry) lub metodą endoskopową, wykonanego w warunkach ambulatoryjnych lub podczas hospitalizacji. Za leczenie operacyjne w rozumieniu niniejszej definicji nie uważa się zeszycia rany, oczyszczenia rany, wstrzykiwania lub ostrzykiwania, zabiegów neurolyzy (w tym kriolezy, termolezy, RF-termolezy) i zabiegów wykonanych w celach diagnostycznych

24. Lekarz orzecznik

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

25. Lekarz uprawniony

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

26. Licencjonowane linie lotnicze

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

27. Limit automatycznej akceptacji

o ile umowa zawiera taki limit, wskazana w umowie maksymalna wysokość sum ubezpieczenia dla śmierci Ubezpieczonego i wskazanych tam świadczeń dodatkowych, na które udzielamy ochrony ubezpieczeniowej bez dokonywania indywidualnej oceny medycznej lub do czasu jej ukończenia zgodnie z § 77 ust. 6-8 tych o.w.u. Limit automatycznej akceptacji może ulec zmianie w każdej rocznicy polisy. Szczegółowy tryb dokonywania zmian określa § 88 tych o.w.u.

28. Macocha

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

29. Matzonek

osoba, która nie ukończyła 71 roku życia, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną. W świadczeniu dodatkowym urodzenie się dziecka stosujemy formę żeńską – matzonka

30. Matka

matka biologiczna lub przysposabiająca

31. Miesiąc polisy

miesiąc, który rozpoczyna się w dacie początku ubezpieczenia określonym w polisie, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego, a jeżeli w danym miesiącu nie ma takiego dnia – w ostatnim dniu tego miesiąca

32. Nagłe zachorowanie

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

33. Niedowład

potwierdzone dokumentacją medyczną zmniejszenie siły mięśni lub ograniczenie zakresu ruchu powstałe na skutek zmian chorobowych ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego albo dotyczących samego mięśnia

34. Niezdolność do pracy

niezdolność do pracy osoby, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu. Całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy. Częściowo niezdolną do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji. Niezdolność do pracy stwierdza lekarz orzecznik lub właściwy sąd rozpoznający odwołanie od decyzji organu emerytalno-rentowego. W przypadku braku orzeczenia lekarza orzecznika lub właściwego sądu rozpoznającego odwołanie od decyzji organu emerytalno-rentowego, niezdolność do pracy ustala się na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem § 83 ust. 10 tych o.w.u, z uwzględnieniem:

- stopnia naruszenia sprawności organizmu oraz możliwości przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji;
- możliwości wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej pracy oraz celowości przekwalifikowania zawodowego, biorąc pod uwagę rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne, pod warunkiem pozostawiania przez tę osobę przez nieprzerwaną okres minimum 6 miesięcy w niezdolności do pracy, udokumentowanej zaświadczeniem lekarskim lub inną dokumentacją medyczną. Za datę zdarzenia uznaje się datę rozpoczęcia ww. okresu niezdolności

35. Niezdolność do samodzielnej egzystencji

stan, który nie rokuje poprawy i w którym Ubezpieczony nie może samodzielnie wykonywać przez co najmniej 6 miesięcy, przynajmniej 3 z następujących czynności życia codziennego:

- kąpiel – przez którą rozumiemy zdolność umyć się,
- ubieranie się – przez które rozumiemy zdolność zakładania i zdejmowania odzieży,
- przemieszczanie się – przez które rozumiemy zdolność do przemieszczania się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem,
- korzystanie z toalety – przez które rozumiemy zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza,
- odżywianie się – przez które rozumiemy zdolność do spożycia posiłku.

Niezdolność do samodzielnej egzystencji stwierdza neurolog

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

wydzielony specjalistyczny oddział szpitalny zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzonego w specjalistyczny sprzęt umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanie zagrożenia życia; za OIOM uważa się również wydzieloną salę intensywnego nadzoru istniejącą w ramach innych oddziałów specjalistycznych, wyposażoną w specjalistyczny sprzęt umożliwiający całodobowe monitorowanie czynności życiowych i wspomaganie niewydolnych organów i układów organizmu

37. Ojciec

ojciec biologiczny lub przysposabiający

38. Ojczym

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

39. Okres ochrony

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

40. Ostry zawał serca

ostre uszkodzenie mięśnia sercowego z klinicznymi cechami świeżego niedokrwienia mięśnia sercowego. Podstawą do stwierdzenia ostrego 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:

- objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,
- obecność nowych niedokrwiennych zmian w elektrokardiogramie: 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 żywnotnego mięśnia sercowego lub nowych regionalnych zaburzeń czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
- e) obecność skrzepliny w tętnicy wieńcowej uwidocznioma badaniem angiograficznym.

Definicja **ostrego zawału serca** nie obejmuje:

- 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 ani niestabilnej choroby wieńcowej,
- zawału serca przebytego w nieokreślonej przeszłości, który nie spełnia kryteriów **ostrego zawału serca**, w tym kryterium dotyczącego wzrostu lub spadku stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi

41. Ośrodek rehabilitacji

zakład opieki zdrowotnej lub szpitalny oddział rehabilitacji który:

- 1) znajduje się w Polsce i
- 2) prowadzi zabiegi rehabilitacji leczniczej w trybie stacjonarnym lub w trybie dziennym, i
- 3) zatrudnia wykwalifikowanych rehabilitantów i przynajmniej jednego lekarza.

Definicja **ośrodka rehabilitacyjnego** nie obejmuje domów opieki, hospicjów, ośrodków wypoczynkowych ani jakichkolwiek placówek, których statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień

42. Pakiet

dotatkowe rozszerzenie zakresu ochrony, które **Ubezpieczony** może wybrać, jeżeli **umowa** to przewiduje

43. Partner

osoba pozostająca z **Ubezpieczonym** w związku nieformalnym, która nie ukończyła 71 roku życia, i nie jest spokrewniona z **Ubezpieczonym** w linii prostej ani nie jest rodzeństwem ani powinowatym w linii prostej z **Ubezpieczonym**, która jednocześnie prowadzi z nim wspólne gospodarstwo domowe i została wskazana (imię, nazwisko, data urodzenia) jako **partner Ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia** lub pisemnym oświadczeniu; zmiana takiego oświadczenia może nastąpić po upływie jednego roku od **daty przystąpienia do umowy** lub od daty złożenia nam ostatniego oświadczenia w zakresie wskazania/zmiany wskazania **partnera**. W świadczeniu dodatkowym urodzenie się dziecka stosujemy formę żeńską – **partnerka**

44. Polisa

dokument potwierdzający zawarcie **umowy**

45. Porażenie

potwierdzony dokumentacją medyczną stan charakteryzujący się całkowitą niezdolnością wykonywania ruchu na skutek braku dopływu bodźców nerwowych do mięśni lub choroby samych mięśni

46. Poronienie

wydalenie lub wydobycie z ustroju matki będącej **Ubezpieczonym** lub **małżonkiem** albo **partnerem Ubezpieczonego** płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego znaku życia, jak: czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło to przed upływem 22 tygodnia ciąży (21 tygodni i 7 dni)

47. Powtórna opinia medyczna

opinia związana z diagnozą, stanem zdrowia oraz leczeniem **Ubezpieczonego, małżonka** albo **partnera** lub odpowiednio **dziecka Ubezpieczonego**, sporządzona przez lekarza świadczącego usługi medyczne poza Polską, w oparciu o dostarczoną nam dokumentację medyczną

48. Późne przystąpienie do umowy

takie przystąpienie przez **Ubezpieczonego do umowy**, w którym **data przystąpienia do umowy** w zakresie danego świadczenia przypada po upływie 3 miesięcy od późniejszej z dat:

- a) daty, w której na podstawie **umowy** rozpoczyna się nasza odpowiedzialność w zakresie tego świadczenia dodatkowego (wskazanej w polisie jako **data początku ubezpieczenia**, jeśli to świadczenie dodatkowe jest objęte zakresem **umowy** od początku jej obowiązywania albo wskazanej w aneksie do **polisy** potwierdzającym rozszerzenie zakresu o to świadczenie dodatkowe jako data, od której obowiązują zmienione warunki – jeśli to świadczenie dodatkowe zostanie objęte zakresem **umowy** po dacie jej zawarcia);
- b) **daty spełnienia kryteriów uczestnictwa w ubezpieczeniu**

49. Pracownik

osoba fizyczna, która jest:

- a) zatrudniona przez **Ubezpieczającego** na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy

- o pracę lub innej umowy cywilnoprawnej, której przedmiotem jest świadczenie pracy na rzecz **Ubezpieczającego**, lub
- b) wspólnikiem **Ubezpieczającego**, lub
- c) członkiem Zarządu **Ubezpieczającego** lub innych organów zarządzających **Ubezpieczającego**, określonych w umowie spółki lub statucie **Ubezpieczającego**, lub
- d) związana z **Ubezpieczającym** w inny sposób określony w **umowie**, uzasadniający możliwość objęcia ochroną na zasadach określonych w tych o.w.u.

50. Prediagnostyka

diagnoza lub leczenie lub rozpoczęcie postępowania diagnostycznego **choroby** objętej ochroną w ramach danego świadczenia dodatkowego, lub przyczyny tej **choroby**, w okresie 3 lat przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie danego świadczenia dodatkowego. W przypadku świadczeń dotyczących **partnera** powyższy okres 3 lat liczymy od daty wskazania danego **partnera** (w tym zmiany **partnera**), o ile jest ona późniejsza niż **data przystąpienia do umowy** w zakresie danego świadczenia dodatkowego

51. Przewlekła choroba narządu mowy lub słuchu

choroba prowadząca do zaburzeń czynnościowych lub zmian organicznych narządu mowy lub słuchu

52. Przyczyna zewnętrzna

nagłe zdarzenie pochodzące spoza organizmu osoby, która doznała tego zdarzenia, które było wyłącznym czynnikiem doprowadzającym do wystąpienia obrażeń ciała tej osoby, polegające na oddziaływaniu na ciało tej osoby:

- a) energii kinetycznej – czynników mechanicznych powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń, czynników grawitacyjnych powodujących obrażenia w postaci upadków;
- b) energii termicznej lub elektrycznej – powodujących obrażenia w postaci oparzeń;
- c) czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń lub zatruc;
- d) czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych.

Stres i przeżycia nie są **przyczyną zewnętrzną** w rozumieniu tej definicji

53. Przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej

stan zagrożenia życia, który wskazujemy poniżej i który powinien być zgłaszany bezpośrednio do pogotowia ratunkowego:

- a) zatrucia lekami, środkami/substancjami chemicznymi, gazami, zaburzenia świadomości, utratę przytomności, omdlenia, duszność, zaburzenia oddychania, ból w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca, ostry ból brzucha, krwotoki, uporczywe wymioty;
- b) stany zagrożenia ciąży, gwałtownie postępujący poród;
- c) rozległe rany z krwawieniem będące efektem urazu oraz urazy uniemożliwiające samodzielne poruszanie się;
- d) nagłe wystąpienie: drgawek (również w przebiegu wysokiej temperatury), porażen i niedowładów, zaburzeń mowy, zaburzeń widzenia;
- e) ciężkie reakcje anafilaktyczne na ukąszenia, leki lub środki spożywcze

54. Rana

uszkodzenie skóry i tkanki podskórnej (także śluzówki jamy ustnej lub oka) wymagające zaopatrzenia chirurgicznego, to jest opracowania rany poprzez jej zszycie przy użyciu nici chirurgicznych, klamerek, kleju tkankowego, pasków lub plastrów chirurgicznych lub wycięcie tkanek martwiczych

55. Renta

nałożone z tytułu **umowy** świadczenie miesięczne

56. Reoperacja

operacja na narządach uprzednio operowanych, związana z tą samą **chorobą** lub **wypadkiem**, które były powodem uprzednio przeprowadzonej operacji

57. Rocznicza polisy

każda rocznica **daty początku ubezpieczenia**, przy czym za rocznicę dnia 29 lutego, jeżeli tego dnia nie ma w danym roku, uważamy dzień 28 lutego

58. Rodzic małżonka

ojciec małżonka lub **matka małżonka**, lub **ojczym małżonka**, lub **macocha małżonka**

59. Rodzic partnera

ojciec partnera lub **matka partnera**, lub **ojczym partnera**, lub **macocha partnera**

60. Rodzic Ubezpieczonego

ojciec Ubezpieczonego lub **matka Ubezpieczonego**, lub **ojczym Ubezpieczonego**, lub **macocha Ubezpieczonego**

61. Rok polisowy

okres rozpoczynający się w **dacie początku ubezpieczenia** a kończący w dniu bezpośrednio poprzedzającym pierwszą **rocznicę**

polisie oraz każdy okres rozpoczynający się w każdą kolejną **rocznicę polisy** (począwszy od pierwszej) a kończący w dniu bezpośrednio poprzedzającym następną **rocznicę polisy**

62. Sanatorium

zakład leczniczy wykorzystujący walory klimatyczne, przyrodnicze i naturalne, zlokalizowany w miejscowości uzdrowskiej, przeznaczony dla osób wymagających rehabilitacji lub utrwalenia wyników leczenia szpitalnego

63. Siła wyższa

nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od **Ubezpieczonego** lub od nas, którego następstwem nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków

64. Skrzywienie

uszkodzenie przebiegające z naciągnięciem, naderwaniem lub całkowitym zerwaniem torebki stawowej lub więzadeł, lub przyczepów ścięgien (struktur mocujących i stabilizujących stawy)

65. Sprzęt rehabilitacyjny

sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie

66. Stłuczenie

zamknięte mechaniczne uszkodzenie tkanek miękkich (mięśni, skóry i tkanki podskórnej), wskutek uderzenia, powodujące naruszenie czynności narządu z widocznym wylewem krwi lub obrzękiem w miejscu obrażenia

67. Suma ubezpieczenia

w zależności od postanowień tych **o.w.u.**, dotyczących danego świadczenia, jest to: kwota świadczenia wypłacanego z tytułu zdarzenia określonego w **umowie** albo kwota stanowiąca maksymalną wysokość świadczenia wypłacanego z tytułu zdarzenia określonego w **umowie**, albo podstawa do ustalenia wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu zdarzenia określonego w **umowie**. Wysokość **sumy ubezpieczenia** potwierdzimy w **polisie** lub aneksie do polisy oraz **certyfikacie**

68. Szpital

zakład opieki zdrowotnej zatrudniający wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych oraz:

- a) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia lub
- b) wykonuje zabiegi w trybie chirurgii jednego dnia na terenie Polski.

Definicja szpitala nie obejmuje ambulatoriów, ośrodków opieki dla przewlekłych chorych, hospicjów (także onkologicznych), ośrodków leczenia uzależnień, ośrodków rehabilitacji, ośrodków sanatoryjnych lub wypoczynkowych, zakładów lecznictwa uzdrowskiego, w tym szpitali uzdrowskich ani szpitali uzdrowsko-rehabilitacyjnych

69. Szpital rehabilitacyjny

znajdujący się na terenie Polski zakład opieki zdrowotnej przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie zabiegów rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych przez wykwalifikowaną kadrę rehabilitantów i przynajmniej jednego lekarza, w tym również oddział rehabilitacyjny **szpitala** oraz szpital uzdrowskowy (sanatoryjny). Definicja **szpitala rehabilitacyjnego** nie obejmuje ośrodków opieki dla przewlekłych chorych, hospicjów (także onkologicznych), ośrodków leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych lub wypoczynkowych

70. Transport medyczny

transport realizowany odpowiednim dla stanu zdrowia środkiem transportu. Definicja **transportu medycznego** nie obejmuje transportów na wizyty kontrolne związane z kontynuacją leczenia oraz dojazdów do poradni rehabilitacyjnej

71. Trwały ubytek neurologiczny

utrwalony deficyt czynności układu nerwowego, który jest spowodowany chorobą lub urazem i jest stwierdzany wyłącznie w przedmiotowym badaniu neurologicznym,

Definicja **trwałego ubytku neurologicznego** nie obejmuje:

- a) zmian, które zostały stwierdzone wyłącznie w badaniach obrazowych,
- b) bólów głowy, zaburzeń pamięci i koncentracji, zaburzeń psychicznych,
- c) napadów padaczkowych,
- d) padaczki alkoholowej

72. Trwały uszczerbek na zdrowiu

trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, które powodują upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy

73. Ubezpieczony

osoba fizyczna, na której rachunek **Ubezpieczający** zawarł umowę, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia, która jest:

- a) **pracownikiem**,

a jeżeli tak uzgodnimy z **Ubezpieczającym**, **Ubezpieczonymi** wraz z **pracownikiem** mogą być również następujące osoby, niebędące **pracownikami**:

- b) **matzonek**, pozostający z **pracownikiem** w związku małżeńskim w dniu złożenia nam **deklaracji przystąpienia**,
- c) **partner pracownika**, pozostający z **pracownikiem** w związku nieformalnym w dniu złożenia nam **deklaracji przystąpienia**,
- d) **dziecko pracownika**, które w dniu złożenia nam **deklaracji przystąpienia** ukończyło 18 rok życia

74. Udar mózgu

nagłe uszkodzenie tkanki mózgowej (również mózdzku i rdzenia przedłużonego), które jest wywołane przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej (również krwotokiem podpajęczynówkowym), przy współistnieniu wszystkich poniższych okoliczności:

- nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu,
- obecność nowych zmian charakterystycznych dla schorzenia w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).

Definicja nie obejmuje:

- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- 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)

75. Udar mózgu skutkujący trwałym ubytkiem neurologicznym

nagłe uszkodzenie tkanki mózgowej (również mózdzku i rdzenia przedłużonego), które jest wywołane przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej (również krwotokiem podpajęczynówkowym), przy współistnieniu wszystkich poniższych okoliczności:

- nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu,
- obecność nowych **trwałych ubytków neurologicznych** stwierdzanych w badaniu neurologicznym, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania,
- obecność nowych zmian charakterystycznych dla schorzenia w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).

Definicja nie obejmuje:

- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA) ani odwracalnego niedokrwienno-deficytu neurologicznego (RIND),
- zawału mózgu ani krwawienia śródczaszkowego na skutek urazu spowodowanego 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)

76. Umowa

umowa zawarta na podstawie tych **o.w.u.**

77. Unieruchomienie

unieruchomienie stawu lub kości poprzez zastosowanie: gipsu, gipsu syntetycznego, gorsetu, szyny, ortozy, stabilizatora lub kołnierza ortopedycznego, a w przypadkach uszkodzenia stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego również poprzez zastosowanie chusty trójkątnej, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej

78. Uposażony

osoba wyznaczona przez **Ubezpieczonego** do otrzymania świadczeń z tytułu jego śmierci

79. Uposażony zastępczy

osoba wyznaczona przez **Ubezpieczonego** do otrzymania świadczeń z tytułu jego śmierci, gdy w chwili śmierci **Ubezpieczonego** nie ma **uposażonych**

80. Uprawniony

uposażony, **uposażony zastępczy** lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczeń z tytułu śmierci **Ubezpieczonego**, o której mowa w § 84 ust. 3 tych **o.w.u.**

81. Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu

potwierdzone w dokumentacji medycznej uszkodzenie ciała **Ubezpieczonego**, które nie powoduje **trwałego uszczerbku na zdrowiu** i nie zostało wymienione w załączniku nr 10, ani załączniku nr 11 do tych o.w.u.

82. Urodzenie się martwego dziecka

urodzenie się **Ubezpieczonemu** martwego dziecka, nie wcześniej niż po upływie 22. tygodnia ciąży (po upływie 21 tygodni i 7 dni)

83. Urodzenie się dziecka

- narodzenie żywego **dziecka** potwierdzone aktem urodzenia, w którym **Ubezpieczony** jest wymieniony jako rodzic dziecka, albo
- przysposobienie **dziecka** przez **Ubezpieczonego** potwierdzone aktem urodzenia, w którym przysposabiający wymieniony jest jako rodzic **dziecka**, lub prawomocnym orzeczeniem sądu stwierdzającym przysposobienie; w tym przypadku za datę urodzenia się dziecka przyjmujemy datę uprawomocnienia się orzeczenia sądu orzekającego przysposobienie **dziecka** przez **Ubezpieczonego**

84. Uszczerbek na zdrowiu dziecka

fizyczne uszkodzenie ciała **dziecka** lub utrata przez nie zdrowia, skutkujące upośledzeniem czynności organizmu

85. Uzupelnienie

dotatkowe rozszerzenie zakresu ochrony, które **Ubezpieczony** może wybrać, jeżeli **umowa** to przewiduje

86. Wada wrodzona

nieprawidłowość powstała w okresie zarodkowym lub płodowym zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (Q00-Q99)

87. Warian

zakres ochrony wybierany przez **Ubezpieczonego** spośród dostępnych w **umowie**

88. Wypadek

gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które spełnia wszystkie poniższe kryteria:

- jest niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, która doznała tego zdarzenia,
- jest wywołane **przyczyną zewnętrzną**, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia **wypadku**,
- nastąpiło w **okresie ochrony**,
- było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego naszą odpowiedzialnością.

Na potrzeby świadczeń dodatkowych uregulowanych w §18-23, §25, §30 §49, §50, §61 oraz §62 tych o.w.u. przyjmujemy, że **wypadek** może mieć miejsce także przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie danego świadczenia dodatkowego

89. Wypadek komunikacyjny

zdarzenie spełniające warunki wskazane w definicji **wypadku**, mające miejsce w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu osoba uczestnicząca w nim uległa jako:

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

90. Wypadek komunikacyjny przy pracy

zdarzenie spełniające ściśle warunki wskazane w definicji **wypadku komunikacyjnego** oraz **wypadku przy pracy**

91. Wypadek przy pracy

zdarzenie spełniające warunki wskazane w definicji **wypadku**, któremu **Ubezpieczony** uległ:

- podczas lub w związku z wykonywaniem zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, której przedmiotem jest świadczenie pracy na rzecz **Ubezpieczającego**;
- w czasie pozostawania w dyspozycji **Ubezpieczającego** w drodze między siedzibą **Ubezpieczającego** a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy;
- w czasie trwania podróży służbowej w ramach pracy świadczonej na rzecz **Ubezpieczającego**.

Definicja nie obejmuje **wypadku** w drodze do pracy lub z pracy

92. Zaawansowany nowotwór

rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych powodujący inwazję i destrukcję tkanek. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego (mikroskopowego). Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w **okresie ochrony**. Za dzień rozpoznania **zaawansowanego nowotworu** przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego. Ochrona obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego zostanie pobrany w **okresie ochrony**, a data badania mikroskopowego

potwierdzająca pierwsze rozpoznanie przypadku po wygaśnięciu **okresu ochrony**.

Definicja **zaawansowanego nowotworu** nie obejmuje:

- raka przedinwazyjnego – carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer – AJCC, 8th Edition of the TNM Classification i następnych);
- nowotworów skóry – poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa;
- nowotworu gruczołu krokowego o złośliwości według sumy Gleasona mniejszej niż 7 i bez określonego przez histopatologa stopnia zaawansowania w klasyfikacji pTNM (także takiego, który opisano według klasyfikacji klinicznej TNM jako T1N0M0, w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0);
- raka brodawkowatego lub pęcherzykowego tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM;
- następujących zespołów mieloproliferacyjnych w stadium łagodnym, czyli przed akceleracją choroby wymagającą intensyfikacji leczenia lub przejściem choroby w stadium schyłkowe: nadpłytkowość samoistna, czerwienica prawdziwa;
- guzów jajnika o granicznej złośliwości;
- zespołów mielodysplastycznych;
- mięsaków Kaposiego, chłoniaków nieziarniczych ani raka szyjki macicy u osoby z uprzednio zdiagnozowaną infekcją HIV;
- zmian złośliwych o niskim potencjale złośliwości lub nieinwazyjnych

93. Zabieg operacyjny

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

94. Zamieszki

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

95. Zaostrzenia choroby przewlekłej

nasilenie objawów chorobowych ze strony tego samego lub innego narządu lub układu, przebiegające w sposób ostry (burzliwy) i wymagające udzielenia natychmiastowej pomocy lekarskiej, pozostające w bezpośrednim związku z chorobą przewlekłą, leczoną stale lub okresowo ambulatoryjnie lub będącą przyczyną pobytu w **szpitalu** w okresie 12 miesięcy przed **datą przystąpienia do umowy**

96. Zawał serca

martwica w obrębie mięśnia serca spowodowana jego niedokrwieniem

97. Zestaw teleopieki kardiologicznej

aparaturę EKG wraz z tadowarką, materiały szkoleniowe i informacyjne, udostępnione **Ubezpieczonemu** w ramach teleopieki kardiologicznej

98. Zwinięcie

uszkodzenie stawu, w którym dochodzi do przemieszczenia względem siebie powierzchni stawowych (więzadeł, chrząstek, łąkotek), uszkodzeniem naczyń krwionośnych i naciąganiem lub rozerwaniem torebki stawowej

CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

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

§ 2. ZAKRES UBEZPIECZENIA

- W **umowach** zawieranych na podstawie tych o.w.u. ochrona zawsze obejmuje śmierć **Ubezpieczonego**. Zakres ochrony może zostać rozszerzony również o inne świadczenia dodatkowe wskazane w tych o.w.u. Zakres ubezpieczenia określimy wspólnie w **umowie** i potwierdzimy w **polisie**.
- Ważne jest to, że będziemy świadczyć ochronę na rzecz **Ubezpieczonego** tylko w zakresie wybranym przez **Ubezpieczonego** spośród dostępnych w **umowie**. Zakres ubezpieczenia potwierdzimy w **certyfikacie**.
- W razie rozszerzenia zakresu ochrony o świadczenia dodatkowe dotyczące zdarzeń w życiu **Ubezpieczonego** odnoszących się do **małżonka** albo **partnera** lub **rodziców małżonka** albo **rodziców partnera**, obejmujemy ochroną zdarzenia dotyczące **małżonka** i **rodziców małżonka**, chyba że **Ubezpieczony** wskazał **partnera**

w deklaracji przystąpienia lub pisemnym oświadczeniu. Jeżeli to zrobił, obejmujemy ochroną zdarzenia dotyczące wskazanego **partnera i rodziców partnera** zaistniałe od dnia złożenia nam oświadczenia wskazującego **partnera** – nawet jeśli w dniu zajścia zdarzenia **Ubezpieczony** pozostawać będzie w związku małżeńskim z inną osobą niż wskazany **partner**.

4. Zakres ubezpieczenia może ulec zmianie na zasadach określonych w §88 tych **o.w.u.**

§ 3. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

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

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

2. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego**, która powstała wskutek:
 - a) samobójstwa lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego**, które nastąpiło przed upływem 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy**;
 - b) czynnego udziału **Ubezpieczonego** w aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych, przebywania **Ubezpieczonego** na terenach objętych aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **Ubezpieczonego** w aktach przemocy, aktach terroru lub zamieszkach.
3. W razie **późnego przystąpienia do umowy** oraz w razie braku możliwości złożenia nam przez **pracownika** oświadczenia o stanie zdrowia, gdy jest wymagane (zgodnie z § 77 ust. 5 lit. b) tych **o.w.u.**), stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia w przypadku śmierci **Ubezpieczonego**, która wystąpiła w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy**, chyba że śmierć jest wynikiem **wypadku**.

ŚWIADCZENIA DODATKOWE

ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z UBEZPIECZONYM

§ 4. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku

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

Assistance pogrzebowy w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub członka rodziny w następstwie wypadku

3. Zakres ochrony może zostać rozszerzony o assistance pogrzebowy w przypadku śmierci **Ubezpieczonego** lub członka rodziny, o którym mowa w ust. 4 - 6 poniżej. W przypadku, gdy wspólnie ustalimy takie rozszerzenie ochrony, potwierdzimy to w **polisie** i **certyfikacie**.
4. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie **Ubezpieczonego** oraz zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące życia **członka rodziny**. W przypadku śmierci **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od **wypadku** – na wniosek **uprawnionego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń assistance wskazanych w tabeli nr 2 poniżej, z uwzględnieniem limitów wskazanych w tej tabeli. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na śmierci **członka rodziny** w następstwie

wypadku, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od **wypadku** – na wniosek **Ubezpieczonego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń assistance wskazanych w tabeli nr 2 poniżej, z uwzględnieniem limitów wskazanych w tej tabeli.

5. Świadczenia assistance realizujemy za pośrednictwem **centrum operacyjnego**.
6. Jeśli zakres ochrony jest rozszerzony o więcej niż jeden assistance pogrzebowy, wówczas łączna wysokość limitu na zdarzenie stanowi odpowiednią wielokrotność wartości podanych w tabeli nr 2.

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

ASSISTANCE POGRZEBOWY	Łączna wysokość limitu na zdarzenie
1. Organizacja i pokrycie kosztów pogrzebu	
Organizacja i pokrycie następujących kosztów pogrzebu: kosztów przewozu ciała, zakupu trumny lub urny, zakupu miejsca na cmentarzu, postawienia nagrobka, zakupu wieńców i kwiatów, zakupu odzieży żałobnej, ceremonii pogrzebowej, poczęstunku dla uczestników ceremonii pogrzebowej	10 000 zł
2. Organizacja i pokrycie kosztów przejazdu na pogrzeb	
Organizacja i pokrycie kosztów przejazdu do miejsca pogrzebu	1 000 zł
3. Świadczenia w zakresie infolinii dotyczącej przepisów prawa spadkowego	
Udzielanie informacji telefonicznej lub w formie elektronicznej (w zależności od wyboru Ubezpieczonego/uprawnionego) o:	
a) danych teleadresowych sądów, prokuratury, Policji, urzędów administracji publicznej;	6 konsultacji
b) procedurze i wiążących się z nią kosztach w postępowaniu spadkowym związanym ze śmiercią Ubezpieczonego lub członka rodziny w następstwie wypadku ;	
c) aktualnej lub archiwalnej treści aktów prawnych w zakresie przepisów dotyczących postępowania spadkowego.	

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

7. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną śmierci **Ubezpieczonego** powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 72 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
8. Nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń assistance wskazanych w tabeli nr 2, jeżeli **wypadek** będący przyczyną śmierci **Ubezpieczonego** powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 72 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**;
 - c) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu **Ubezpieczonego** drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**.
9. Nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń assistance wskazanych w tabeli nr 2, jeżeli **wypadek** będący przyczyną śmierci **członka rodziny** powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 73 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.** (w odniesieniu do śmierci **członka rodziny** będącego **małżonkiem** albo **partnerem**);
 - b) okoliczności wskazanych w § 74 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.** (w odniesieniu do śmierci **członka rodziny** będącego **dzieckiem**);
 - c) okoliczności wskazanych w § 75 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.** (w odniesieniu do śmierci **członka rodziny** będącego **rodzicem Ubezpieczonego** lub **rodzicem małżonka** albo **rodzicem partnera**);
 - d) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **członka rodziny** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**;

- e) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**.
- 10. Nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń assistance wskazanych w tabeli nr 2 poza terytorium Polski.
- 11. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy limit kosztów wskazany w tabeli nr 2, wykonamy tę usługę w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za cośś świadczenia a określonym limitem.

§ 5. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU PRZY PRACY

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie **Ubezpieczonego**. W przypadku śmierci **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku przy pracy**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od tego **wypadku**, wypłacimy **uprawnionemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. Wysokość świadczenia określiliśmy wspólnie w **umowie** oraz potwierdzimy w **polisie** i **certyfikacie**. W **polisie** i **certyfikacie** wskażemy także skumulowaną wysokość świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku przy pracy**, łącznie z wysokością świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** oraz za śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku**, o ile zakres **umowy** obejmuje również to świadczenie dodatkowe.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku przy pracy**, jeżeli ten wypadek, który stał się przyczyną śmierci **Ubezpieczonego**, powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 72 ust. 1 lub 3 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.

§ 6. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie **Ubezpieczonego**. W przypadku śmierci **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku komunikacyjnego**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od tego **wypadku**, wypłacimy **uprawnionemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. Wysokość świadczenia określiliśmy wspólnie w **umowie** oraz potwierdzimy w **polisie** i **certyfikacie**. W **polisie** i **certyfikacie** wskażemy także skumulowaną wysokość świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku komunikacyjnego**, łącznie z wysokością świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** oraz za śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku**, o ile zakres **umowy** obejmuje to świadczenie dodatkowe.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku komunikacyjnego**, jeżeli ten wypadek, który stał się przyczyną śmierci **Ubezpieczonego**, powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 72 ust. 1 lub 3 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.

§ 7. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO PRZY PRACY

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie **Ubezpieczonego**. W przypadku śmierci **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku komunikacyjnego przy pracy**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od tego **wypadku**, wypłacimy **uprawnionemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. Wysokość świadczenia określiliśmy wspólnie w **umowie** oraz potwierdzimy w **polisie** i **certyfikacie**. W **polisie** i **certyfikacie** wskażemy także skumulowaną wysokość świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku komunikacyjnego przy pracy** łącznie z wysokością świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego**, śmierć

Ubezpieczonego w następstwie **wypadku**, śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku przy pracy** oraz śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku komunikacyjnego**, o ile zakres **umowy** obejmuje te świadczenia dodatkowe.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku komunikacyjnego przy pracy**, jeżeli ten wypadek, który stał się przyczyną śmierci **Ubezpieczonego**, powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 72 ust. 1 lub 3 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.

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

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie **Ubezpieczonego**. W przypadku śmierci **Ubezpieczonego**, której bezpośrednią przyczyną był **zawał serca** lub **udar mózgu** przebyte w **okresie ochrony**, wypłacimy **uprawnionemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. Wysokość świadczenia określiliśmy wspólnie w **umowie** oraz potwierdzimy w **polisie** i **certyfikacie**. W **polisie** i **certyfikacie** wskażemy także skumulowaną wysokość świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu**, łącznie z wysokością świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu**, jeżeli **zawał serca** lub **udar mózgu** powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 72 tych o.w.u.;
 - b) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego**, które nastąpiło przed upływem 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego;
 - c) zatrucia się **Ubezpieczonego** substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**.
4. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu**, jeżeli śmierć nastąpiła wskutek:
 - a) uszkodzenia mięśnia serca spowodowanego czynnikami mechanicznymi, toksycznymi, zapalnymi lub nacięciem;
 - b) następujących stanów chorobowych: udaru spowodowanego zatorem tłuszczowym lub zatorem powietrznym, choroby kesonowej lub urazowego uszkodzenia centralnego układu nerwowego.
5. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **zawału serca**, jeżeli śmierć nastąpiła wskutek **zawału serca** w przebiegu choroby niedokrwiennej serca rozpoznanej u **Ubezpieczonego** przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, o ile śmierć nastąpi w okresie do 2 lat od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego. Powyższe ograniczenie nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia**, w ramach której ochroną objęta była śmierć tego **Ubezpieczonego** w następstwie **zawału serca**.
6. W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu**, przebytych okresie 3 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
7. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, oraz w razie braku możliwości złożenia nam przez **pracownika** oświadczenia o stanie zdrowia, gdy jest wymagane (zgodnie z § 77 ust. 5 lit. b) tych o.w.u.), stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu**, przebytych w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.

§ 9. POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

Poważne zachorowanie Ubezpieczonego

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku gdy w **okresie ochrony** u **Ubezpieczonego** zostanie zdiagnozowana **choroba** lub przeprowadzony zabieg, spośród **chorób** lub zabiegów wymienionych w załączniku nr 1 do tych **o.w.u.** – w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym został objęty **Ubezpieczony**:
 - a) w części „Zakres optymalny” (27 chorób i zabiegów) albo
 - b) w części „Zakres rozszerzony” (48 chorób i zabiegów), albo
 - c) w części „Zakres maksymalny” (75 chorób i zabiegów),wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości wskazanego w załączniku nr 1 do tych **o.w.u.** procentu **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. Wysokość świadczenia i zakres ubezpieczenia potwierdzimy w **polisie** i **certyfikacie**.

Świadczenia medyczne po poważnym zachorowaniu Ubezpieczonego

3. Zakres ochrony może zostać rozszerzony o świadczenia medyczne po poważnym zachorowaniu, o których mowa w ust. 4 - 7 poniżej.

W przypadku, gdy wspólnie ustalimy takie rozszerzenie ochrony, potwierdzimy to w **polisie** i **certyfikacie**.

4. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego**, wymienionego w ust. 1, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń medycznych wskazanych w tabeli nr 3 poniżej, na zasadach określonych w tej tabeli oraz ust. 5-7, o ile zostały one zlecone pisemnie przez lekarza prowadzącego leczenie **Ubezpieczonego**.
5. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do 10 świadczeń medycznych (z niżej wskazanych dostępnych 17 świadczeń medycznych), na każdą **chorobę** lub zabieg, przy czym z badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego **Ubezpieczony** może skorzystać tylko jeden raz na każdą **chorobę** lub zabieg.
6. Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktowane jest jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania, niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez lekarza prowadzącego leczenie **Ubezpieczonego**, w związku ze zdiagnozowaniem **choroby** lub przeprowadzeniem zabiegu.
7. Jeśli zakres ochrony jest rozszerzony o więcej niż jedno „świadczenie medyczne po poważnym zachorowaniu **Ubezpieczonego**”, wówczas łączna wysokość limitu na zdarzenie stanowi odpowiednią wielokrotność wartości podanych w tabeli nr 3.

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

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

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje przypadków określonych w lit. B poszczególnych definicji **poważnych zachorowań** zawartych w załączniku nr 1 do tych **o.w.u.**
9. Nie wypłacimy świadczenia ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie u **Ubezpieczonego choroby** lub przeprowadzenie zabiegu, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 72 tych **o.w.u.**;

- b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**;
- c) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS).

10. W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych w przypadku zdiagnozowania u **Ubezpieczonego choroby** lub przeprowadzenia zabiegu w okresie 3 miesięcy od **daty przystąpienia do**

umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że **choroba** lub zabieg jest wynikiem **wypadku**. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.

11. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego oraz w razie braku możliwości złożenia nam przez **pracownika** oświadczenia o stanie zdrowia, gdy jest wymagane (zgodnie z § 77 ust. 5 lit. b) tych **o.w.u.**), stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych w przypadku zdiagnozowania u **Ubezpieczonego choroby** lub przeprowadzenia zabiegu w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że **choroba** lub zabieg jest wynikiem **wypadku**.
12. Nie wypłacimy świadczenia ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za **chorobę** zdiagnozowaną u **Ubezpieczonego** w okresie 2 lat od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, jeżeli ta **choroba** była przedmiotem **prediagnostyki**. Powyższe wyłączenie nie dotyczy chorób będących przedmiotem **prediagnostyki** rozpoczętej w okresie ochrony świadczonej w ramach **wcześniejszej umowy ubezpieczenia** w przypadku **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
13. Nie wypłacimy świadczenia ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zabieg przeprowadzony u **Ubezpieczonego** w okresie 2 lat od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, jeżeli **choroba**, będąca przyczyną przeprowadzenia tego zabiegu, była przedmiotem **prediagnostyki**. Powyższe wyłączenie nie dotyczy chorób będących przedmiotem **prediagnostyki** rozpoczętej w okresie ochrony świadczonej w ramach **wcześniejszej umowy ubezpieczenia** w przypadku **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
14. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowaną **chorobę** lub przeprowadzony zabieg, jeżeli **Ubezpieczony** zmarł w ich następstwie przed upływem 30 dni od zdiagnozowania tej **choroby** lub przeprowadzenia tego zabiegu.
15. W zakresie świadczenia, o którym mowa w ust. 1, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty 1 świadczenia za tę samą **chorobę** lub ten sam zabieg.
16. Nie wypłacimy świadczenia za kolejny **zaawansowany nowotwór** o takim samym pochodzeniu tkankowym lub narządowym lub takim samym umiejscowieniu (tzn. dotyczący tego samego narządu/organu lub drugiego takiego samego narządu/organu, jeśli są symetryczne, np. nerki, płuca), jak ten, za który wcześniej wypłaciliśmy świadczenie.
17. Nie wypłacimy świadczenia ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie **choroby** lub przeprowadzenie zabiegu, które, zgodnie z wiedzą medyczną, wynikają bezpośrednio z **choroby** lub zabiegu, za które wypłaciliśmy świadczenie z **umowy**.
18. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji świadczenia medycznego, jeżeli do opóźnienia doszło na skutek **sily wyższej**.

§ 10. ROZPOZNANIE U UBEZPIECZONEGO Wczesnej postaci nowotworu

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku rozpoznania u **Ubezpieczonego** w okresie ochrony wczesnej postaci nowotworu, który należy do jednej z kategorii określonych w ust. 2, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie i certyfikacie**.
2. Obejmujemy ochroną następujące wczesne postaci nowotworu rozumiane jako – ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy, który nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych albo jest zmianą o niskim potencjale złośliwości:
 - a) nowotwór in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka – zgodnie z kategorią D00 klasyfikacji **ICD – 10**;
 - b) nowotwór in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego – zgodnie z kategorią D01 klasyfikacji **ICD – 10**;

- c) nowotwór in situ ucha środkowego i układu oddechowego – zgodnie z kategorią D02 klasyfikacji **ICD – 10**;
 - d) czerniak in situ – zgodnie z kategorią D03 klasyfikacji **ICD – 10**;
 - e) nowotwór in situ skóry – zgodnie z kategorią D04 klasyfikacji **ICD – 10**;
 - f) nowotwór in situ piersi – zgodnie z kategorią D05 klasyfikacji **ICD – 10**;
 - g) nowotwór in situ szyjki macicy – zgodnie z kategorią D06 klasyfikacji **ICD – 10**;
 - h) nowotwór in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych – zgodnie z kategorią D07 klasyfikacji **ICD – 10**;
 - i) nowotwór in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu – zgodnie z kategorią D09 klasyfikacji **ICD – 10**;
 - j) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania nie wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM;
 - k) 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);
 - l) rak brodawkowaty lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM;
 - m) następujące zespoły mieloproliferacyjne przed akceleracją choroby wymagającą intensyfikacji leczenia: nadpłytkowość samoistna, czerwienica prawdziwa;
 - n) guz jajnika o granicznej złośliwości;
 - o) zespół mielodysplastyczny;
 - p) zmiany złośliwe o niskim potencjale złośliwości lub nieinwazyjne.
3. Rozpoznanie wczesnej postaci nowotworu powinno być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego (mikroskopowego).
 4. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w **okresie ochrony**. Za dzień rozpoznania wczesnej postaci nowotworu przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego. Ochroną obejmujemy również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego zostanie pobrany w okresie ochrony, a data badania mikroskopowego potwierdzająca pierwsze rozpoznanie wczesnej postaci nowotworu będzie późniejsza.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za rozpoznanie u **Ubezpieczonego** wczesnej postaci nowotworu, jeżeli wystąpienie wczesnej postaci nowotworu było skutkiem:
 - a) zakażenia się wirusem HIV przez **Ubezpieczonego**;
 - b) działania energii jądrowej lub **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;
 - c) poddania się przez **Ubezpieczonego** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza.
6. W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za rozpoznanie u **Ubezpieczonego** wczesnej postaci nowotworu, które nastąpiło w okresie 3 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
7. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego oraz w razie braku możliwości złożenia nam przez **pracownika** oświadczenia o stanie zdrowia, gdy jest wymagane (zgodnie z § 77 ust. 5 lit. b) tych **o.w.u.**), stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za rozpoznanie u **Ubezpieczonego** wczesnej postaci nowotworu, które nastąpiło w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
8. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia za każdą z postaci nowotworów wskazanych w ust. 2.
9. Nie wypłacimy świadczenia za wczesną postać nowotworu rozpoznaną u **Ubezpieczonego** w okresie 2 lat od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, jeżeli była ona przedmiotem **prediagnostyki**. Powyższe wyłączenie nie dotyczy nie dotyczy wczesnej postaci nowotworu będącej przedmiotem **prediagnostyki** rozpoczętej w okresie ochrony świadczonej w ramach **wcześniejszej umowy ubezpieczenia** w przypadku **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.

§ 11. ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO NA ZAAWANSOWANY NOWOTWÓR

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku gdy w **okresie ochrony** u **Ubezpieczonego** zostanie zdiagnozowany **zaawansowany nowotwór**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości 15% **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie i certyfikacie**.
2. W razie zajścia zdarzenia wymienionego w ust. 1, za które należyne jest świadczenie oraz wystąpienia w **okresie ochrony** okoliczności wskazanych w tabeli nr 4 w poz. 2-9, wypłacimy dodatkowo świadczenie w wysokości procentu **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**, wskazanego dla tych okoliczności w tabeli nr 4 w poz. 2-9.
3. W odniesieniu do danego **zaawansowanego nowotworu** należne jest jedno świadczenie z tytułu każdej poz. 2-9 tabeli nr 4, chyba że w tabeli podano inaczej.
4. Jeśli proces leczenia **zaawansowanego nowotworu**, za zdiagnozowanie którego wypłaciliśmy świadczenie, zostanie wznowiony w związku z diagnozą **zaawansowanego nowotworu** o tym samym:
 - a) pochodzeniu tkankowym lub narządowym lub
 - b) umiejscowieniu (tn. dotyczący tego samego narządu/ organu lub drugiego takiego samego narządu/ organu, jeśli są symetryczne, np. nerki, płuca),
 to w razie zajścia w **okresie ochrony** zdarzenia z poz. 2-9 tabeli nr 4, wypłacimy świadczenie tam wskazane, pod warunkiem, że w związku z wcześniej prowadzonym leczeniem nie zostało ono wypłacone lub nie został wyczerpany wskazany limit cykli.

Tabela nr 4

Zdarzenie, którego wystąpienie w okresie ochrony warunkuje wypłatę świadczenia	Wysokość świadczenia w procentach sumy ubezpieczenia z tytułu zachorowania na zaawansowany nowotwór , która obowiązuje w dniu jego rozpoznania
1 Zdiagnozowanie zaawansowanego nowotworu	15%
2 Uznanie Ubezpieczonego za całkowicie niezdolnego do pracy w związku z zachorowaniem na zaawansowany nowotwór	60%
3 Pobyt w szpitalu, który rozpoczął się w okresie ochrony i podczas którego prowadzono leczenie wyłącznie zachowawcze zaawansowanego nowotworu	5%
4 Pobyt w szpitalu, który rozpoczął się w okresie ochrony i podczas którego prowadzono leczenie operacyjne zaawansowanego nowotworu	10%
5 Uzyskanie od lekarza prowadzącego skierowania na cykl chemioterapii w celu leczenia zaawansowanego nowotworu	3% za cykl; nie więcej niż za 3 cykle
6 Uzyskanie od lekarza prowadzącego skierowania na cykl radioterapii w celu leczenia zaawansowanego nowotworu	3% za cykl; nie więcej niż za 3 cykle
7 Uzyskanie od lekarza prowadzącego skierowania na terapię izotopami w celu leczenia zaawansowanego nowotworu	3%
8 Uzyskanie od lekarza prowadzącego skierowania lekarskiego do rozpoczęcia opieki paliatywnej, czyli przeniesienia Ubezpieczonego do hospicjum albo wdrożenia hospicyjnej opieki w domu w związku ze złym stanem zdrowia Ubezpieczonego spowodowanym zaawansowanym nowotworem	20%
9 Przeżycie 5 lat od dnia diagnozy zaawansowanego nowotworu	20%

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowanie u **Ubezpieczonego** **zaawansowanego nowotworu**, jeśli **zaawansowany nowotwór** powstał wskutek:
 - a) niezastosowania się przez **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - b) zakażenia się wirusem HIV przez **Ubezpieczonego**;
 - c) działania energii jądrowej lub 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;
 - d) poddania się przez **Ubezpieczonego** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza.
6. W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia w przypadku zdiagnozowania u **Ubezpieczonego** **zaawansowanego nowotworu** w okresie 3 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
7. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego oraz w razie braku możliwości złożenia nam przez **pracownika** oświadczenia o stanie zdrowia, gdy jest wymagane (zgodnie z § 77 ust. 5 lit. b) tych **o.w.u.**), stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia w przypadku zdiagnozowania u **Ubezpieczonego** **zaawansowanego nowotworu** w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
8. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowanie u **Ubezpieczonego** **zaawansowanego nowotworu**, jeżeli **Ubezpieczony** zmarł w jego następstwie przed upływem 30 dni od diagnozy.
9. Nie wypłacimy świadczenia za **zaawansowany nowotwór** zdiagnozowany u **Ubezpieczonego** w okresie 2 lat od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, jeżeli był on przedmiotem **prediagnostyki**. Powyższe wyłączenie nie dotyczy **zaawansowanego nowotworu** będącego przedmiotem **prediagnostyki** rozpoczętej w **okresie ochrony** świadczonej w ramach **wcześniejszej umowy ubezpieczenia** w przypadku **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
10. Jeżeli wypłacimy świadczenie za **całkowitą niezdolność do pracy** w związku z zachorowaniem na **zaawansowany nowotwór**, to za zdiagnozowanie w **okresie ochrony** kolejnego **zaawansowanego nowotworu** wypłacimy świadczenie w wysokości 5% **sumy ubezpieczenia** z tytułu tego świadczenia dodatkowego, która obowiązuje w dniu diagnozy kolejnego **zaawansowanego nowotworu**, pod warunkiem, że pomiędzy postawieniem diagnoz upłyne okresy przynajmniej 1 roku. Nie wypłacimy wówczas również żadnego ze świadczeń z poz. 2-9 tabeli nr 4, które są związane z kolejnymi diagnozami.

§ 12. ASSISTANCE ONKOLOGICZNY

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku, gdy w **okresie ochrony** u **Ubezpieczonego** zostanie zdiagnozowany **zaawansowany nowotwór** lub zostanie wydana **Ubezpieczonemu** karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, na podstawie skierowania od lekarza prowadzącego, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń medycznych na zasadach określonych w tabeli nr 5 poniżej.
2. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do 20 świadczeń medycznych, o których mowa w tabeli nr 5, w odniesieniu do tego samego wstępnego rozpoznania (niezależnie od liczby wydanych kart diagnostyki i leczenia onkologicznego), przy czym z badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego **Ubezpieczony** może skorzystać tylko raz na każde rozpoznanie.
3. Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktowane jest jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby 20 świadczeń medycznych do wykorzystania, niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez lekarza prowadzącego leczenie **Ubezpieczonego**, w związku z tym samym rozpoznaniem.
4. Jeśli zakres ochrony jest rozszerzony o więcej niż jeden „assistance onkologiczny”, wówczas łączna wysokość limitu na zdarzenie stanowi odpowiednią wielokrotność wartości podanych w tabeli nr 5.

Tabela nr 5 (świadczenia dla **Ubezpieczonego** w przypadku wydania **Ubezpieczonemu** karty diagnostyki i leczenia onkologicznego)

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

5. W przypadku zdiagnozowania **zaawansowanego nowotworu** u **Ubezpieczonego**, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń na zasadach określonych w tabeli nr 6 poniżej.

Tabela nr 6 (świadczenia dla **Ubezpieczonego** w przypadku zdiagnozowania **zaawansowanego nowotworu** u **Ubezpieczonego**)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA	Wysokość limitu na jedno zdarzenie
1. Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, Ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, zapewnimy: a) organizację i pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego, i b) pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego (w zależności od wyboru Ubezpieczonego).	
2. Dostarczenie posiłków do miejsca pobytu Ubezpieczonego Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego posiłków; koszt posiłków pokrywa Ubezpieczony.	8 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia
3. Dostarczenie leków zleconych przez lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego leków zaleconych przez lekarza; koszt leków pokrywa Ubezpieczony.	
4. Pomoc pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego wymagana jest pomoc pielęgniarki, zorganizujemy i pokryjemy koszty honorarium i dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego; dodatkowe koszty opieki pielęgniarskiej (koszty zakupu leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej) pokrywa Ubezpieczony.	

5. Zwrot kosztów peruk i protez na rzecz Ubezpieczonego	
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego używa peruki lub protezy, zwrócimy koszty zakupu poniesione przez Ubezpieczonego , do wysokości wskazanego obok limitu.	
6. Transporty medyczne ze wskazaną osobą z miejsca pobytu do placówki medycznej	
Transporty medyczne są organizowane do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego wymagany jest pobyt Ubezpieczonego w placówce medycznej.	
7. Transporty medyczne ze wskazaną osobą z placówki medycznej do miejsca pobytu	
Na wniosek Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego z placówki medycznej, w której przebywa Ubezpieczony do miejsca jego pobytu.	
8. Transporty medyczne ze wskazaną osobą pomiędzy placówkami medycznymi	
Transporty są organizowane w przypadku, gdy placówka medyczna nie odpowiada pod względem medycznym wymogom leczenia odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego lub gdy wystawiono skierowanie na badania specjalistyczne albo zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej.	8 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia
9. Opieka nad niepełnoletnimi dziećmi i osobami niesamodzielnymi	
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego , wymagana jest opieka nad jego niepełnoletnimi dziećmi lub osobami niesamodzielnymi, zorganizujemy i pokryjemy koszty dojazdów i honorariów osoby do opieki.	
10. Opieka nad psem lub kotem	
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego , wymagana jest opieka nad psem lub kotem, na wniosek Ubezpieczonego , w miejscu jego pobytu zorganizujemy i pokryjemy koszty dojazdów i honorariów osoby do opieki nad zwierzętami, w zakresie: karmienia, wyprowadzania na spacer, utrzymania higieny (nie pokrywamy kosztów zakupu karmy oraz środków higieny).	
11. Pomoc domowa w miejscu pobytu Ubezpieczonego	
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego , wymagana jest pomoc domowa, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej w miejscu pobytu Ubezpieczonego , w zakresie zakupu podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości, codziennych porządków domowych, dostawy lub przygotowania posiłków, podlewania kwiatów (koszt podstawowych artykułów spożywczych, środków czystości i posiłków nie jest przez nas pokrywany).	
12. Psychoonkolog dla Ubezpieczonego	
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego chce skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty w poradni psychoonkologii.	maksymalnie pięć (5) konsultacji w odniesieniu do jednego zdarzenia
13. Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji	
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego , zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagana jest rehabilitacja Ubezpieczonego , zapewnimy konsultacje rehabilitacyjne, w ramach których wykonywane będą:	
ćwiczenia wytrzymałościowe na cykloergometrze, bieżni, stepperze w placówce rehabilitacyjnej (koszt wypożyczenia ani zakupu urządzeń nie jest przez nas pokrywany)	trening oporowy w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego
ćwiczenia ogólnousprawniające w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego	fizykoterapia i rehabilitacja oddechowa w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego
14. Operacja plastyczna	
Gdy w wyniku operacyjnego usunięcia zaawansowanego nowotworu u Ubezpieczonego powstaną blizny, znamiona lub nieprawidłowości w budowie ciała, za pośrednictwem centrum operacyjnego pokryjemy koszty operacji plastycznej mającej na celu ich usunięcie przeprowadzonej w warunkach bloku operacyjnego na terytorium Polski.	20 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia

6. Ponadto, w przypadku zdiagnozowania u **Ubezpieczonego zaawansowanego nowotworu**, **Ubezpieczonemu** należne jest świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (**Suma Ubezpieczenia Assistance**) do wykorzystania na zasadach określonych poniżej i w tabeli nr 7.
7. Świadczenie, o którym mowa w ust. 6, realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego **centrum operacyjnemu** z tytułu wykonania wskazanych przez **Ubezpieczonego** świadczeń assistance, wymienionych w tabeli nr 7.

8. Wynagrodzenie wypłacane **centrum operacyjnemu** w przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzeń, o których mowa w ust. 6, ograniczone jest do wysokości **Sum Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, wskazanych w tabeli nr 7. **Sumy Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, w odniesieniu do jednego zdarzenia, każdorazowo ulegają obniżeniu o kwotę stanowiącą wartość danego świadczenia assistance, wykonanego z tytułu zdarzenia.

Tabela nr 7 (świadczenia dla **Ubezpieczonego** w przypadku zdiagnozowania u niego **zaawansowanego nowotworu** związane z jego **matłonkiem, partnerem, dzieckiem** lub **rodzeństwem**)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA	Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każde zdarzenie
I. Pomoc assistance związana z matłonkiem albo partnerem , lub dzieckiem	3000 zł
Psychoonkolog	maksymalnie pięć (5) konsultacji łącznie dla matłonka albo partnera , lub dziecka w odniesieniu do jednego zdarzenia
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego , jego matłonek albo partner , lub dziecko chce skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	
II. Konsultacje onkologiczno-genetyczne z pomocą psychoonkologiczną związane z rodzeństwem Ubezpieczonego i dziećmi :	
1. Test zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów	8000 zł
W razie zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego , zorganizujemy i pokryjemy koszty wykonania rodzeństwa Ubezpieczonego lub dzieciom testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów (w zależności od rodzaju zdiagnozowanego zaawansowanego nowotworu – ryzyka raka sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy, 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 dotyczyło wszystkich tych genów spośród wymienionych powyżej, które odpowiadają za zwiększone ryzyko zachorowania przez rodzeństwo Ubezpieczonego lub dzieci na raka tego narządu, którego dotyczy zaawansowany nowotwór zdiagnozowany u Ubezpieczonego .	1 test dla każdego z rodzeństwa Ubezpieczonego , dziecka (niezależnie od liczby badanych genów w ramach 1 testu) w odniesieniu do jednego zdarzenia
2. Konsultacja onkologiczno-genetyczna	3000 zł
W razie zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego , zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji onkologiczno-genetycznej wyników testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów, wykonanego rodzeństwa Ubezpieczonego lub dzieciom .	1 konsultacja dla każdego rodzeństwa Ubezpieczonego i dziecka w odniesieniu do jednego zdarzenia
3. Psychoonkolog	3000 zł
Gdy rodzeństwo Ubezpieczonego lub dzieci po wykonaniu testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów chcą skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	maksymalnie pięć (5) konsultacji łącznie dla rodzeństwa lub dzieci w odniesieniu do jednego zdarzenia
9. W przypadku zdiagnozowania zaawansowanego nowotworu u rodzica Ubezpieczonego , rodzeństwa Ubezpieczonego lub dziecka , za pośrednictwem centrum operacyjnego zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń na zasadach określonych w tabeli nr 8 poniżej.	

Tabela nr 8 (świadczenia dla **Ubezpieczonego** w przypadku zdiagnozowania **zaawansowanego nowotworu** u **rodzica Ubezpieczonego**, rodzeństwa **Ubezpieczonego** lub **dziecka**)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA	Wysokość limitu na jedno zdarzenie
I. Konsultacje onkologiczno-genetyczne i pomoc psychoonkologiczna dla Ubezpieczonego :	
1. Test zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/ narządów	
W razie zaawansowanego nowotworu ojca lub matki Ubezpieczonego , rodzeństwa Ubezpieczonego lub dziecka , zorganizujemy i pokryjemy koszty wykonania Ubezpieczonego testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów (w zależności od rodzaju zdiagnozowanego zaawansowanego nowotworu – ryzyka raka sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy lub prostaty), badającego przynajmniej jeden z następujących genów: CA19-9, BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC, w tym koszt izolowania DNA z próbki krwi. Badanie będzie dotyczyło wszystkich tych genów spośród wymienionych powyżej, które odpowiadają za zwiększone ryzyko zachorowania przez Ubezpieczonego na raka tego narządu, którego dotyczy zaawansowany nowotwór zdiagnozowany u wskazanych wyżej członków rodziny Ubezpieczonego .	1 test w odniesieniu do jednego zdarzenia
2. Konsultacja onkologiczno-genetyczna	
W razie zaawansowanego nowotworu ojca lub matki Ubezpieczonego , rodzeństwa Ubezpieczonego lub dziecka , zorganizujemy i pokryjemy Ubezpieczonego koszty konsultacji onkologiczno-genetycznej wyników testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów u Ubezpieczonego .	1 konsultacja w odniesieniu do jednego zdarzenia
3. Psychoonkolog dla Ubezpieczonego	
Gdy Ubezpieczony po wykonaniu testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów chce skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	maksymalnie pięć (5) konsultacji w odniesieniu do jednego zdarzenia

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

10. Nie obejmujemy ochroną zdarzeń zaistniałych wskutek:
 - a) nieprzestrzegania przez **Ubezpieczonego** zaleceń lekarza;
 - b) spożycia leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia lub rozmiar jego następstw;
 - c) spożywania alkoholu, środków odurzających, substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia lub rozmiar jego następstw;
 - d) leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie;
 - e) 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.
11. Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg leczenia i jego efekty, postawione diagnozy, brak skierowania na dodatkowe badanie, co do których decyzje podejmuje lekarz prowadzący.
12. Nie odpowiadamy za opóźnienie w wykonaniu świadczeń, niewykonanie bądź nienależyte wykonanie świadczeń, jeśli nastąpiło to w wyniku działania **siły wyższej**.
13. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy limit kosztów wskazanych w tabeli nr 6 lub **Sumę Ubezpieczenia Assistance** wskazaną w tabeli nr 7, wykonamy tę usługę w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określonym limitem lub **Sumą Ubezpieczenia Assistance**.

§ 13. POWTÓRNA OPINIA MEDYCZNA DLA UBEZPIECZONEGO I JEGO RODZINY

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego** oraz zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego**, które dotyczą jego **małżonka** albo **partnera**, lub **dziecka**.
2. Jeśli w **okresie ochrony Ubezpieczonego** zostanie postawiona diagnoza lub otrzyma zalecenie leczenia operacyjnego w związku z wymienionymi w załączniku nr 2 do tych **o.w.u.** stanami chorobowymi lub uszkodzeniami ciała, to zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń wymienionych w ust. 4 poniżej.
3. Ponadto, jeśli w **okresie ochrony małżonkowi** albo **partnerowi** lub **dziecku**, które nie ukończyło 25 roku życia, zostanie postawiona diagnoza lub otrzyma zalecenie **leczenia operacyjnego** w związku z wymienionymi w załączniku nr 2 do tych **o.w.u.** stanami chorobowymi lub uszkodzeniami ciała, to **Ubezpieczonego** należy jest świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (**Suma Ubezpieczenia Assistance**) do wykorzystania na organizację i pokrycie kosztów świadczeń wymienionych w ust. 4 poniżej. Świadczenie to realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego **centrum operacyjnemu** z tytułu wykonania wskazanych przez **Ubezpieczonego** świadczeń wymienionych w ust. 4 poniżej. Wysokość **Sumy Ubezpieczenia Assistance** wynosi 15 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia.
4. W ramach **powtórnej opinii medycznej**, za pomocą **centrum operacyjnego**, zorganizujemy i pokryjemy koszty następujących świadczeń:
 - a) udzielenie **Ubezpieczonego** informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie **powtórnej opinii medycznej**;
 - b) tłumaczenie dostarczonej dokumentacji medycznej na język angielski;
 - c) przekazanie dokumentacji medycznej lekarzowi świadczącemu usługi medyczne poza Polską, przy wykorzystaniu środków komunikacji, które umożliwią odczytanie dokumentacji i jej analizę;
 - d) wydanie **powtórnej opinii medycznej** przez lekarza świadczącego usługi medyczne poza Polską;
 - e) tłumaczenie na język polski **powtórnej opinii medycznej**;
 - f) udostępnienie **powtórnej opinii medycznej Ubezpieczonego**.
5. **Ubezpieczonego** przysługuje skorzystanie z jednej powtórnej opinii medycznej w odniesieniu do każdej z chorób wymienionych w załączniku nr 2 do tych **o.w.u.** względem każdej z osób wymienionych w ust. 1.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

6. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje przypadków, które nie są objęte zakresem ubezpieczenia, wskazanych w lit. B poszczególnych definicji **chorób** zawartych w załączniku nr 2 do tych **o.w.u.**
7. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów **powtórnej opinii medycznej**, jeśli **choroba**, powstała wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 72 ust. 1 lub 2 tych **o.w.u.** (w odniesieniu do **choroby Ubezpieczonego**);
 - b) okoliczności wskazanych w § 73 ust. 1 lub 2 tych **o.w.u.** (w odniesieniu do **choroby członka rodziny** będącego **małżonkiem** albo **partnerem**);
 - c) okoliczności wskazanych w § 74 ust. 1 lub 2 tych **o.w.u.** (w odniesieniu do **choroby członka rodziny** będącego **dzieckiem**);
 - d) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę odpowiednio **Ubezpieczonego**, **małżonka** albo **partnera** lub **dziecka** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**;
 - e) zarażenia wirusem HIV lub chorób przenoszonych drogą płciową;
 - f) **wad wrodzonych** lub wad, które ujawniły się do 3 roku życia;
 - g) działania trujących albo trujących gazów lub oparów;
 - h) leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie;
 - i) niezastosowania się **Ubezpieczonego**, **małżonka** albo **partnera** lub **dziecka** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - j) przeprowadzenia zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej.
8. Nie pokrywamy kosztów związanych z przesyłaniem i analizą próbek histopatologicznych.
9. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji **powtórnej opinii medycznej**, jeżeli do opóźnienia doszło na skutek **siły wyższej**.

§ 14. ŚWIADCZENIE SZPITALNE ZDROWE ŻYCIE UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

Świadczenie szpitalne Zdrowe Życie

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku rozpoczęcia przez **Ubezpieczonego** w **okresie ochrony** pobytu w **szpitalu**, w trakcie którego przeprowadzono postępowanie medyczne wskazane w części 1 załącznika nr 3 do tych **o.w.u.**, związane z:
 - a) **chorobą** lub
 - b) doznakami obrażeniami ciała będącymi następstwem **wypadku**,wypłacimy **Ubezpieczonego** świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu określonej w **umowie sumy ubezpieczenia**, wskazanego dla tego zdarzenia w załączniku nr 3 do tych **o.w.u.**, z uwzględnieniem postanowień ust. 2 i 3. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie i certyfikacie**.
2. Za postępowanie medyczne wskazane w części 1 załącznika nr 3 do tych **o.w.u.**, przeprowadzone w trakcie pobytu w szpitalnym oddziale ratunkowym SOR lub w izbie przyjęć (bez kontynuacji leczenia w **szpitalu**) wypłacimy świadczenie w wysokości 1% **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
3. Ochroną obejmujemy również te przypadki, w których postępowanie medyczne wskazane w części 1 załącznika nr 3 do tych **o.w.u.** (z wyłączeniem działu „Skóra”), zostanie przeprowadzone w **ambulatorium**, o ile zostanie wykonane z chirurgicznym rozcięciem skóry lub gruczołów skórnych. Wypłacimy wówczas świadczenie w wysokości 2% **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
4. Jeżeli po poddaniu się postępowaniu medycznemu, za które należy jest świadczenie, wystąpią okoliczności do wypłaty świadczenia ryczałtowego, wskazane w części 3 załącznika nr 3 do tych **o.w.u.**, dodatkowo wypłacimy świadczenie w wysokości wskazanego tam procentu **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia ryczałtowego w odniesieniu do jednego postępowania medycznego.

Świadczenie lekowe

5. Zakres ochrony może zostać rozszerzony o świadczenie lekowe, o którym mowa w ust. 6-7 poniżej. W przypadku, gdy wspólnie ustalimy takie rozszerzenie ochrony, potwierdzimy to w **polisie i certyfikacie**.
6. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku poddania się przez **Ubezpieczonego** postępowaniu medycznemu, za które należy jest świadczenie szpitalne Zdrowe Życie, wypłacimy dodatkowo świadczenie lekowe w wysokości przypisanej

temu postępowaniu medycznemu zgodnie z tabelą nr 9 – jeśli zakres ubezpieczenia został rozszerzony o taką opcję. Nasza odpowiedź ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia lekowego w odniesieniu do jednego postępowania medycznego.

7. Wysokość świadczenia ustalimy w ten sposób, że za świadczenie lekowe zapłacimy wskazany w tabeli nr 9 procent **sumy ubezpieczenia** z tytułu świadczenia lekowego, obowiązującej w dniu rozpoczęcia pobytu w **szpitalu**, w trakcie którego przeprowadzono postępowanie medyczne.

Wysokość **sumy ubezpieczenia** z tytułu świadczenia lekowego potwierdzimy w **polisie i certyfikacie**.

Tabela nr 9 Świadczenia lekowe

Typy postępowań medycznych	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia z tytułu świadczenia lekowego
Postępowanie medyczne zastosowane w leczeniu zachowawczym, za wyjątkiem zachowawczego leczenia nowotworu złośliwego	6%
Postępowanie medyczne zastosowane w leczeniu operacyjnym/ zabiegowym, za wyjątkiem operacyjnego leczenia nowotworu złośliwego	3%
Postępowanie medyczne zastosowane w leczeniu nowotworu złośliwego	20%
Postępowanie medyczne zastosowane w leczeniu nowotworu złośliwego, a następnie zastosowanie zaleconych przez onkologa: chemioterapii niestandardowej lub innej nowoczesnej metody leczenia nowotworu złośliwego, o ile na dzień zastosowania: – znajdowały się w Rejestrze Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, prowadzonym przez Prezesa Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub stanowiły produkt leczniczy dopuszczony do obrotu na podstawie pozwolenia wydanego przez Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską oraz – nie zaliczały się do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – niezależnie od tego, czy Ubezpieczony miał prawo do korzystania z tych świadczeń.	100%

Rehabilitacja

8. Zakres ochrony może zostać rozszerzony o rehabilitację, o której mowa w ust. 9-13 poniżej. W przypadku, gdy wspólnie ustalimy takie rozszerzenie ochrony, potwierdzimy to w **polisie i certyfikacie**.
9. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku poddania się przez **Ubezpieczonego** postępowaniu medycznemu z części 1 załącznika nr 3 do tych o.w.u., za które należy jest świadczenie szpitalne Zdrowe życie oraz rozpoczęcia przez **Ubezpieczonego** w **okresie ochrony** rehabilitacji związanej z:
- ostрым zawałem serca** lub operacją serca (rehabilitacja kardiologiczna) lub
 - udarem mózgu skutkującym trwałym ubytkiem neurologicznym** (rehabilitacja neurologiczna), lub
 - uszkodzeniem narządu ruchu wskutek **wypadku** (rehabilitacja ortopedyczna)
- wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości poniesionych kosztów rehabilitacji, nie więcej jednak niż do określonej w umowie sumy ubezpieczenia z tytułu rehabilitacji, o ile zakres ubezpieczenia został rozszerzony o taką opcję. Wysokość **sumy ubezpieczenia** potwierdzimy w **polisie i certyfikacie**.
10. Nasza odpowiedzialność obejmuje rehabilitację, która łącznie spełnia poniższe warunki:
- jest zlecona przez lekarza – przez wystawienie skierowania;
 - jest przeprowadzona w **ośrodku rehabilitacji**;
 - rozpoczęła się nie później niż:
 - 180 dni od zakończenia pobytu w **szpitalu** związanego z **udarem mózgu skutkującym trwałym ubytkiem neurologicznym, ostrym zawałem serca** lub operacją serca – w przypadku rehabilitacji kardiologicznej i rehabilitacji neurologicznej, lub

– 90 dni od zakończenia pobytu w **szpitalu** związanego z uszkodzeniem narządu ruchu – w przypadku rehabilitacji ortopedycznej;

- była płatna, a **Ubezpieczony** poniósł jej koszt, który został udokumentowany wystawieniem **Ubezpieczonemu** imiennego rachunku lub faktury;
 - jej celem jest zmniejszenie fizycznych i psychicznych następstw **choroby** lub **wypadku** oraz przywrócenie pełnej lub maksymalnej sprawności fizycznej lub psychicznej **Ubezpieczonego**.
11. Począwszy od **rocznicy polisy**, która następuje po ukończeniu przez **Ubezpieczonego** 62 lat, zakres ochrony z tytułu rehabilitacji obejmuje tylko rehabilitację ortopedyczną.
12. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu rehabilitacji prowadzonej w cyklach, uwzględnimy wysokość **sumy ubezpieczenia** z tytułu rehabilitacji, która obowiązuje w dniu rozpoczęcia pierwszego cyklu.
13. Nasza odpowiedzialność w każdym 12. miesięcznym okresie, liczącym począwszy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie rehabilitacji, z tytułu rehabilitacji rozpoczętej w tym okresie, ograniczona jest do 100% **sumy ubezpieczenia** z tytułu rehabilitacji. W przypadku rehabilitacji prowadzonej w cyklach znaczenie ma dzień rozpoczęcia pierwszego cyklu.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

14. Nie wypłacimy świadczenia za postępowanie medyczne, jeżeli przyczyną wykonania postępowania medycznego był **wypadek** lub **choroba**, które powstały wskutek:
- okoliczności wskazanych w § 72 tych o.w.u.;
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**;
 - zakażenia się wirusem HIV przez **Ubezpieczonego**;
 - choroby przewlekłej;
 - wad wrodzonych**;
 - niezastosowania się przez **Ubezpieczonego** do zaleceń lekariskich w przebiegu leczenia.
15. Jeśli w trakcie jednego pobytu w **szpitalu** przeprowadzone zostało więcej niż jedno postępowanie medyczne objęte ochroną w ramach tego świadczenia dodatkowego, wypłacimy jedno świadczenie za postępowanie medyczne o najwyższej wartości.
16. Kolejna wypłata świadczenia z tej samej pozycji części 1 załącznika nr 3 do tych o.w.u. jest możliwa, o ile pomiędzy datami rozpoczęcia pobytów w **szpitalu** upłyne okres wskazany dla tej pozycji w kolumnie „minimalny okres między zdarzeniami” załącznika nr 3 do tych o.w.u., chyba, że przyczyną przeprowadzenia kolejnego postępowania medycznego będzie **wypadek**.
17. Kolejna wypłata świadczenia z tej samej pozycji części 2 załącznika nr 3 do tych o.w.u. jest możliwa, o ile pomiędzy datami rozpoczęcia pobytów w szpitalnym oddziale ratunkowym SOR (lub izbie przyjęć) albo **ambulatorium** upłyne okres wskazany dla tej pozycji w kolumnie „minimalny okres między zdarzeniami” załącznika nr 3 do tych o.w.u., chyba, że przyczyną przeprowadzenia kolejnego postępowania medycznego będzie **wypadek**.
18. Nie wypłacimy świadczenia za postępowanie medyczne przeprowadzone:
- w **ambulatorium** lub w szpitalnym oddziale ratunkowym SOR lub izbie przyjęć, w okresie 2 lat od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, lub
 - w trakcie pobytu w **szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 2 lat od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego,
- jeżeli **choroba**, która jest przyczyną przeprowadzenia tego postępowania medycznego była przedmiotem **prediagnostyki**. Powyższe ograniczenie nie dotyczy **chorób** będących przedmiotem **prediagnostyki** rozpoczętej w okresie ochrony świadczonej w ramach **wcześniejszej umowy ubezpieczenia** w przypadku **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
19. W zakresie tego świadczenia dodatkowego stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za postępowanie medyczne przeprowadzone:
- w **ambulatorium** lub w szpitalnym oddziale ratunkowym SOR lub izbie przyjęć, w okresie 3 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, lub
 - w trakcie pobytu w **szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 3 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego,
- chyba że poddanie się postępowaniom medycznym było następstwem **wypadku**. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który

kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.

20. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego oraz w razie braku możliwości złożenia nam przez **pracownika** oświadczenia o stanie zdrowia, gdy jest wymagane (zgodnie z § 77 ust. 5 lit. b) tych **o.w.u.**), stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za postępowanie medyczne przeprowadzone:
 - a) w ambulatorium lub w szpitalnym oddziale ratunkowym SOR lub izbie przyjęć, w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, lub
 - b) w trakcie pobytu w szpitalnym oddziale ratunkowym SOR lub w izbie przyjęć (bez kontynuacji leczenia w szpitalu).chyba że poddanie się postępowaniom medycznym było następstwem **wypadku**.
21. Nie wypłacimy świadczenia lekowego ani świadczenia z tytułu rehabilitacji, jeśli nie jest należne świadczenie szpitalne Zdrowe Życie z tytułu postępowania medycznego, w związku z którym zgłaszane jest roszczenie.
22. Nie wypłacimy świadczenia lekowego ani świadczenia z tytułu rehabilitacji, jeżeli postępowanie medyczne, w związku z którym zgłaszane jest roszczenie, zostało przeprowadzone w **ambulatorium** lub w trakcie pobytu w szpitalnym oddziale ratunkowym SOR lub w izbie przyjęć (bez kontynuacji leczenia w szpitalu).
23. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie rehabilitacji oraz w razie braku możliwości złożenia nam przez **pracownika** oświadczenia o stanie zdrowia, gdy jest wymagane (zgodnie z § 77 ust. 5 lit. b) tych **o.w.u.**), stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za rehabilitację rozpoczętą w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie rehabilitacji, chyba że poddanie się rehabilitacji było następstwem **wypadku**.
24. Nie wypłacimy świadczenia za rehabilitację rozpoczętą w okresie 2 lat od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie rehabilitacji, jeżeli przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie rehabilitacji u **Ubezpieczonego** zdiagnozowano lub leczono:
 - a) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku rehabilitacji neurologicznej,
 - b) chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku rehabilitacji kardiologicznej po **ostрым zawał serca**,
 - c) chorobę niedokrwienną serca – w przypadku rehabilitacji kardiologicznej po operacji serca.
25. Nie wypłacimy świadczenia za rehabilitację prowadzoną z powodu powtórnego wystąpienia **choroby** lub powtórnego uszkodzenia wcześniej uszkodzonej kości lub struktury kostnej, jeżeli były powodem przeprowadzenia rehabilitacji, za którą w ramach **umowy** wypłaciliśmy świadczenie z tytułu rehabilitacji w zakresie świadczenia szpitalnego Zdrowe Życie.
26. Jeżeli uszkodzona kość lub struktura była przed **wypadkiem** ostateczona przez proces zwyrodnieniowy, wypłacimy świadczenie w wysokości 50% poniesionych kosztów rehabilitacji ortopedycznej, z uwzględnieniem rocznego limitu **sumy ubezpieczenia**, o którym mowa w ust. 13.

§ 15. POWAŻNY STAN CHOROBY UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku gdy w **okresie ochrony** u **Ubezpieczonego** wystąpi poważny stan chorobowy rozumiany jako:
 - a) operacja wskazana w poz. 1-3 załącznika nr 4 do tych **o.w.u.**
 - b) choroba wskazana w poz. 4-6 załącznika nr 4 do tych **o.w.u.**
 - c) poddanie się postępowaniu medycznemu wskazanemu w poz. 7-46 załącznika nr 4 do tych **o.w.u.**wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu określonej w **umowie sumy ubezpieczenia**, wskazanego dla tego poważnego stanu chorobowego w załączniku nr 4 do tych **o.w.u.**. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie** i **certyfikacie**.
2. Dniem wystąpienia poważnego stanu chorobowego u **Ubezpieczonego** jest dzień:
 - a) operacji – w przypadkach z poz. 1-3 załącznika nr 4 do tych **o.w.u.** – lub
 - b) postawienia przez lekarza diagnozy, która potwierdza, że wystąpił u **Ubezpieczonego** poważny stan chorobowy – w przypadkach z poz. 4-6 załącznika nr 4 do tych **o.w.u.** – lub

- c) rozpoczęcia przez **Ubezpieczonego** pobytu w **szpitalu**, w trakcie którego przeprowadzono postępowanie medyczne – w przypadkach z poz. 7-46 załącznika nr 4 do tych **o.w.u.**

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje przypadków określonych w lit. B poszczególnych definicji poważnych stanów chorobowych wskazanych w poz. 1-6 załącznika nr 4 do tych **o.w.u.**
4. Nie wypłacimy świadczenia, za wystąpienie u **Ubezpieczonego** poważnego stanu chorobowego, jeśli poważny stan chorobowy powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 72 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**;
 - c) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS);
 - d) niezastosowania się przez **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia.
5. W razie **późnego przystąpienia do umowy Ubezpieczonego**, który w **acie przystąpienia do umowy** ma ukończone 62 lata, zakres ubezpieczenia jest ograniczony do poważnych stanów chorobowych spowodowanych **wypadkiem**.
6. W zakresie tego świadczenia dodatkowego stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u **Ubezpieczonego** poważnego stanu chorobowego wskazanego w załączniku nr 4 do tych **o.w.u.** w okresie 3 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że wystąpienie poważnego stanu chorobowego było następstwem **wypadku**. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
7. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego oraz w razie braku możliwości złożenia nam przez **pracownika** oświadczenia o stanie zdrowia, gdy jest wymagane (zgodnie z § 77 ust. 5 lit. b) tych **o.w.u.**), stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u **Ubezpieczonego** poważnego stanu chorobowego wskazanego w załączniku nr 4 do tych **o.w.u.** w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że wystąpienie poważnego stanu chorobowego było następstwem **wypadku**.
8. W odniesieniu do chorób i operacji z poz. 1-6 załącznika nr 4 do tych **o.w.u.**, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia za tę samą **chorobę** lub tę samą operację.
9. W odniesieniu do postępowania medycznych z poz. 7-46 załącznika nr 4 do tych **o.w.u.**, kolejna wypłata świadczenia z tej samej pozycji jest możliwa, o ile pomiędzy datami rozpoczęcia pobytów w **szpitalu** upłynie okres wskazany dla tej pozycji w kolumnie „minimalny okres między zdarzeniami” załącznika nr 4 do tych **o.w.u.**, chyba, że przyczyną przeprowadzenia kolejnego postępowania medycznego będzie **wypadek**.
10. Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie danego poważnego stanu chorobowego, jeśli wystąpi on w okresie 2 lat od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, jeśli przed tym dniem u **Ubezpieczonego** zdiagnozowano lub leczono:
 - a) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku **udar mózgu skutującego trwałym ubytkiem neurologicznym**,
 - b) chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku **ostrego zawału serca**,
 - c) chorobę niedokrwienną serca – w przypadku pomostowania aortalno-wieńcowego (Bypassu).
11. Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie poważnego stanu chorobowego z poz. 4-6 załącznika nr 4 do tych **o.w.u.** zdiagnozowanego u **Ubezpieczonego** w okresie 2 lat od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, jeżeli ta **choroba** była przedmiotem **prediagnostyki**. Powyższe ograniczenie nie dotyczy poważnego stanu chorobowego będącego przedmiotem **prediagnostyki** rozpoczętej w okresie ochrony świadczonej w ramach **wcześniejszej umowy ubezpieczenia** w przypadku **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
12. Nie wypłacimy świadczenia za poważny stan chorobowy z poz. 1-3 (operacje) lub 7-61 (postępowania medyczne) załącznika nr 4 do tych **o.w.u.**, który wystąpi w okresie 2 lat od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, jeżeli **choroba**, która jest przyczyną przeprowadzenia tej operacji lub tego postępowania medycznego była przedmiotem **prediagnostyki**.

Powyższe ograniczenie nie dotyczy poważnego stanu chorobowego będącego przedmiotem **prediagnostyki** rozpoczętej w okresie ochrony świadczonej w ramach **wcześniejszej umowy ubezpieczenia** w przypadku **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.

13. Nie wypłacimy świadczenia za poważny stan chorobowy z poz. 1-6 załącznika nr 4 do tych **o.w.u.**, jeżeli **Ubezpieczony** zmarł w jego następstwie przed upływem 30 dni od jego wystąpienia.
14. Jeśli na skutek tej samej **choroby** lub tego samego **wypadku**, w trakcie jednego pobytu w **szpitalu** przeprowadzone zostało więcej niż jedno postępowanie medyczne z poz. 7-61 załącznika nr 4 do tych **o.w.u.**, wypłacimy jedno świadczenie za postępowanie medyczne o najwyższej wartości.

§ 16. ZAKAŻENIE UBEZPIECZONEGO WIRUSEM HIV W NASTĘPSTWIE WYPADKU PRZY PRACY, POMIMO PRZEJŚCIA LECZENIA ANTYRETROWIRUSOWEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. Wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** w przypadku zakażenia **Ubezpieczonego** wirusem HIV w następstwie **wypadku przy pracy**, pomimo przejścia **leczenia antyretrowirusowego**, o ile:
 - a) pierwsze badanie wystąpienia infekcji HIV wykonane w ciągu 24 godzin od **wypadku przy pracy** ma wynik ujemny (-);
 - b) powtórne badanie wystąpienia infekcji HIV, wykonane nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy od **wypadku przy pracy** ma wynik dodatni (+), pomimo przejścia **leczenia antyretrowirusowego**, chyba że leczenie zostało przerwane przez **Ubezpieczonego** w wyniku zaleceń lekarza ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia **Ubezpieczonego**.
2. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie** i **certyfikacie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za zakażenie **Ubezpieczonego** wirusem HIV w następstwie **wypadku przy pracy**, jeżeli **wypadek przy pracy** powstał wskutek:
 - a) **działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu**, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - b) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania **Ubezpieczonego** w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99);
 - c) popełnienia przez **Ubezpieczonego** umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu;
 - d) czynnego udziału **Ubezpieczonego** w aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych, przebywania **Ubezpieczonego** na terenach objętych aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **Ubezpieczonego** w **aktach przemocy, aktach terroru** lub **zamieszkach**;
 - e) działania energii jądrowej lub 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;
 - f) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
4. Nie wypłacimy świadczenia za zakażenie **Ubezpieczonego** wirusem HIV w następstwie **wypadku przy pracy**, jeżeli wyłącznie przyczyną **wypadku przy pracy** było udowodnione naruszenie przez **Ubezpieczonego** przepisów dotyczących ochrony życia i zdrowia, spowodowane przez niego umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa.

§ 17. ZAKAŻENIE UBEZPIECZONEGO WIRUSEM ZAPALENIA WĄTROBY TYPU B LUB C W NASTĘPSTWIE WYPADKU PRZY PRACY

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. Wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy**

ubezpieczenia określonej w **umowie** w przypadku zakażenia **Ubezpieczonego** wirusem HBV albo HCV w następstwie **wypadku przy pracy**, o ile u **Ubezpieczonego** stwierdzono:

- a) w przypadku zakażenia wirusem HBV – łącznie:
 - utrzymywanie się w okresie następującym po dacie **wypadku przy pracy** na podwyższonym poziomie wartości ALAT stale lub okresowo przez okres ponad 6 miesięcy,
 - obecność AgHBs (+) przez okres ponad 6 miesięcy,
 - obecność DNA HBV w surowicy >2 000 IU/ml,
 - w wyniku biopsji wątroby potwierdzenie obecności przewlekłych zmian martwiczo-zapalnych lub ich potwierdzenie wynikiem badania elastograficznego lub serologicznych markerów włóknienia;
 - b) w przypadku zakażenia wirusem HCV – łącznie:
 - utrzymywanie się w okresie następującym po dacie **wypadku przy pracy** na podwyższonym poziomie wartości ALAT i ASPAT stale lub okresowo przez okres ponad 6 miesięcy,
 - obecność HCV RNA (+) przez okres ponad 6 miesięcy,
 - kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci co najmniej 1 z objawów: żółtaczki, powiększenia wątroby, wodobrzusza.
2. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie** i **certyfikacie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za zakażenie **Ubezpieczonego** wirusem zapalenia wątroby typu B lub C w następstwie **wypadku przy pracy**, jeżeli **wypadek przy pracy** powstał wskutek:
 - a) **działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu**, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - b) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania **Ubezpieczonego** w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99);
 - c) popełnienia przez **Ubezpieczonego** umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu;
 - d) czynnego udziału **Ubezpieczonego** w aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych, przebywania **Ubezpieczonego** na terenach objętych aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **Ubezpieczonego** w **aktach przemocy, aktach terroru** lub **zamieszkach**;
 - e) działania energii jądrowej lub 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;
 - f) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
4. Nie wypłacimy świadczenia za zakażenie **Ubezpieczonego** wirusem zapalenia wątroby typu B lub C w następstwie **wypadku przy pracy**, jeżeli wyłącznie przyczyną **wypadku przy pracy** było udowodnione naruszenie przez **Ubezpieczonego** przepisów dotyczących ochrony życia i zdrowia, spowodowane przez niego umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa.

§ 18. LECZENIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku pobytu **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia:
 - a) **choroby**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
 - b) powikłań związanych z ciężką, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
 - c) doznanych obrażeń ciała, będących następstwem **wypadku**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie przez co najmniej 1 dzień,wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości określonej w **umowie** **sumy ubezpieczenia** za każdy **dzień pobytu w szpitalu**. Wysokość świadczenia za każdy **dzień pobytu w szpitalu** oraz minimalną długość pobytu w **szpitalu** potwierdzimy w **polisie** i w **certyfikacie**.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym 12. miesięcznym okresie, liczącym poczynając od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, ograniczona jest do 180 dni pobytu **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, który rozpoczął się w tym okresie. Limit

180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym 12. miesięcznym okresie pobyków w szpitalu.

3. Wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie także wtedy, gdy pobyt w **szpitalu**, o którym mowa w ust. 1, rozpocznie się przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a zakończy się po tej dacie. W takim przypadku przyjmujemy, że pobyt rozpoczął się w **dacie przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a świadczenie przysługiwać będzie wyłącznie za każdy **dzień pobytu w szpitalu** przypadający po **dacie przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
4. Jeżeli pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu** trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu **Ubezpieczonego** w **szpitalu**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **choroby**, powikłań związanych z ciążą lub **wypadku**, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 72 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** związany był bezpośrednio z:
 - a) **wadami wrodzonymi**;
 - b) przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - c) leczeniem skutków niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - d) rehabilitacją niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
7. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** dotyczył porodu niezwiązanego z powikłaniami ciąży.
8. W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, który rozpoczął się przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego lub w okresie 1 miesiąca od tej daty, chyba że pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu** był wynikiem **wypadku**. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który kontynuuje **wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
9. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego oraz w razie braku możliwości złożenia nam przez **pracownika** oświadczenia o stanie zdrowia, gdy jest wymagane (zgodnie z § 77 ust. 5 lit. b) tych **o.w.u.**), stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, który rozpoczął się przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego lub w okresie 6 miesięcy od tej daty, chyba że pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu** był wynikiem **wypadku**.
10. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których **Ubezpieczony** przebywał na przepustce w trakcie pobytu w **szpitalu**.

§ 19. LECZENIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku trwającego nieprzerwanie co najmniej 1 dzień pobytu **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości określonej w **umowie sumy ubezpieczenia** za każdy **dzień pobytu w szpitalu**. Wysokość świadczenia za każdy **dzień pobytu w szpitalu** potwierdzimy w **polisie** i w **certyfikacie**. W **polisie** i **certyfikacie** wskażemy także skumulowaną wysokość świadczenia za 1 **dzień pobytu Ubezpieczonego** w **szpitalu**, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**, łącznie z wysokością świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, o ile zakres **umowy** obejmuje to świadczenie dodatkowe.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym 12. miesięcznym okresie, liczącym począwszy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, ograniczona jest do 180 dni pobytu **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, który rozpoczął się w tym okresie.

Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym 12. miesięcznym okresie pobyków w **szpitalu** w następstwie **wypadku**.

3. Wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie także wtedy, gdy pobyt w **szpitalu**, o którym mowa w ust. 1, rozpocznie się przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a zakończy się po tej dacie. W takim przypadku przyjmujemy, że pobyt rozpoczął się w **dacie przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a świadczenie przysługiwać będzie wyłącznie za każdy **dzień pobytu w szpitalu** przypadający po **dacie przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
4. Jeżeli pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu** w następstwie **wypadku** trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu **Ubezpieczonego** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **wypadku**, który powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 72 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli pobyt w **szpitalu** miał na celu:
 - a) przeprowadzenie zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - b) leczenie skutków niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - c) rehabilitację niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
7. Nie odpowiadamy za leczenie **Ubezpieczonego** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli przyczyna pobytu w **szpitalu** była związana z takimi uszkodzeniami ciała w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, które w dokumentacji medycznej **Ubezpieczonego** lekarz określił jako mające charakter nawykowy, zmęczeniowy lub wysiłkowy.
8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których **Ubezpieczony** przebywał na przepustce w trakcie pobytu w **szpitalu**.

§ 20. LECZENIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU NA OIOM

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku trwającego nieprzerwanie co najmniej 1 dzień pobytu **Ubezpieczonego** w **szpitalu** na **OIOM**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia **choroby** lub doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości określonej w **umowie sumy ubezpieczenia** za każdy **dzień pobytu w szpitalu na OIOM**. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie** i **certyfikacie**.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym 12. miesięcznym okresie, liczącym począwszy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, ograniczona jest do 180 dni pobytu **Ubezpieczonego** w **szpitalu na OIOM**, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym 12. miesięcznym okresie pobyków w **szpitalu na OIOM**.
3. Wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie także wtedy, gdy pobyt w **szpitalu na OIOM**, o którym mowa w ust. 1, rozpocznie się przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a zakończy się po tej dacie. W takim przypadku przyjmujemy, że pobyt rozpoczął się w **dacie przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a świadczenie przysługiwać będzie wyłącznie za każdy **dzień pobytu w szpitalu na OIOM** przypadający po **dacie przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
4. Jeżeli pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu na OIOM** trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu **Ubezpieczonego** w **szpitalu na OIOM**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w **szpitalu na OIOM**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **choroby** lub **wypadku**, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 72 tych **o.w.u.**;

- b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku.
- 6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w szpitalu na **OIOM**, jeżeli pobyt w szpitalu związany był bezpośrednio z:
 - a) **wadami wrodzonymi**;
 - b) leczeniem skutków niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia.
- 7. W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt **Ubezpieczonego** w szpitalu na **OIOM**, który rozpoczął się przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego lub w okresie 1 miesiąca od tej daty, chyba że pobyt **Ubezpieczonego** w szpitalu był wynikiem wypadku. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we wcześniejszej umowie ubezpieczenia, jak i w umowie, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
- 8. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego oraz w razie braku możliwości złożenia nam przez **pracownika** oświadczenia o stanie zdrowia, gdy jest wymagane (zgodnie z § 77 ust. 5 lit. b) tych **o.w.u.**), stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt **Ubezpieczonego** w szpitalu na **OIOM**, który rozpoczął się przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego lub w okresie 6 miesięcy od tej daty, chyba że pobyt **Ubezpieczonego** w szpitalu był wynikiem wypadku.

§ 21. LECZENIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE WYPADKU PRZY PRACY

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku trwającego nieprzerwanie co najmniej 1 dzień pobytu **Ubezpieczonego** w szpitalu, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem wypadku przy pracy, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości określonej w umowie sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu. Wysokość świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu potwierdzimy w polisie i w certyfikacie. W polisie i certyfikacie wskażemy także skumulowaną wysokość świadczenia za 1 dzień pobytu **Ubezpieczonego** w szpitalu, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem wypadku przy pracy, łącznie z wysokością świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w szpitalu i leczenie **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie wypadku, o ile zakres umowy obejmuje to świadczenie dodatkowe.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym 12. miesięcznym okresie, liczącym począwszy od daty przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, ograniczona jest do 180 dni pobytu **Ubezpieczonego** w szpitalu, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym 12. miesięcznym okresie pobytów w szpitalu w następstwie wypadku przy pracy.
3. Wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie także wtedy, gdy pobyt w szpitalu, o którym mowa w ust. 1, rozpocznie się przed datą przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a zakończy się po tej dacie. W takim przypadku przyjmujemy, że pobyt rozpoczął się w dacie przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a świadczenie przysługiwać będzie wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu w następstwie wypadku przy pracy przypadający po dacie przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
4. Jeżeli pobyt **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie wypadku przy pracy trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie wypadku przy pracy.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie wypadku przy pracy, jeżeli pobyt w szpitalu był następstwem wypadku przy pracy, który powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 72 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku.

6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie wypadku przy pracy, jeżeli pobyt w szpitalu miał na celu:
 - a) przeprowadzenie zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków wypadków;
 - b) leczenie skutków niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - c) rehabilitację niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
7. Nie odpowiadamy za leczenie **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie wypadku przy pracy, jeżeli przyczyna pobytu w szpitalu była związana z takimi uszkodzeniami ciała w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, które w dokumentacji medycznej **Ubezpieczonego** lekarz określił jako mające charakter nawykowy, zmęczenia lub wysiłkowy.
8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których **Ubezpieczony** przebywał na przepustce w trakcie pobytu w szpitalu.

§ 22. LECZENIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku trwającego nieprzerwanie co najmniej 1 dzień pobytu **Ubezpieczonego** w szpitalu, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem wypadku komunikacyjnego, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości określonej w umowie sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu. Wysokość świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu potwierdzimy w polisie i w certyfikacie. W polisie i certyfikacie wskażemy także skumulowaną wysokość świadczenia za 1 dzień pobytu **Ubezpieczonego** w szpitalu, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem wypadku komunikacyjnego, łącznie z wysokością świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w szpitalu oraz leczenie **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie wypadku, o ile zakres umowy obejmuje te świadczenia dodatkowe.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym 12. miesięcznym okresie, liczącym począwszy od daty przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, ograniczona jest do 180 dni pobytu **Ubezpieczonego** w szpitalu, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym 12. miesięcznym okresie pobytów w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego.
3. Wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie także wtedy, gdy pobyt w szpitalu, o którym mowa w ust. 1, rozpocznie się przed datą przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a zakończy się po tej dacie. W takim przypadku przyjmujemy, że pobyt rozpoczął się w dacie przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a świadczenie przysługiwać będzie wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego przypadający po dacie przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
4. Jeżeli pobyt **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego, jeżeli pobyt w szpitalu był następstwem wypadku komunikacyjnego, który powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 72 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego, jeżeli pobyt w szpitalu miał na celu:
 - a) przeprowadzenie zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków wypadków;
 - b) leczenie skutków niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - c) rehabilitację niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
7. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których **Ubezpieczony** przebywał na przepustce w trakcie pobytu w szpitalu.

§ 23. LECZENIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO PRZY PRACY

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku trwającego nieprzerwanie co najmniej 1 dzień pobytu **Ubezpieczonego** w szpitalu, który rozpoczął się w okresie ochrony, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem wypadku komunikacyjnego przy pracy, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości określonej w umowie sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu. Wysokość świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu potwierdzimy w polisie i w certyfikacie. W polisie i certyfikacie wskażemy także skumulowaną wysokość świadczenia za 1 dzień pobytu **Ubezpieczonego** w szpitalu, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem wypadku komunikacyjnego przy pracy, łącznie z wysokością świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w szpitalu, leczenie **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie wypadku, leczenie **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie wypadku przy pracy oraz leczenie **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego, o ile zakres umowy obejmuje te świadczenia dodatkowe.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym 12. miesięcznym okresie, liczącym począwszy od daty przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, ograniczona jest do 180 dni pobytu **Ubezpieczonego** w szpitalu, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym 12. miesięcznym okresie pobytów w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy.
3. Wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie także wtedy, gdy pobyt w szpitalu, o którym mowa w ust. 1, rozpocznie się przed datą przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a zakończy się po tej dacie. W takim przypadku przyjmujemy, że pobyt rozpoczął się w dacie przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a świadczenie przysługiwać będzie łącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy przypadający po dacie przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
4. Jeżeli pobyt **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy, jeżeli pobyt w szpitalu był następstwem wypadku komunikacyjnego przy pracy, który powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 72 ust. 1 lub 3 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy, jeżeli pobyt w szpitalu miał na celu:
 - a) przeprowadzenie zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków wypadków;
 - b) leczenie skutków niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - c) rehabilitację niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
7. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których **Ubezpieczony** przebywał na przepustce w trakcie pobytu w szpitalu.

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

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku pobytu **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu, który to pobyt rozpoczął się w okresie ochrony, i trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w umowie, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości określonej w umowie sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu. Wysokość świadczenia za każdy dzień pobytu

w szpitalu oraz minimalną długość pobytu w szpitalu potwierdzimy w polisie i certyfikacie. W polisie i certyfikacie wskażemy także skumulowaną wysokość świadczenia za 1 dzień pobytu **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu, łącznie z wysokością świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w szpitalu, o ile zakres umowy obejmuje to świadczenie dodatkowe.

2. Nasza odpowiedzialność w każdym 12. miesięcznym okresie, liczącym począwszy od daty przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, ograniczona jest do 180 dni pobytu **Ubezpieczonego** w szpitalu, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym 12. miesięcznym okresie pobytów w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu.
3. Wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie także wtedy, gdy pobyt w szpitalu, o którym mowa w ust. 1, rozpocznie się przed datą przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a zakończy się po tej dacie. W takim przypadku przyjmujemy, że pobyt rozpoczął się w dacie przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a świadczenie przysługiwać będzie łącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu przypadający po dacie przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
4. Jeżeli pobyt **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli pobyt w szpitalu był następstwem ostrego zawału serca lub udaru mózgu, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 72 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku;
 - c) zatrucia się **Ubezpieczonego** substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku;
 - d) wad wrodzonych;
 - e) niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - f) uszkodzenia mięśnia serca spowodowanego czynnikami mechanicznymi, toksycznymi, zapalnymi lub naciekiem – w przypadku pobytu **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie udaru mózgu, jeżeli pobyt w szpitalu był następstwem:
 - a) napadu przebiegowego (do 24 h) niedokrwienia centralnego układu nerwowego;
 - b) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem.
7. W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu, który to pobyt rozpoczął się przed datą przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego lub w okresie 1 miesiąca od tej daty. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we wcześniejszej umowie ubezpieczenia, jak i w umowie, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
8. W razie późnego przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego oraz w razie braku możliwości złożenia nam przez pracownika oświadczenia o stanie zdrowia, gdy jest wymagane (zgodnie z § 77 ust. 5 lit. b) tych o.w.u.), stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu, który rozpoczął się przed datą przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego lub w okresie 6 miesięcy od tej daty.
9. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których **Ubezpieczony** przebywał na przepustce w trakcie pobytu w szpitalu.

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

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku pobytu **Ubezpieczonego** w szpitalu rehabilitacyjnym, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w ciągu 30 dni od:
 - a) zakończenia pobytu **Ubezpieczonego** w szpitalu trwającego co najmniej 6 dni, który był spowodowany przez **ostry zawał serca**;
 - b) zakończenia pobytu **Ubezpieczonego** w szpitalu trwającego co najmniej 10 dni, który był spowodowany przez **wypadek** lub **zabieg operacyjny**;
 - c) zakończenia pobytu **Ubezpieczonego** w szpitalu trwającego co najmniej 14 dni, który był spowodowany **udarem mózgu**,wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości określonej w **umowie sumy ubezpieczenia** za każdy **dzień pobytu w szpitalu rehabilitacyjnym**. Wysokość świadczenia za każdy **dzień pobytu w szpitalu rehabilitacyjnym** potwierdzimy w **polisie i certyfikacie**.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym 12. miesięcznym okresie, liczącym począwszy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, ograniczona jest do 30 dni pobytu **Ubezpieczonego** w szpitalu rehabilitacyjnym, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 30 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym 12. miesięcznym okresie pobytów w **szpitalu rehabilitacyjnym**.
3. Wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie także wtedy, gdy pobyt w **szpitalu rehabilitacyjnym**, o którym mowa w ust. 1, rozpocznie się przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a zakończy się po tej dacie. W takim przypadku przyjmujemy, że pobyt rozpoczął się w **dacie przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a świadczenie przysługiwać będzie wyłącznie za każdy **dzień pobytu w szpitalu rehabilitacyjnym** przypadający po **dacie przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w **szpitalu rehabilitacyjnym** po pobycie w **szpitalu** w następstwie **wypadku, ostrego zawału serca, udaru mózgu** lub z powodu **zabiegu operacyjnego**, które powstało wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 72 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w **szpitalu rehabilitacyjnym** po pobycie w szpitalu w następstwie **wypadku**, jeżeli pobyt w **szpitalu** miał na celu:
 - a) przeprowadzenie zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - b) leczenie skutków niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w **szpitalu rehabilitacyjnym** po pobycie w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli przyczyną pobytu w **szpitalu** w następstwie **wypadku** była związana z takimi uszkodzeniami ciała w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, które w dokumentacji medycznej **Ubezpieczonego** lekarz określi jako mające charakter nawykowy, zmęczenia lub wysiłkowy.
7. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w **szpitalu rehabilitacyjnym** po pobycie w **szpitalu** w następstwie **udar mózgu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem:
 - a) napadu przejściowego (do 24 h) niedokrwienia centralnego układu nerwowego;
 - b) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem.
8. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w **szpitalu rehabilitacyjnym** po pobycie w **szpitalu** w następstwie **ostrego zawału serca** lub **udar mózgu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **ostrego zawału serca** lub **udar mózgu**, które powstały wskutek:
 - a) zatrucia się **Ubezpieczonego** substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**;
 - b) **wad wrodzonych**;
 - c) niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;

d) uszkodzenia mięśnia serca spowodowanego czynnikami mechanicznymi, toksycznymi, zapalnymi lub naciekami – jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **ostrego zawału serca**.

9. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w **szpitalu rehabilitacyjnym** po pobycie w **szpitalu** z powodu **zabiegu operacyjnego**, jeżeli poddanie się **Ubezpieczonego** zabiegowi operacyjnemu było skutkiem:
 - a) **wad wrodzonych**;
 - b) poprzednio wykonywanego u **Ubezpieczonego** **zabiegu operacyjnego**;
 - c) chorób, które były przedmiotem **prediagnostyki**, jeżeli pobyt w **szpitalu rehabilitacyjnym** po pobycie w **szpitalu** z powodu **zabiegu operacyjnego** rozpoczął się w okresie 2 lat od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje).
10. W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu rehabilitacyjnym**, który rozpoczął się przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego lub w okresie 1 miesiąca od tej daty, chyba że pobyt w **szpitalu** był wynikiem **wypadku**. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
11. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego oraz w razie braku możliwości złożenia nam przez **pracownika** oświadczenia o stanie zdrowia, gdy jest wymagane (zgodnie z § 77 ust. 5 lit. b) tych **o.w.u.**), stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu rehabilitacyjnym**, który rozpoczął się przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego lub w okresie 6 miesięcy od tej daty.
12. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których **Ubezpieczony** przebywał na przepustce w trakcie pobytu w **szpitalu rehabilitacyjnym**.

§ 26. KOSZTY LEKÓW PO POBYCIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku konieczności zakupu przez **Ubezpieczonego** leków po pobycie **Ubezpieczonego** w **szpitalu** rozpoczętym w **okresie ochrony**, w celu leczenia:
 - a) **choroby**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
 - b) powikłań związanych z ciężką, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
 - c) doznanych obrażeń ciała, będących następstwem **wypadku**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie przez co najmniej 1 dzień,wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w **umowie**.
2. Wysokość świadczenia oraz minimalną długość pobytu w **szpitalu** potwierdzimy w **polisie i certyfikacie**.
3. Nasza odpowiedzialność w każdym 12. miesięcznym okresie, liczącym począwszy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego ograniczona jest do wypłaty dwóch świadczeń.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie wypłacimy świadczenia za koszty leków po pobycie **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **choroby**, powikłań związanych z ciężką lub **wypadku**, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 72 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
5. Nie wypłacimy świadczenia za koszty leków po pobycie **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** związany był bezpośrednio z:
 - a) **wadami wrodzonymi**;
 - b) przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;

- c) leczeniem skutków niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - d) rehabilitacji niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
6. W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za koszty leków po pobycie **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 1 miesiąca od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu** był wynikiem **wypadku**. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który kontynuuje **wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
7. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego oraz w razie braku możliwości złożenia nam przez **pracownika** oświadczenia o stanie zdrowia, gdy jest wymagane (zgodnie z § 77 ust. 5 lit. b) tych **o.w.u.**), stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za koszty leków po pobycie **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu** był wynikiem **wypadku**.

§ 27. REKONWALESCENCJA UBEZPIECZONEGO PO POBYCIE W SZPITALU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku gdy **Ubezpieczony** wymagał rekonwalescencji z powodu **choroby** lub **wypadku** będących przyczyną:
 - a) trwającego co najmniej 7 dni pobytu w **szpitalu**, a następnie
 - b) czasowej niezdolności do pracy trwającej co najmniej 14 dni bezpośrednio po pobycie w **szpitalu**, co zostało udokumentowane wystawionym przez lekarza tego **szpitala** zaświadczeniem lekarskim lub wydrukiem tego zaświadczenia,
 wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** za każdy dzień czasowej niezdolności do pracy, o ile czasowa niezdolność do pracy rozpocznie się w **okresie ochrony**. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie i certyfikacie**.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym 12. miesięcznym okresie, liczącym począwszy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego ograniczona jest do wypłaty świadczenia za 60 dni czasowej niezdolności do pracy, która rozpoczęła się w tym okresie. Limit 60 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym 12. miesięcznym okresie czasowych niezdolności do pracy.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za rekonwalescencję, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **choroby** lub **wypadku**, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 72 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
4. Nie wypłacimy świadczenia za rekonwalescencję, jeżeli pobyt w **szpitalu** był związany bezpośrednio z:
 - a) **wadami wrodzonymi**;
 - b) przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - c) leczeniem skutków niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - d) rehabilitacją niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
5. W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za rekonwalescencję **Ubezpieczonego** po pobycie w **szpitalu**, jeżeli czasowa niezdolność do pracy rozpocznie się w okresie 1 miesiąca od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że pobyt w **szpitalu** był wynikiem **wypadku**. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który kontynuuje **wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
6. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego oraz w razie braku możliwości złożenia nam przez **pracownika** oświadczenia o stanie zdrowia, gdy jest wymagane (zgodnie z § 77 ust. 5 lit. b) tych **o.w.u.**), stosujemy **karencję**, która

polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za rekonwalescencję **Ubezpieczonego** po pobycie w **szpitalu**, jeżeli czasowa niezdolność do pracy rozpocznie się w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że pobyt w **szpitalu** był wynikiem **wypadku**.

§ 28. POBYT W SANATORIUM PO POBYCIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku pobytu **Ubezpieczonego** w **sanatorium**, który rozpocznie się w **okresie ochrony** i będzie kontynuacją leczenia przeprowadzonego w trakcie trwającego co najmniej 7 dni pobytu w **szpitalu**, wypłacimy świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**, o ile pobyt w **sanatorium** odbywa się na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza **szpitala**, w którym prowadzone było to leczenie. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie i certyfikacie**.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym 12. miesięcznym okresie, liczącym począwszy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego ograniczona jest do wypłaty świadczenia za 1 pobyt **Ubezpieczonego** w **sanatorium**, który rozpoczął się w tym okresie.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za pobyt **Ubezpieczonego** w **sanatorium**, który stanowi kontynuację leczenia przeprowadzonego w trakcie pobytu **Ubezpieczonego** w **szpitalu** i jest następstwem **choroby** lub **wypadku**, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 72 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
4. Nie wypłacimy świadczenia za pobyt **Ubezpieczonego** w **sanatorium**, który stanowi kontynuację leczenia przeprowadzonego w trakcie pobytu **Ubezpieczonego** w **szpitalu** związanego bezpośrednio z:
 - a) **wadami wrodzonymi**;
 - b) przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - c) leczeniem skutków niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia.
5. W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt w **sanatorium** po pobycie **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, który to pobyt w **sanatorium** rozpoczął się w okresie 1 miesiąca od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu** był następstwem **wypadku**. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który kontynuuje **wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
6. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego oraz w razie braku możliwości złożenia nam przez **pracownika** oświadczenia o stanie zdrowia, gdy jest wymagane (zgodnie z § 77 ust. 5 lit. b) tych **o.w.u.**), stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt w **sanatorium** po pobycie **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, który to pobyt w **sanatorium** rozpoczął się w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu** był następstwem **wypadku**.

§ 29. LECZENIE UBEZPIECZONEGO W ZAKRESIE CHIRURGII JEDNEGO DNIA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku, gdy w **okresie ochrony** – w trakcie pobytu w **szpitalu**, który trwał nie dłużej niż 5 dni – **Ubezpieczony** podda się zabiegom wymienionym w załączniku nr 5 do tych **o.w.u.**, wypłacimy mu świadczenie w wysokości poniesionych kosztów – nie więcej jednak niż do określonej w **umowie sumy ubezpieczenia** dla 1 zabiegu. Nasza odpowiedzialność obejmuje następujące koszty:
 - a) zabiegu;
 - b) znieczulenia;
 - c) hospitalizacji;
 - d) opieki pielęgniarskiej;

- e) lekarstw, transfuzji krwi, osocza, płynów dożylnych, iniekcji, środków opatrunkowych użytych podczas hospitalizacji lub zabiegu;
 - f) badań laboratoryjnych i diagnostycznych wykonanych podczas hospitalizacji;
 - g) jednej wizyty kontrolnej po wykonaniu zabiegu.
2. Wysokość **sumy ubezpieczenia** na jeden zabieg potwierdzimy w **polisie i certyfikacie**, przy czym wysokość limitu na wszystkie zabiegi wykonane w każdym 12. miesięcznym okresie, liczonym począwszy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, ograniczona jest do kwoty 10 000 zł.
3. Nasza odpowiedzialność obejmuje jedynie koszty, które **Ubezpieczony** poniósł w następstwie poddania się w trakcie pobytu w **szpitalu** zabiegom, które były następstwem:
- a) **chorób** zdiagnozowanych w **okresie ochrony**; lub
 - b) obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w zakresie chirurgii jednego dnia, jeżeli przyczyną poddania się przez **Ubezpieczonego** zabiegowi był **wypadek** lub **choroba**, które powstały wskutek:
- a) okoliczności wskazanych w § 72 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w zakresie chirurgii jednego dnia przeprowadzone w okresie 2 lat od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, jeżeli **choroba** będąca przyczyną przeprowadzenia zabiegu była przedmiotem **prediagnostyki**. Powyższe ograniczenie nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
6. Nie wypłacimy świadczenia ze leczenia **Ubezpieczonego** w zakresie chirurgii jednego dnia, jeżeli:
- a) zabieg miał na celu leczenie **wad wrodzonych** lub schorzeń bezpośrednio związanych z **wadami wrodzonymi**;
 - b) przeprowadzono zabieg chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem zabiegów mających na celu likwidację skutków **wypadków**.
7. W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w zakresie chirurgii jednego dnia, które miało miejsce w okresie 3 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że leczenie **Ubezpieczonego** w zakresie chirurgii jednego dnia było wynikiem **wypadku**. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
8. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego oraz w razie braku możliwości złożenia nam przez **pracownika** oświadczenia o stanie zdrowia, gdy jest wymagane (zgodnie z § 77 ust. 5 lit. b) tych **o.w.u.**), stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w zakresie chirurgii jednego dnia, które miało miejsce w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że leczenie **Ubezpieczonego** w zakresie chirurgii jednego dnia było wynikiem **wypadku**.

§ 30. ZABIEGI OPERACYJNE UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku poddania się przez **Ubezpieczonego** w **okresie ochrony zabiegowi operacyjnemu** wskazanemu w załączniku nr 6 do tych **o.w.u.**, związanemu z **chorobą** lub z doznanymi obrażeniami ciała będącymi następstwem **wypadku**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie i certyfikacie**.
2. Wysokość świadczenia ustalimy w ten sposób, że za zabiegi operacyjne:
- a) z kategorii A – wypłacimy świadczenie w wysokości 10% **sumy ubezpieczenia**;
 - b) z kategorii B – wypłacimy świadczenie w wysokości 25% **sumy ubezpieczenia**;

- c) z kategorii C – wypłacimy świadczenie w wysokości 50% **sumy ubezpieczenia**;
- d) z kategorii D – wypłacimy świadczenie w wysokości 75% **sumy ubezpieczenia**;
- e) z kategorii E – wypłacimy świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia**.

3. Ochroną obejmujemy również **zabiegi operacyjne**, o których mowa w ust. 1, wskazane w załączniku nr 6 do tych **o.w.u.**, przeprowadzone w **ambulatorium**, o ile zostaną wykonane z chirurgicznym rozcięciem skóry lub gruczołów skórnych. Wypłacimy wówczas świadczenie jak za zabiegi z kategorii A (10% **sumy ubezpieczenia**).

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie wypłacimy świadczenia za **zabiegi operacyjne Ubezpieczonego**, jeżeli poddanie się **Ubezpieczonego** zabiegowi operacyjnemu było skutkiem:
- a) **wad wrodzonych**;
 - b) poprzednio wykonywanego u **Ubezpieczonego** zabiegu operacyjnego.
5. Nie wypłacimy świadczenia za **zabiegi operacyjne Ubezpieczonego** przeprowadzone w okresie 2 lat od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, jeżeli poddanie się **Ubezpieczonego** zabiegowi operacyjnemu było skutkiem **choroby**, która była przedmiotem **prediagnostyki**. Powyższe ograniczenie nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
6. Nie obejmujemy ochroną:
- a) **zabiegów operacyjnych** prowadzonych w celach diagnostycznych;
 - b) **zabiegów operacyjnych** wykonywanych w ambulatorium bez chirurgicznego rozcięcia skóry lub gruczołów skórnych;
 - c) **zabiegów operacyjnych** dotyczących tylko skóry i tkanki podskórnej;
 - d) **zabiegów operacyjnych** przeprowadzonych w ramach chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - e) **zabiegów operacyjnych** cięcia cesarskiego, z wyłączeniem rozwiązania ciąży mnogiej przez cięcie cesarskie;
 - f) zabiegów małoinwazyjnych wykorzystujących techniki termoblacji (termolezji) lub krioblacji wybranych struktur układu nerwowego w celu zniesienia (blokowania) przewodzenia bólu.
7. Nie wypłacimy świadczenia za **zabiegi operacyjne Ubezpieczonego**, jeżeli przyczyną wykonania **zabiegu operacyjnego** był **wypadek** lub **choroba**, które powstały wskutek:
- a) okoliczności wskazanych w § 72 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
8. W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za poddanie się przez **Ubezpieczonego** zabiegom operacyjnym w okresie 3 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że poddanie się **zabiegom operacyjnym** było następstwem **wypadku**. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
9. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego oraz w razie braku możliwości złożenia nam przez **pracownika** oświadczenia o stanie zdrowia, gdy jest wymagane (zgodnie z § 77 ust. 5 lit. b) tych **o.w.u.**), stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za poddanie się przez **Ubezpieczonego** zabiegom operacyjnym w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że poddanie się **zabiegom operacyjnym** było następstwem **wypadku**.
10. Jeżeli na skutek tego samego **wypadku**, **choroby** lub jej zaostreżeń albo powikłań, **Ubezpieczony** poddął się więcej niż jednemu **zabiegowi operacyjnemu** w obrębie tego samego narzędzia, wypłacimy jedno świadczenie za **zabieg operacyjny** o najwyższej wartości świadczenia.
11. Jeżeli na skutek **choroby** lub **wypadku**, w trakcie jednego pobytu w sali operacyjnej, **Ubezpieczony** miał przeprowadzony **zabieg operacyjny** dotyczący kilku narzędzi, wypłacimy jedno świadczenie za **zabieg operacyjny** o najwyższej wartości świadczenia.

§ 31. WYSTĄPIENIE U UBEZPIECZONEGO POWIKŁAŃ POOPERACYJNYCH

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku wystąpienia u **Ubezpieczonego** powikłań pooperacyjnych wymienionych w załączniku nr 7 do tych **o.w.u.** przed upływem 3 miesięcy od wykonania **zabiegu operacyjnego** mającego miejsce w **okresie ochrony**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie i certyfikacie**.
2. Wysokość świadczenia ustalimy w następujący sposób:
 - a) za powikłania z kategorii A, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości 50% **sumy ubezpieczenia**;
 - b) za powikłania należące do kategorii B wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u **Ubezpieczonego** powikłań pooperacyjnych, jeżeli **zabieg operacyjny**, którego następstwem jest powikłanie pooperacyjne, został przeprowadzony wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 72 tych **o.w.u.**;
 - b) zatrucia się **Ubezpieczonego** substancjami statymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**;
 - c) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
4. Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u **Ubezpieczonego** powikłań pooperacyjnych, jeżeli powikłanie pooperacyjne było bezpośrednio wynikiem:

- a) **wad wrodzonych**;
- b) **reoperacji**.

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

§ 32. LECZENIE SPECJALISTYCZNE UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku rozpoczęcia u **Ubezpieczonego** w **okresie ochrony** metody leczenia specjalistycznego wskazanej w tabeli nr 10 poniżej, w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym został objęty **Ubezpieczony**:
 - a) w części „Wersja kardiologiczna” (5 metod leczenia) lub
 - b) w części „Wersja 1” (6 metod leczenia) lub
 - c) w części „Wersja 2” (12 metod leczenia) lub
 - d) w części „Wersja 3” (18 metod leczenia)
 wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie i certyfikacie**.

Tabela nr 10 (leczenie specjalistyczne **Ubezpieczonego**)

METODY LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO	Wersja kardiologiczna	Wersja 1	Wersja 2	Wersja 3
abłacja (zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca)	✓	✓	✓	✓
wszczepienie kardiowertera/defibrylatora (urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną wszczepianego osobom, które mają poważne zaburzenia rytmu pochodzenia komorowego lub epizody nagłego zatrzymania krążenia)	✓	✓	✓	✓
wszczepienie rozrusznika serca (urządzenia elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca, wszczepianego do ciała chorego)	✓	✓	✓	✓
mechaniczne wspomaganie serca sztucznymi komorami (w leczeniu sercowopochodnej niewydolności krążenia)	✓		✓	✓
przełuszczenie zastawek serca w przypadku wad nabytych serca (stosowane w przypadku ciężkiego zwężenia lub niedomykalności zastawki), które polega na wymianie zastawki bez konieczności operacji kardiochirurgicznej z otwarciem klatki piersiowej	✓		✓	✓
chemioterapia albo radioterapia w postaci przyjęcia co najmniej jednego cyklu terapeutycznego		✓	✓	✓
dializoterapia trwająca przez okres co najmniej trzech miesięcy w celu leczenia przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej		✓	✓	✓
terapia interferonowa w zakresie leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C lub stwardnienia rozsianego (podawanie drogą pozajelitową interferonu)		✓	✓	✓
domowa terapia tlenem w leczeniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, astmy o ciężkim przebiegu lub śródmiąższowych chorób płuc pod łącznym warunkiem: • spełnienia kryteriów gazometrycznych: – pO₂ w spoczynku mniejsze lub równe 55 mm Hg z powtarzalnym wynikiem badania po miesiącu, – pO₂ w spoczynku w przedziale 56–60 mm Hg co najmniej przy występowaniu jednego z takich czynników, jak: radiologiczne cechy nadciśnienia płucnego, elektrokardiograficzne cechy przerostu prawej komory serca, wartość hematokrytu równa lub większa niż 55% z powtarzalnym wynikiem gazometrii po 3 miesiącach, • pozytywnej kwalifikacji przez Poradnię Domowego Leczenia Tlenem po 8 tygodniach od hospitalizacji po ostatnim zaostrzeniu choroby, • wartość czynnika SpO₂ ≤ 92% oraz występuje klinicznie nasilona duszność, • zalecenia tlenoterapii powyżej 15 h/ dobę			✓	✓

METODY LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO	Wersja kardiologiczna	Wersja 1	Wersja 2	Wersja 3
przeszczep rogówki (zabieg chirurgiczny polegający na zastąpieniu części lub całej chorej tkanki zdrową rogówką pobraną od dawcy)			✓	✓
przeszczepienie komórek przytarczyc (pobranie od dawcy komórek przytarczyc i wszczepienie ich Ubezpieczonemu choremu na schorzenia przytarczyc wymagających przeszczepu)			✓	✓
przeszczepienie komórek wysp trzustkowych (pobranie od dawcy wysp trzustkowych z komórkami produkującymi insulinę i wszczepienie ich Ubezpieczonemu choremu na cukrzycę)			✓	✓
leczenie metodą Gamma Knife zmian chorobowych w obrębie czaszki i górnego odcinka kręgosłupa szyjnego				✓
trombektomia mechaniczna w udarze niedokrwinnym mózgu (zabieg wewnątrznaczyniowy wykonany celem usunięcia niedrożności w obszarze unaczynienia mózgowego)				✓
wertebroplastyka (zabieg stosowany w leczeniu zmian chorobowych lub pourazowych w obrębie kręgosłupa, wykonany w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym, polegający na wprowadzeniu do kręgu substancji cementującej)				✓
wszczepienie implantu ślimakowego (wszczepienie implantu ślimakowego celem leczenia całkowitej obustronnej głuchoty, częściowej głuchoty lub głębokiego ubytku słuchu – niedosłuchu)				✓
leczenie insuliny z zastosowaniem pompy insulinowej (zlecone przez lekarza podawanie insuliny metodą ciągłego podskórnego wlewu w celu dostosowania rytmu wydzielania insuliny)				✓
żywienie pozajelitowe lub dojelitowe w warunkach domowych (podawanie białka lub źródeł białka, tłuszczów, węglowodanów, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody przy użyciu diet innych niż naturalne, w sposób inny niż doustnie – przez specjalne cewniki żyłne albo przez wytworzenie przetoki i założenie sztucznego dostępu – wykonywane w domu chorego i połączone z kompleksową opieką nad nim)				✓

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do pierwszego w okresie ochrony zastosowania względem **Ubezpieczonego** leczenia specjalistycznego w ramach każdej z opisanych w tabeli nr 10 metod leczenia specjalistycznego dostępnych w wybranej wersji.
- Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia w przypadku stosowania u **Ubezpieczonego** zarówno leczenia specjalistycznego będącego chemioterapią, jak i leczenia specjalistycznego będącego radioterapią, o ile oba te leczenie stosowane są do tej samej jednostki chorobowej lub zachodzi związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zastosowaniem obu tych metod leczenia specjalistycznego.
- Nie wypłacimy świadczenia za drugie i następne leczenie specjalistyczne w przypadku, gdy drugie i następne leczenie specjalistyczne będzie bezpośrednim następstwem leczenia specjalistycznego, za które wypłaciliśmy świadczenie z umowy.
- W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za leczenie specjalistyczne **Ubezpieczonego** rozpoczęte w okresie 3 miesięcy od daty przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że leczenie specjalistyczne było wynikiem wypadku. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we wcześniejszej umowie ubezpieczenia, jak i w umowie, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
- W razie późnego przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego oraz w razie braku możliwości złożenia nam przez pracownika oświadczenia o stanie zdrowia, gdy jest wymagane (zgodnie z § 77 ust. 5 lit. b) tych o.w.u.), stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za leczenie specjalistyczne **Ubezpieczonego** rozpoczęte w okresie 6 miesięcy od daty przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że leczenie specjalistyczne było wynikiem wypadku.
- Nie wypłacimy świadczenia za leczenie specjalistyczne **Ubezpieczonego**, jeżeli leczenie specjalistyczne było skutkiem:
 - okoliczności wskazanych w § 72 tych o.w.u.;
 - zatrucia się **Ubezpieczonego** substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku;
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku.
- Nie odpowiadamy za zastosowanie leczenia specjalistycznego u **Ubezpieczonego**, które rozpoczęło się przed datą przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego.

- Nie wypłacimy świadczenia za leczenie specjalistyczne rozpoczęte w okresie 2 lat od daty przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, jeśli choroba, będąca przyczyną tego leczenia, była przedmiotem prediagnostyki. Powyższe ograniczenie nie dotyczy chorób będących przedmiotem prediagnostyki rozpoczętej w okresie ochrony świadczonej w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia w przypadku **Ubezpieczonego**, który kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we wcześniejszej umowie ubezpieczenia, jak i w umowie, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
- Nie odpowiadamy za leczenie specjalistyczne **Ubezpieczonego** polegające na domowej terapii tlenem w leczeniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i astmy o ciężkim przebiegu, które było skutkiem:
 - mukowiscydozy;
 - przewlekłej niewydolności serca;
 - przewlekłej zatorowości płucnej;
 - wady serca lub dużych naczyń (aorty, żyły głównej dolnej, żyły głównej górnej, żył i tętnic płucnych);
 - choroby układu nerwowego;
 - choroby nowotworowej;
 - zmian anatomicznych lub pourazowych;
 - zespołu ostrej niewydolności oddechowej;
 - przeszczepu płuc.
- Nie odpowiadamy za leczenie specjalistyczne **Ubezpieczonego** polegające na wszczepieniu implantu ślimakowego, które było skutkiem wad wrodzonych słuchu.

§ 33. TELEOPIEKA KARDIOLOGICZNA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku pobytu **Ubezpieczonego** w szpitalu, który rozpoczął się w okresie ochrony, trwał co najmniej 3 dni i był następstwem choroby wymienionej w załączniku nr 8 do tych o.w.u., za pośrednictwem centrum operacyjnego zorganizujemy na terytorium Polski i pokryjemy koszty następujących świadczeń:
 - dostarczenia **Ubezpieczonemu** zestawu teleopieki kardiologicznej;
 - przeprowadzenia telefonicznego szkolenia z obsługi aparatu EKG, stanowiącego element zestawu teleopieki kardiologicznej;
 - telefonicznej opieki kardiologicznej;
 - odbioru aparatu EKG wraz z dostarczoną do niego ładowarką, stanowiącego element zestawu teleopieki kardiologicznej z miejsca pobytu **Ubezpieczonego**, po upływie okresu na jaki aparat EKG został udostępniony **Ubezpieczonemu**.

2. W ramach telefonicznej opieki kardiologicznej zorganizujemy i pokryjemy koszty całodobowego dostępu do następujących usług (bez limitu ilościowego):

- rejestrowania w systemie telemedycznym badań przestanych przez **Ubezpieczonego** za pomocą otrzymanego aparatu EKG;
- analizy badań, o których mowa w lit. a);
- stałego kontaktu telefonicznego z personelem medycznym;
- dostępu do informacji na temat wyniku badań pod numerem znajdującym się na aparacie EKG;
- archiwizacji wszystkich wykonanych badań wraz z ich wynikami przez okres 20 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;
- udostępnienia drogą telefoniczną po uprzedniej weryfikacji tożsamości lub mailową (w postaci zaszyfrowanych plików) wyników badań **Ubezpieczonemu** lub wskazanemu przez niego lekarzowi lub innej osobie;
- wzewzania pogotowia ratunkowego do miejsca pobytu **Ubezpieczonego** w przypadku stwierdzenia przez lekarza dyżurnego uzasadnionej medycznie potrzeby pomocy medycznej oraz posiadania wiedzy o miejscu pobytu **Ubezpieczonego**, a także poinformowanie o tym fakcie wskazanej przez **Ubezpieczonego** osoby;
- przekazywania dyspozytorowi pogotowia ratunkowego informacji na temat wyniku badania **Ubezpieczonego**.

3. **Zestaw teleopieki kardiologicznej** i telefoniczna opieka kardiologiczna przysługują **Ubezpieczonemu** przez okres 180 dni licząc od daty dostarczenia **Ubezpieczonemu** zestawu.

4. Jeśli w okresie posiadania **zestawu teleopieki kardiologicznej**, **Ubezpieczony** rozpocznie kolejny pobyt w **szpitalu**, spełniający przesłanki, o których mowa w ust. 1, okres przysługiwania **zestawu teleopieki kardiologicznej** i telefonicznej opieki kardiologicznej ulegają przedłużeniu o kolejne 180 dni, licząc od daty wypisu ze **szpitala**.

5. **Zestaw teleopieki kardiologicznej** dostarczymy **Ubezpieczonemu** w ciągu 3 dni roboczych od daty zgłoszenia zdarzenia.

6. W celu telefonicznego kontaktu personelu medycznego z **Ubezpieczonym** niezbędne jest posiadanie przez **Ubezpieczonego** telefonu stacjonarnego lub komórkowego, którego numer zostanie nam podany.

7. **Ubezpieczony** jest zobowiązany:

- postępować zgodnie z dyspozycjami w zakresie korzystania z aparatu EKG oraz niezwłocznie informować o dostrzeżonych oznakach nieprawidłowego działania, awarii, uszkodzenia lub utrudnieniach w działaniu aparatu;
- nie przekazywać aparatu EKG innym osobom i korzystać z teleopieki kardiologicznej wyłącznie na własny użytek;
- korzystać z aparatu EKG zgodnie z przekazaną **Ubezpieczonemu** instrukcją obsługi;
- do zwrotu aparatu EKG po zakończeniu teleopieki kardiologicznej. W tym celu skontaktujemy się z **Ubezpieczonym** i ustalimy sposób i termin zwrotu aparatu EKG wraz z dostarczoną do niego tadowarką. **Ubezpieczony** nie ponosi kosztu odbioru sprzętu EKG.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

8. Nie organizujemy i nie ponosimy kosztów świadczeń teleopieki kardiologicznej, jeżeli pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu** w następstwie choroby wymienionej w załączniku nr 8 do tych o.w.u., był skutkiem:
- popętnienia przez **Ubezpieczonego** umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu;
 - zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania;
 - działania energii jądrowej lub 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.
9. Nie organizujemy i nie ponosimy kosztów świadczeń teleopieki kardiologicznej, jeżeli pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu** w następstwie choroby wymienionej w załączniku nr 8 do tych o.w.u. miał na celu przeprowadzenie planowego leczenia, planowych konsultacji lub planowych badań.
10. Nie odpowiadamy za niewykonanie lub nienależyte wykonanie teleopieki kardiologicznej, jeśli nastąpiło to w wyniku działania **sily wyższej**.
11. Nie ponosimy kosztów połączeń telefonicznych **Ubezpieczonego**. Opłaty za połączenia są zgodne z cennikiem operatora.

§ 34. LECZENIE PRZEWLEKŁEJ CHOROBY NARZĄDU MOWY LUB SŁUCHU UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku skierowania w **okresie ochrony Ubezpieczonego** przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, laryngologa, foniatrę, otolaryngologa lub audiologa na badania specjalistyczne w związku z podejrzeniem **przewlekłej choroby narządu mowy lub słuchu**, zorganizujemy i pokryjemy koszty wymienionych niżej świadczeń:

- porady diagnostycznej, która obejmuje:
 - badanie przedmiotowe,
 - badanie laryngoskopowe krtani,
 - badanie stroboskopowe krtani,
 - ocenę głosu w skali percepcyjnej,
 - analizę akustyczną głosu,
 - badanie słuchu (audiometria tonalna, audiometria impedancyjna, otoskopia, audiometria słowna),
 - omówienie wyników badań i zaplanowanie procesu terapeutycznego;
- porady terapeutycznej, która obejmuje:
 - ordynację leków,
 - ćwiczenia oddechowe,
 - ćwiczenia relaksacyjne,
 - ćwiczenia z zakresu emisji głosu,
 - ćwiczenia manipulacyjne na krtani,
 - zabiegi fizykoterapeutyczne (elektryzacja krtani, inhalacje lekowe).

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

2. Nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów porady terapeutycznej i porady diagnostycznej, jeżeli podejrzenie **przewlekłej choroby narządu mowy lub słuchu** jest skutkiem:
- okoliczności wskazanych w § 72 ust. 1 lub 2 tych o.w.u.;
 - zatrucia się **Ubezpieczonego** substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**;
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.

§ 35. NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY Z POWODU CHOROBY ZAWODOWEJ

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku wystąpienia u **Ubezpieczonego** w **okresie ochrony niezdolności do pracy** z powodu choroby zawodowej, wymienionej w załączniku nr 9 do tych o.w.u., która została zdiagnozowana w **okresie ochrony**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie i certyfikacie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

2. Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u **Ubezpieczonego** **niezdolności do pracy** z powodu choroby zawodowej, jeżeli choroba zawodowa powstała wskutek:
- okoliczności wskazanych w § 72 ust. 1 lub 2 tych o.w.u.;
 - zatrucia się **Ubezpieczonego** substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**;
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.

§ 36. WYSTĄPIENIE U UBEZPIECZONEGO CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY LUB NIEZDOLNOŚCI DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku, gdy w następstwie choroby zdiagnozowanej w **okresie ochrony** lub **wypadku** u **Ubezpieczonego** wystąpi **całkowita niezdolność do pracy** lub **niezdolność do samodzielnej egzystencji**,

wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.

- Świadczenie może być wypłacone w formie jednorazowej lub w formie renty, w zależności od postanowień **umowy**. Świadczenie w formie renty wypłacimy zgodnie z §83 ust. 20 tych **o.w.u.** za miesięczne okresy liczone od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym u **Ubezpieczonego** wystąpiła **całkowita niezdolność do pracy** lub **niezdolność do samodzielnej egzystencji** do dnia śmierci **Ubezpieczonego**, nie dłużej niż przez okres 60 miesięcy.
- Wysokość i formę wypłaty świadczenia potwierdzimy w **polisie** i **certyfikacie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u **Ubezpieczonego całkowitej niezdolności do pracy** lub **niezdolności do samodzielnej egzystencji**, jeżeli była ona następstwem **choroby** lub **wypadku**, które powstały wskutek:
 - okoliczności wskazanych w § 72 tych **o.w.u.**;
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
- Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u **Ubezpieczonego całkowitej niezdolności do pracy** lub **niezdolności do samodzielnej egzystencji**, jeżeli wystąpił po upływie 12 miesięcy od:
 - wystąpienia **wypadku** – w przypadku **całkowitej niezdolności do pracy** lub **niezdolności do samodzielnej egzystencji** będących następstwem **wypadku**;
 - wygaśnięcia ochrony względem **Ubezpieczonego** w zakresie tego świadczenia dodatkowego – w przypadku **całkowitej niezdolności do pracy** lub **niezdolności do samodzielnej egzystencji** będących następstwem **choroby**.
- Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u **Ubezpieczonego niezdolności do samodzielnej egzystencji**, jeżeli wystąpi ona wskutek zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS).
- W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u **Ubezpieczonego całkowitej niezdolności do pracy** lub **niezdolności do samodzielnej egzystencji** w okresie 3 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że ich wystąpienie jest wynikiem **wypadku**. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
- W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego oraz w razie braku możliwości złożenia nam przez **pracownika** oświadczenia o stanie zdrowia, gdy jest wymagane (zgodnie z § 77 ust. 5 lit. b) tych **o.w.u.**), stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u **Ubezpieczonego całkowitej niezdolności do pracy** lub **niezdolności do samodzielnej egzystencji** w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że ich wystąpienie jest wynikiem **wypadku**.

§ 37. KALECTWO UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku wystąpienia u **Ubezpieczonego** kalectwa w postaci **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku**, jeżeli uszczerbek na zdrowiu ujawni się w okresie 180 dni od dnia **wypadku** i został wymieniony w załączniku nr 10 do tych **o.w.u.**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
- Wysokość świadczeń za 1% i za 100% **trwałego uszczerbku na zdrowiu** potwierdzimy w **polisie** i **certyfikacie**.
- Za każdy 1% **trwałego uszczerbku na zdrowiu** **Ubezpieczonego** wypłacimy 1% **sumy ubezpieczenia** z tytułu kalectwa **Ubezpieczonego**. Wysokość **trwałego uszczerbku na zdrowiu** przyjmowana jest na podstawie załącznika nr 10 do tych **o.w.u.**

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u **Ubezpieczonego** kalectwa, jeżeli **wypadek** będący przyczyną **trwałego uszczerbku na zdrowiu** powstał wskutek:
 - okoliczności wskazanych w § 72 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności,

chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.

- Nasza odpowiedzialność z tytułu wystąpienia kalectwa **Ubezpieczonego** nie obejmuje:
 - pourazowych psychoz, encefalopatii i nerwicy;
 - trwałego uszczerbku na zdrowiu**, który będzie związany z takimi uszkodzeniami ciała w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, które w dokumentacji medycznej **Ubezpieczonego** lekarz określi jako mające charakter nawykowy, zmęczeniuowy lub wysiłkowy.
- W razie wystąpienia kilku **trwałych uszczerbków na zdrowiu** w następstwie jednego **wypadku**, wartości procentowe **trwałych uszczerbków na zdrowiu** podlegają zsumowaniu, maksymalnie jednak do wartości 100%.
- Jeżeli **Ubezpieczony** zmarł, a stopień **trwałego uszczerbku na zdrowiu** nie został wcześniej określony, to stopień **trwałego uszczerbku na zdrowiu** określa się na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.

§ 38. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku wystąpienia u **Ubezpieczonego** **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku**, jeżeli uszczerbek na zdrowiu ujawni się w okresie 180 dni od dnia **wypadku** i został wymieniony w załączniku nr 11 do tych **o.w.u.**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
 - Świadczenie dostępne jest w dwóch wersjach:
 - świadczenie proporcjonalne lub
 - świadczenie progresywne.
 - Wersję oraz wysokość świadczeń za 1% i za 100% **trwałego uszczerbku na zdrowiu** potwierdzimy w **polisie** i **certyfikacie**.
 - Jeżeli **Ubezpieczony** jest objęty ubezpieczeniem w wersji „świadczenie proporcjonalne”, to za każdy 1% **trwałego uszczerbku na zdrowiu** **Ubezpieczonego** wypłacimy 1% **sumy ubezpieczenia** z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu**. Wysokość **trwałego uszczerbku na zdrowiu** przyjmowana jest na podstawie załącznika nr 11 do tych **o.w.u.**
 - Jeżeli **Ubezpieczony** jest objęty ubezpieczeniem w wersji „świadczenie progresywne”, to za każdy 1% **trwałego uszczerbku na zdrowiu** dla uszczerbków:
 - do 25% (włącznie) wypłacimy 1% **sumy ubezpieczenia** z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu**;
 - powyżej 25% do 45% (włącznie) wypłacimy 1,5% **sumy ubezpieczenia** z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu**;
 - powyżej 45% do 65% (włącznie) wypłacimy 2% **sumy ubezpieczenia** z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu**;
 - powyżej 65% do 85% (włącznie) wypłacimy 3% **sumy ubezpieczenia** z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu**;
 - powyżej 85% do 100% (włącznie) wypłacimy 4% **sumy ubezpieczenia** z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu**.
- Wysokość **trwałego uszczerbku na zdrowiu** przyjmowana jest na podstawie załącznika nr 11 do tych **o.w.u.**

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u **Ubezpieczonego** **trwałego uszczerbku na zdrowiu**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną **trwałego uszczerbku na zdrowiu** powstał wskutek:
 - okoliczności wskazanych w § 72 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
- W odniesieniu do:
 - urazów leczonych zachowawczo, a następnie **leczonych operacyjnie**, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wysokości świadczeń z tytułu urazów **leczonych operacyjnie**,
 - skręceń i zwichnięć** w obrębie tego samego stawu, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do samego **wypadku** w każdym 12. miesięcznym okresie liczącym począwszy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego,
 - oparzeń mieszanych I/II lub II/III stopnia odpowiadamy za wyższy stopień oparzenia.
- Nasza odpowiedzialność z tytułu wystąpienia u **Ubezpieczonego** **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku** nie obejmuje:
 - pourazowych psychoz, encefalopatii i nerwicy;

- b) **trwałego uszczerbku na zdrowiu** związanego z takimi uszkodzeniami ciała w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, które w dokumentacji medycznej **Ubezpieczonego** lekarz określi jako mające charakter nawykowy, zmęzeniowy lub wysiłkowy.
- 9. W razie wystąpienia kilku **trwałych uszczerbków na zdrowiu** w następstwie jednego **wypadku**, wartości procentowe **trwałych uszczerbków na zdrowiu** podlegają zsumowaniu, maksymalnie jednak do wartości 100%.
- 10. Jeżeli **Ubezpieczony** zmarł, a stopień **trwałego uszczerbku na zdrowiu** nie został wcześniej określony, to stopień **trwałego uszczerbku na zdrowiu** określa się na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.

§ 39. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku wystąpienia u **Ubezpieczonego** **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu**, wymienionego w załączniku nr 12 do tych **o.w.u.**, jeżeli uszczerbek na zdrowiu ujawnił się w okresie 180 dni od **zawału serca** lub **udar mózgu** mającego miejsce w **okresie ochrony**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. Wysokość świadczenia ustalimy w ten sposób, że za każdy 1% **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu** **Ubezpieczonemu** przysługiwać będzie 1% **sumy ubezpieczenia** z tytułu tego świadczenia dodatkowego. Wysokość **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu** przyjmowana jest na podstawie załącznika nr 12 do tych **o.w.u.** Wysokość świadczenia za 1% i za 100% uszczerbku potwierdzimy w **polisie** i **certyfikacie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u **Ubezpieczonego** **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu**, jeżeli **zawał serca** lub **udar mózgu** będący przyczyną **trwałego uszczerbku na zdrowiu** powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 72 tych **o.w.u.**;
 - b) zatrucia się **Ubezpieczonego** substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**;
 - c) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego**, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
4. Nie odpowiadamy za wystąpienie **trwałego uszczerbku na zdrowiu**, który powstał wskutek:
 - a) uszkodzenia mięśnia serca spowodowanego: czynnikami mechanicznymi, czynnikami toksycznymi, czynnikami zapalnymi, lub naciekami;
 - b) zawału w przebiegu choroby niedokrwiennej serca rozpoznanej u **Ubezpieczonego** przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, który wystąpi w okresie 2 lat od **daty przystąpienia do ubezpieczenia** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje);
 - c) w przypadku **udar mózgu**: uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem.
5. W razie wystąpienia w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu** upośledzenia większej liczby funkcji fizycznych, wartości procentowe **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu** podlegają zsumowaniu, maksymalnie jednak do 100%.
6. Jeżeli wskutek wystąpienia **zawału serca** lub **udar mózgu** uszkodzeniu uległ organ, narząd lub układ, którego funkcje były wcześniej upośledzone (z przyczyny choroby lub istniejącego już uszkodzenia), procent **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu** określa się jako różnicę między stanem po **zawale serca** lub **udarze mózgu**, a stanem istniejącym bezpośrednio przed **zawalem serca** lub **udarem mózgu**.
7. Nasza odpowiedzialność względem **Ubezpieczonego** nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość świadczenia z tytułu

100 % **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu**.

8. Jeżeli **Ubezpieczony** zmarł, a stopień **trwałego uszczerbku na zdrowiu** nie został wcześniej określony, to stopień **trwałego uszczerbku na zdrowiu** określa się na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.

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

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

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

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

2. Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u **Ubezpieczonego** **urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu**, jeżeli **wypadek** będący jego przyczyną powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 72 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
3. Nasza odpowiedzialność z tytułu wystąpienia u **Ubezpieczonego** **urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku**:
 - a) nie obejmuje urazów związanych z takimi uszkodzeniami ciała w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, które w dokumentacji medycznej **Ubezpieczonego** lekarz określi jako mające charakter nawykowy, zmęzeniowy lub wysiłkowy,
 - b) w każdym 12. miesięcznym okresie, liczącym począwszy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego ograniczona jest do 2 **urazów niepowodujących trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku**.

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

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

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

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie wypłacimy świadczenia za koszty leczenia **Ubezpieczonego** poniesione w następstwie **wypadku**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną poniesienia kosztów leczenia nastąpił wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 72 ust. 1 lub 3 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
5. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztów powstałych z tytułu lub w następstwie:
 - a) zabiegów ze wskazań estetycznych, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - b) zabiegów lub leczenia sposobami nieuznawanymi naukowo i medycznie;
 - c) niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie **Ubezpieczonego**;
 - d) zakupu artykułów żywnościowych;
 - e) wykonywania czynności pielęgnacyjnych względem **Ubezpieczonego**;
 - f) pobytów w **sanatoriach** lub uzdrowiskach, ani podróży do tych miejsc.
6. Nie odpowiadamy za koszty leczenia **Ubezpieczonego**, jeżeli przyczyną ich poniesienia były takie uszkodzenia ciała w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, które w dokumentacji medycznej **Ubezpieczonego** lekarz określił jako mające charakter nawykowy, zmęczenia lub wysiłkowy.

§ 42. ŚWIADCZENIA ASSISTANCE I TELEMEDYCYNĄ DLA UBEZPIECZONEGO I JEGO RODZINY

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego** oraz zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **dziecka**, które

nie ukończyło 25 roku życia lub **małżonka** albo **partnera**. W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony**, wymienionych w tabeli nr 11 poniżej:

- a) zdarzeń dotyczących **Ubezpieczonego** – za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń **assistance** i **telemedycyny** wymienionych w tej tabeli do wysokości łącznego limitu 10 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia, z uwzględnieniem podlimitów wskazanych w tabeli nr 11;
 - b) zdarzeń w życiu **Ubezpieczonego**, dotyczących **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia lub **małżonka** albo **partnera**, **Ubezpieczonemu** należne jest świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (**Suma Ubezpieczenia Assistance**) do wykorzystania na zasadach określonych poniżej i w tabeli nr 11, przy czym w odniesieniu do 1 zdarzenia łączny limit naszej odpowiedzialności to 10 000 zł.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 lit. b), realizujemy wyłączenie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego **centrum operacyjnemu** z tytułu wykonania wskazanych przez **Ubezpieczonego** świadczeń **assistance** i **telemedycyny**, wymienionych w tabeli nr 11. Wynagrodzenie wypłacane **centrum operacyjnemu** w przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzeń, o których mowa w ust. 1 lit. b), ograniczone jest do wysokości **Sum Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń **assistance** i **telemedycyny**, wskazanych w tabeli nr 11. **Sumy Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń **assistance** i **telemedycyny**, w odniesieniu do jednego zdarzenia, każdorazowo ulegają obniżeniu o kwotę stanowiącą wartość danego świadczenia **assistance** i **telemedycyny**, wykonanego z tytułu zdarzenia.
 3. Jeśli zakres ochrony jest rozszerzony o więcej niż jedno „świadczenie **assistance** dla **Ubezpieczonego** i jego rodziny”, wówczas łączna wysokość limitu na zdarzenie stanowi odpowiednią wielokrotność wartości podanych w tabeli nr 11.

Tabela nr 11 (świadczenia **assistance** i **telemedycyna**)

ZAKRES UBEZPIECZENIA OBEJMUJE NASTĘPUJĄCE ŚWIADCZENIA ASSISTANCE I TELEMEDYCYNĄ WYKONYWANE WYŁĄCZNIE NA TERENIE POLSKI (Z WYJĄTKIEM ŚWIADCZENIA ASSISTANCE – POMOC MEDYCZNA ZA GRANICĄ), Z UWZGLĘDNIENIEM – LIMITU ŁĄCZNEGO NA KAŻDE ZDARZENIE w wysokości 10 000 zł – PODLIMITÓW DLA DANEGO ŚWIADCZENIA, oraz – SUM UBEZPIECZENIA ASSISTANCE:	Podlimity obowiązujące dla danego świadczenia na każde zdarzenie w ramach łącznego limitu 10 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia dotyczącego Ubezpieczonego	Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każde zdarzenie, w ramach łącznego limitu 10 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia dotyczącego:	
		małżonka albo partnera	dziecko , które nie ukończyło 25 roku życia
I. POMOC W RAZIE WYSTĄPIENIA CHOROBY LUB WYPADKU			
1. Dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza			
Gdy w wyniku choroby lub wypadku , zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagane jest leżenie, pokryjemy koszty dostarczenia leków zaordynowanych przez lekarza. Koszt leków nie jest przez nas pokrywany.	w ramach łącznego limitu 10 000 zł	500 zł	500 zł
2. Transporty medyczne ze wskazaną osobą:			
– z miejsca pobytu do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, gdy w wyniku choroby lub wypadku wymagany jest pobyt w placówce medycznej,			
– z placówki medycznej do miejsca pobytu,		1200 zł	1200 zł
– z placówki medycznej do placówki medycznej – gdy placówka medyczna nie odpowiada pod względem medycznym wymogom leczenia odpowiednim dla stanu zdrowia chorego lub gdy wystawiono skierowanie na badania specjalistyczne albo zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej.	w ramach łącznego limitu 10 000 zł	1200 zł 1200 zł	1200 zł 1200 zł
Transporty medyczne są organizowane, gdy nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej.			
3. Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego			
Jeżeli w następstwie choroby lub wypadku zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagana jest rehabilitacja w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, zorganizujemy i pokryjemy koszty, w zależności od wyboru Ubezpieczonego :	1000 zł w przypadku choroby lub 2000 zł po wypadku	1000 zł w przypadku choroby lub 2000 zł po wypadku	1000 zł w przypadku choroby lub 2000 zł po wypadku
a. wizyt fizykoterapeuty w miejscu pobytu, albo			
b. transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej.			
4. Organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego			

ZAKRES UBEZPIECZENIA OBEJMUJE NASTĘPUJĄCE ŚWIADCZENIA ASSISTANCE I TELEMEDYCYNĄ WYKONYWANĄ WYŁĄCZNIE NA TERENIE POLSKI (Z WYJĄTKIEM ŚWIADCZENIA ASSISTANCE – POMOC MEDYCZNA ZA GRANICĄ), Z UWZGLĘDNIENIEM – LIMITU ŁĄCZNEGO NA KAŻDE ZDARZENIE w wysokości 10 000 zł – PODLIMITÓW DLA DANEGO ŚWIADCZENIA, oraz – SUM UBEZPIECZENIA ASSISTANCE:		Podlimity obowiązujące dla danego świadczenia na każde zdarzenie w ramach łącznego limitu 10 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia dotyczącego Ubezpieczonego	Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każde zdarzenie, w ramach łącznego limitu 10 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia dotyczącego:	
			małżonka albo partnera	dziecko, które nie ukończyło 25 roku życia
Jeżeli w następstwie choroby lub wypadku , zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagane jest używanie sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu pobytu, zapewnimy:				
a.	organizację i pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu;	500 zł	500 zł	500 zł
b.	pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego ;	500 zł	500 zł	500 zł
c.	podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny .	bez limitu	–	–
5. Opieka nad niepełnoletnimi dziećmi i osobami niesamodzielnymi				
Gdy w wyniku choroby lub wypadku Ubezpieczonego, małżonka albo partnera lub dziecka , które nie ukończyło 25 roku życia, wymagany jest pobyt w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zorganizujemy i pokryjemy następujące koszty dotyczące jego niepełnoletnich dzieci lub osób niesamodzielnych pozostających pod jego opieką:				
a.	przewozu komunikacją kolejową lub autobusową niepełnoletnich dzieci pod opieką osoby przez nas uprawnionej do miejsca pobytu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe) – świadczenie jest realizowane, o ile na trasie do miejsca pobytu osoby wyznaczonej do opieki funkcjonuje komunikacja kolejowa lub autobusowa;			
b.	przejazdu komunikacją kolejową lub autobusową osoby wyznaczonej do opieki z jej miejsca pobytu do miejsca pobytu niepełnoletnich dzieci/osoby niesamodzielnej, i jej powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe) – świadczenie jest realizowane, o ile na trasie do miejsca pobytu osoby wyznaczonej do opieki funkcjonuje komunikacja kolejowa lub autobusowa.	w ramach łącznego limitu 10 000 zł	1200 zł	1200 zł
Powyższe usługi wymienione w pkt 5 lit. a. i b. realizowane są, gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki; w przypadku gdy nie udało nam się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt 5 lit. a. lub b., zapewnimy:				
c.	organizację i pokrycie kosztów opieki w miejscu pobytu niepełnoletnich dzieci/osoby niesamodzielnej przez maksymalnie 5 dni.			
6. Opieka pielęgniarki po pobycie w szpitalu				
W przypadku przebywania w wyniku choroby lub wypadku w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zorganizujemy i pokryjemy koszty 10 wizyt pielęgniarki po zakończeniu hospitalizacji, w związku z medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu pobytu.		w ramach łącznego limitu 10 000 zł	1200 zł	1200 zł
7. Pomoc domowa po pobycie w szpitalu				
W przypadku przebywania w wyniku choroby lub wypadku w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni i złożenia nam oświadczenia o braku możliwości skorzystania z pomocy domowników, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej (przygotowanie posiłków, zakupy podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości) po zakończeniu hospitalizacji; usługa świadczona jest maksymalnie przez 5 dni. Koszt posiłków, podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości nie jest przez nas pokrywany.		w ramach łącznego limitu 10 000 zł	1200 zł	1200 zł
8. Organizacja prywatnych lekcji				
W sytuacji, gdy dziecko Ubezpieczonego, małżonka albo partnera , zgodnie z pisemnym wskazaniem lekarza prowadzącego, powinno przebywać w domu przez okres powyżej 7 dni, zorganizujemy i pokryjemy koszty prywatnych lekcji (utraconych lekcji w szkole zgodnie z planem lekcji); data rozpoczęcia prywatnych lekcji powinna wystąpić nie później niż w okresie 30 dni od daty wystawienia pisemnego wskazania lekarza prowadzącego do przebywania w domu, a data zakończenia prywatnych lekcji – przed upływem 30 dnia licząc od daty ich rozpoczęcia.		1200 zł	–	–
9. Organizacja pobytu przedstawiciela ustawowego w szpitalu w razie pobytu dziecka w szpitalu				
W sytuacji, gdy dziecko Ubezpieczonego, małżonka albo partnera lub dziecka , które nie ukończyło 25 roku życia, w wyniku choroby lub wypadku przebywa w szpitalu, zorganizujemy i pokryjemy koszty pobytu jednego z opiekunów dziecka w szpitalu, o ile usługa taka jest możliwa do zorganizowania w warunkach szpitala, w którym przebywa dziecko, lub w hotelu przyszpitalnym.		1200 zł	1200 zł	1200 zł

ZAKRES UBEZPIECZENIA OBEJMUJE NASTĘPUJĄCE ŚWIADCZENIA ASSISTANCE I TELEMEDYCYNY WYKONYWANE WYŁĄCZNIE NA TERENIE POLSKI (Z WYJĄTKIEM ŚWIADCZENIA ASSISTANCE – POMOC MEDYCZNA ZA GRANICĄ), Z UWZGLĘDNIENIEM – LIMITU ŁĄCZNEGO NA KAŻDE ZDARZENIE w wysokości 10 000 zł – PODLIMITÓW DLA DANEGO ŚWIADCZENIA, oraz – SUM UBEZPIECZENIA ASSISTANCE:		Podlimity obowiązujące dla danego świadczenia na każde zdarzenie w ramach łącznego limitu 10 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia dotyczącego Ubezpieczonego	Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każde zdarzenie, w ramach łącznego limitu 10 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia dotyczącego:	
			małżonka albo partnera	dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia
10.	Pomoc medyczna za granicą			
Jeżeli poza granicami Polski wymagane jest udzielenie natychmiastowej pomocy medycznej, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji lekarskich oraz honorariów i dojazdów lekarza do miejsca pobytu, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej. Wartość świadczenia stanowi równowartość kwoty przeliczonej z waluty danego kraju na złote polskie (PLN), według kursu opublikowanego przez NBP w tabelach kursów średnich walut obcych z dnia skorzystania ze świadczenia.		2000 zł	2000 zł	2000 zł
11.	Opieka nad zwierzętami domowymi w czasie pobytu w szpitalu			
Po uzyskaniu przez lekarza uprawnionego informacji o przewidywanym czasie pobytu w szpitalu w wyniku choroby lub wypadku, zorganizujemy i pokryjemy koszty jednego z następujących świadczeń:				
a.	transportu i pobytu zwierząt domowych (psów i kotów) do hotelu dla zwierząt na okres 6 kolejnych dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, zorganizujemy dalszą opiekę po akceptacji pokrycia kosztu;	w ramach łącznego limitu 10 000 zł	1200 zł	1200 zł
b.	transportu zwierząt domowych (psów i kotów) do osoby lub hotelu dla zwierząt wyznaczonych przez Ubezpieczonego.			
II. POMOC W RAZIE WYSTĄPIENIA WYPADKU				
Wizyta lekarska				
W razie wystąpienia wypadku zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji lekarskich oraz honorariów i dojazdów lekarza do miejsca pobytu, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej.		500 zł	500 zł	500 zł
III. ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU DIAGNOZY DEPRESJI LUB ZABURZEŃ ODŻYWIANIA ORAZ W TRUDNYCH SYTUACJACH LOSOWYCH				
Pomoc psychologa				
Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt u psychologa, jeśli:				
a.	zostanie zdiagnozowana choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako depresja (F32, F33) lub zaburzenia odżywiania (F50),	5 konsultacji	1000 zł	1000 zł
b.	wystąpią następujące trudne sytuacje losowe: – poronienie, śmierć dziecka lub urodzenia martwego dziecka, – samookaleczenie lub próba samobójcza, – śmierć Ubezpieczonego, małżonka albo partnera, rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera.			
IV. TELEMEDYCYNĄ W RAZIE WYPADKU, CHOROBY LUB NASILENIA OBJAWÓW CHOROBOWYCH O OSTRYM PRZEBIEGU POZOSTAJĄCYCH W BEZPOŚREDNIM ZWIĄZKU Z CHOROBA PRZEWLEKŁĄ, WYMAGAJĄCYCH NATYCHMIASTOWEJ PORADY LEKARSKIEJ				
Zorganizujemy i pokryjemy koszty zdalnych porad lekarskich, udzielanych przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę, w tym: teleporady, wideoporady lub porady za pośrednictwem chatu (w ramach usługi nie jest możliwe postawienie diagnozy), obejmujących:		10 porad lekarskich w każdym 12. miesięcznym okresie liczącym począwszy od daty przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego	1000 zł (do wykorzystania na nie więcej niż 10 porad lekarskich w każdym 12 miesięcznym okresie liczącym począwszy od daty przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego)	1000 zł (do wykorzystania na nie więcej niż 10 porad lekarskich w każdym 12 miesięcznym okresie liczącym począwszy od daty przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego)
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.			
V. INFOLINIE DLA UBEZPIECZONEGO				
1.	Infolinia medyczna w razie choroby lub wypadku Ubezpieczonego – informacje o:			

ZAKRES UBEZPIECZENIA OBEJMUJE NASTĘPUJĄCE ŚWIADCZENIA ASSISTANCE I TELEMEDYCYNĘ WYKONYWANĄ WYŁĄCZNIE NA TERENIE POLSKI (Z WYJĄTKIEM ŚWIADCZENIA ASSISTANCE – POMOC MEDYCZNA ZA GRANICĄ), Z UWZGLĘDNIENIEM – LIMITU ŁĄCZNEGO NA KAŻDE ZDARZENIE w wysokości 10 000 zł – PODLIMITÓW DLA DANEGO ŚWIADCZENIA, oraz – SUM UBEZPIECZENIA ASSISTANCE:		Podlimity obowiązujące dla danego świadczenia na każde zdarzenie w ramach łącznego limitu 10 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia dotyczącego Ubezpieczonego	Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każde zdarzenie, w ramach łącznego limitu 10 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia dotyczącego:
		małżonka albo partnera	dziecko, które nie ukończyło 25 roku życia
a.	państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia		
b.	działaniu leków, ich skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży		
c.	placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne		
d.	placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny		
e.	niezbędnych przygotowaniach do zabiegów lub badań medycznych		
f.	domach pomocy społecznej, hospicjach		
g.	schorzeniach, stosowanych metodach leczenia i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów prawa)	bez limitu	
h.	niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku		
i.	grupach wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na schorzenia, kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci		
j.	aptekach czynnych przez całą dobę		
k.	szczepieniach i zagrożeniach epidemiologicznych dla podróżujących		
l.	poradniach i placówkach leczenia uzależnień od narkotyków.		
Informacje, o których mowa w lit. a.-l. powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.			
2.	Infolinia zdrowe odżywianie w razie ciąży, choroby lub wypadku Ubezpieczonego – informacje o:		
a.	dietach dla dzieci, dorosłych, osób starszych, kobiet w ciąży		
b.	diecie bezglutenowej		
c.	diecie dla cukrzyków		
d.	diecie dla osób otyłych		
e.	zasadach zdrowego odżywiania	bez limitu	
f.	tabelach kalorycznych, tabelach indeksu glikemicznego		
g.	zapotrzebowaniu organizmu na witaminy lub mikroelementy w razie choroby		
h.	funkcjach poszczególnych witamin w organizmie		
i.	danych teledoresowych lekarzy dietetyków.		
Informacje, o których mowa w lit. a.-i. nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.			
3.	Infolinia baby assistance w razie ciąży lub urodzenia się dziecka Ubezpieczonego – informacje o:		
a.	objawach ciąży		
b.	badaniach prenatalnych		
c.	wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu		
d.	szkołach rodzenia	bez limitu	
e.	pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie		
f.	karmieniu dziecka		
g.	obowiązkowych szczepieniach dzieci		
h.	pielęgnacji dziecka .		
Informacje, o których mowa w lit. a.-h. nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.			
4.	Infolinia pogrzebowa w razie śmierci osoby bliskiej – informacje o:		

ZAKRES UBEZPIECZENIA OBEJMUJE NASTĘPUJĄCE ŚWIADCZENIA ASSISTANCE I TELEMEDYCYNĘ WYKONYWANĄ WYŁĄCZNIE NA TERENIE POLSKI (Z WYJĄTKIEM ŚWIADCZENIA ASSISTANCE – POMOC MEDYCZNA ZA GRANICĄ), Z UWZGLĘDNIENIEM – LIMITU ŁĄCZNEGO NA KAŻDE ZDARZENIE W wysokości 10 000 zł – PODLIMITÓW DLA DANEGO ŚWIADCZENIA, oraz – SUM UBEZPIECZENIA ASSISTANCE:	Podlimity obowiązujące dla danego świadczenia na każde zdarzenie w ramach łącznego limitu 10 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia dotyczącego Ubezpieczonego	Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każde zdarzenie, w ramach łącznego limitu 10 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia dotyczącego:		
		<table><tr><td>małżonka albo partnera</td><td>dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia</td></tr></table>	małżonka albo partnera	dziecka , które nie ukończyło 25 roku życia
małżonka albo partnera	dziecka , które nie ukończyło 25 roku życia			
a. procedurach postępowania w Polsce w razie śmierci osoby bliskiej i wydaniu karty zgonu, w zależności od okoliczności śmierci				
b. terminach zgłoszenia zgonu w Urzędzie Stanu Cywilnego				
c. dokumentach niezbędnych do wydania aktu zgonu				
d. danych teled adresowych zakładów pogrzebowych				
e. dokumentów wymaganych przez zakład pogrzebowy	bez limitu			
f. zasiłku pogrzebowego z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych: – komu przysługuje, – wysokość zasiłku, – wymagane dokumenty, – przedawnienie roszczeń o jego wypłatę				
g. danych teled adresowych kwiaciarni.				

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów świadczeń assistance, będących następstwem **wypadku** lub **choroby**, które powstały wskutek:
 - okoliczności wskazanych w § 72 tych **o.w.u.** (w odniesieniu do zdarzeń dotyczących **Ubezpieczonego**);
 - okoliczności wskazanych w § 73 tych **o.w.u.** (w odniesieniu do zdarzeń dotyczących **małżonka** albo **partnera**);
 - okoliczności wskazanych w § 74 tych **o.w.u.** (w odniesieniu do zdarzeń dotyczących **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia);
 - uczestniczenia **Ubezpieczonego**, **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia lub **małżonka** albo **partnera** w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer pojazdów silnikowych, w tym również w ramach jazd próbnych lub testowych do tych zawodów;
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę odpowiednio **Ubezpieczonego**, **małżonka** albo **partnera** lub **dziecka** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku** (wyłączenie nie dotyczy świadczeń assistance – pomoc psychologa).

Wyłączenie organizacji i pokrycia kosztów świadczeń assistance – w odniesieniu do świadczenia pomoc psychologa nie dotyczy następstw **wypadków** lub **chorób**, które powstały wskutek chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania **Ubezpieczonego**, **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia lub **małżonka** albo **partnera** w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych **ICD – 10 (F00-F99)**.
- Nasza odpowiedzialność nie obejmuje:
 - organizacji i pokrycia kosztów świadczeń assistance i telemedycyny poza terytorium Polski (wyłączenie nie dotyczy świadczenia assistance – pomoc medyczna za granicą);
 - pokrycia kosztów świadczeń, które nie zostały przez nas zorganizowane, z wyjątkiem opisanym w ust. 9;
 - kosztów leków;
 - kosztów powstałych wskutek:
 - leczenia stomatologicznego bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego;
 - leczenia sanatoryjnego;
 - zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodów ich wykonania, helioterapii;
 - leczenia, które jest bezpośrednim wynikiem 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;
 - wad wrodzonych**;
 - zdarzeń powstałych w wyniku naruszenia przez **Ubezpieczonego**, **dziecko**, które nie ukończyło 25 roku życia lub **małżonka**

albo **partnera** zakazów i regulacji rządowych, w tym wymogów wizowych;

- zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS);
 - chorób przewlekłych.
- Nasza odpowiedzialność w zakresie świadczeń telemedycyny nie obejmuje:
 - wystawiania skierowań na diagnostykę obrazową (RTG, USG, Tomografia komputerowa, Rezonans magnetyczny) oraz endoskopię,
 - wystawiania e-recept na leki psychotropowe, opioidowe, a także leki przyjmowane w ramach kontynuacji leczenia sprzed zajścia zdarzenia, w związku z którym organizowaliśmy świadczenie,
 - wystawiania skierowań na konsultacje, badania i zabiegi, które będą honorowane przez podmioty lecznicze (w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej), realizujące świadczenia medyczne na mocy kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia (wystawione przez nas skierowania będą honorowane wyłącznie w placówkach działających na zasadach komercyjnych).
 - Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztów świadczeń, których przyczyna była związana z takimi uszkodzeniami ciała w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, które w dokumentacji medycznej **Ubezpieczonego**, **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia lub **małżonka** albo **partnera** lekarz określi jako mające charakter nawykowy, zmęczenia lub wysiłkowy.
 - Gdy na skutek **siły wyższej Ubezpieczony** nie mógł skontaktować się z nami i w związku z tym sam pokrył koszty świadczeń assistance, o których mowa w tabeli nr 11, zwracamy poniesione i udokumentowane koszty do wysokości odpowiednio – podlimitów lub – **Sum Ubezpieczenia Assistance** wskazanych w tabeli nr 11, przy zastrzeżeniu łącznego limitu na jedno zdarzenie w wysokości 10 000 zł.
 - Jeżeli świadczenie assistance przekroczy podlimit kosztów lub odpowiednio **Sumę Ubezpieczenia Assistance** wskazane w tabeli nr 11, wykonamy tę usługę w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określonym podlimitem lub **Sumą Ubezpieczenia Assistance**.

ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z MAŁŻONKIEM ALBO PARTNEREM

§ 43. ŚMIERĆ MAŁŻONKA ALBO PARTNERA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące życia **małżonka** albo **partnera**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na śmierci małżonka albo

partnera w okresie ochrony wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie. Wysokość świadczenia potwierdzimy w certyfikacie.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

2. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera**, która powstała wskutek:
 - a) samobójstwa lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę **małżonka** albo **partnera** dokonanego w okresie 24 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** przez Ubezpieczonego w zakresie tego świadczenia dodatkowego;
 - b) czynnego udziału **małżonka** albo **partnera** w aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych, przebywania **małżonka** albo **partnera** na terenach objętych aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **małżonka** albo **partnera** w **aktach przemocy, aktach terroru** lub **zamieszkach**.
3. W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera**, która wystąpiła w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że śmierć **małżonka** albo **partnera** była wynikiem **wypadku**. **Karencja** ta nie dotyczy Ubezpieczonego, który kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we wcześniejszej umowie ubezpieczenia, jak i w umowie, do której Ubezpieczony przystępuje.
4. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera**, która wystąpiła w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że śmierć **małżonka** albo **partnera** była wynikiem **wypadku**.
5. W razie wskazania **partnera** później niż w **dacie przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (w tym w razie zmiany **partnera**) stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **partnera**, która wystąpiła w okresie 6 miesięcy od złożenia nam oświadczenia wskazującego **partnera** (w tym oświadczenia w zakresie zmiany **partnera**), chyba że śmierć **partnera** była wynikiem **wypadku**.

§ 44. ŚMIERĆ MAŁŻONKA ALBO PARTNERA W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

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

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną śmierci **małżonka** albo **partnera** powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 73 ust. 1 lub 3 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **małżonka** albo **partnera** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.

§ 45. ŚMIERĆ MAŁŻONKA ALBO PARTNERA W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące życia **małżonka** albo **partnera**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na śmierci **małżonka** albo **partnera** w następstwie **wypadku komunikacyjnego**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od tego **wypadku komunikacyjnego**, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie.

2. Wysokość świadczenia określimy wspólnie w umowie oraz potwierdzimy w polisie i certyfikacie. W polisie i w certyfikacie wskażemy także skumulowaną wysokość świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera** w następstwie **wypadku komunikacyjnego** łącznie z wysokością świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera** oraz śmierć **małżonka** albo **partnera** w następstwie **wypadku**, o ile zakres umowy obejmuje te świadczenia dodatkowe.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera**, jeżeli **wypadek komunikacyjny** będący przyczyną śmierci **małżonka** albo **partnera** powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 73 ust. 1 lub 3 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **małżonka** albo **partnera** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.

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

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące życia **małżonka** albo **partnera**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na śmierci **małżonka** albo **partnera**, której bezpośrednią przyczyną był **zawał serca** lub **udar mózgu** przebyte w okresie ochrony, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie.
2. Wysokość świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu** określimy wspólnie w umowie oraz potwierdzimy w polisie i certyfikacie. W polisie i certyfikacie wskażemy także skumulowaną wysokość świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu** łącznie z wysokością świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera**, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje to świadczenie dodatkowe.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu**, gdy **zawał serca**, lub **udar mózgu** powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 73 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa dokonanej w okresie 24 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego;
 - c) zatrucia się **małżonka** albo **partnera** substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**.
4. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu**, jeżeli śmierć nastąpiła wskutek:
 - a) uszkodzenia mięśnia serca spowodowanego czynnikami mechanicznymi, toksycznymi, zapalnymi lub naciekiem;
 - b) zawału w przebiegu choroby niedokrwiennej serca rozpoznanej przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego;
 - c) następujących stanów chorobowych: udaru spowodowanego zatorem tłuszczowym lub zatorem powietrznym, chorobą kesonową lub urazowego uszkodzenia centralnego układu nerwowego.
5. W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu**, przebytych w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego. **Karencja** ta nie dotyczy Ubezpieczonego, który kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we wcześniejszej umowie ubezpieczenia, jak i w umowie, do której Ubezpieczony przystępuje.
6. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu**, przebytych w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
7. W razie wskazania **partnera** później niż w **dacie przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (w tym w razie

zmiany **partnera**) stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **partnera** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu**, która wystąpiła w okresie 6 miesięcy od złożenia nam oświadczenia wskazującego **partnera** (w tym oświadczenia w zakresie zmiany **partnera**).

§ 47. POWAŻNE ZACHOROWANIE MAŁŻONKA ALBO PARTNERA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

Poważne zachorowanie małżonka albo partnera

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **małżonka** albo **partnera**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na tym, że w **okresie ochrony** u **małżonka** albo **partnera** zostanie zdiagnozowana **choroba** lub przeprowadzony zabieg, spośród **chorób** lub zabiegów wymienionych w załączniku nr 1 do tych **o.w.u.** – w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym został objęty **Ubezpieczony** z tytułu poważnego zachorowania **małżonka** albo **partnera**:
 - a) w części „Zakres optymalny” (27 chorób i zabiegów) albo
 - b) w części „Zakres rozszerzony” (48 chorób i zabiegów) albo
 - c) w części „Zakres maksymalny” (75 chorób i zabiegów)
 wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości wskazanego w załączniku nr 1 do tych **o.w.u.** procentu **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. Wysokość świadczenia i zakres ubezpieczenia potwierdzimy w **polisie** i **certyfikacie**.

Świadczenia medyczne po poważnym zachorowaniu małżonka albo partnera

3. Zakres ochrony może zostać rozszerzony o świadczenia medyczne po poważnym zachorowaniu, o których mowa w ust. 4-9 poniżej. W przypadku, gdy wspólnie ustalimy takie rozszerzenie ochrony, potwierdzimy to w **polisie** i **certyfikacie**.

4. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **małżonka** albo **partnera**. W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzeń w życiu **Ubezpieczonego** wymienionych w ust. 1, dotyczących **małżonka** albo **partnera**, **Ubezpieczonego** należne jest świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (**Suma Ubezpieczenia Assistance**) do wykorzystania na zasadach określonych poniżej i w tabeli nr 12.
5. Świadczenie, o którym mowa w ust. 4, realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego **centrum operacyjnemu** z tytułu wykonania wskazanych przez **Ubezpieczonego** świadczeń medycznych, wymienionych w tabeli nr 12, o ile zostały one zlecone pisemnie przez lekarza prowadzącego leczenie **małżonka** albo **partnera** w związku z **chorobą** lub przeprowadzeniem zabiegu. Wynagrodzenie wypłacane **centrum operacyjnemu** w odniesieniu do 1 zdarzenia, ograniczone jest do wysokości **Sum Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych wskazanych w tabeli nr 12, z zastrzeżeniem ust. 6-9.
6. **Sumy Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych, w odniesieniu do jednej **choroby** lub zabiegu, każdorazowo ulegają obniżeniu o kwotę stanowiącą wartość danego świadczenia medycznego, wykonanego z tytułu zdarzenia.
7. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do 10 świadczeń medycznych na każdą **chorobę** lub zabieg (z niżej wskazanych dostępnych 17 świadczeń medycznych), przy czym z badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego **małżonek** albo **partner** może skorzystać tylko jeden raz na każdą chorobę lub zabieg.
8. Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktowane jest jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania, niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez lekarza prowadzącego, w związku ze zdiagnozowaniem **choroby** lub przeprowadzeniem zabiegu u **małżonka** albo **partnera**.
9. Jeśli zakres ochrony jest rozszerzony o więcej niż jedno „świadczenie medyczne po poważnym zachorowaniu **małżonka** albo **partnera**”, wówczas łączna wysokość limitu na zdarzenie stanowi odpowiednią wielokrotność wartości podanych w tabeli nr 12.

Tabela nr 12 (świadczenia dla **Ubezpieczonego** związane z **poważnym zachorowaniem małżonka** albo **partnera**)

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

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

10. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje przypadków, które nie są objęte zakresem ubezpieczenia wskazanych w lit. B poszczególnych definicji **poważnych zachorowań** zawartych w załączniku nr 1 do tych o.w.u.
11. Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie u **małżonka** albo **partnera choroby** lub przeprowadzenie zabiegu, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 73 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **małżonka** albo **partnera** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**;
 - c) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS).
12. W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych w przypadku zdiagnozowania u **małżonka** albo **partnera choroby** lub przeprowadzenia zabiegu w okresie 3 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że **choroba** lub zabieg jest wynikiem **wypadku**. **Karencja** ta nie dotyczy Ubezpieczonego, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której Ubezpieczony przystępuje.
13. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych w przypadku zdiagnozowania u **małżonka** albo **partnera choroby** lub przeprowadzenia zabiegu w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że **choroba** lub zabieg jest wynikiem **wypadku**.
14. W razie wskazania **partnera** później niż w **dacie przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (w tym w razie zmiany **partnera**) stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia w przypadku zdiagnozowania u **partnera choroby** lub przeprowadzenia zabiegu w okresie 6 miesięcy od złożenia nam oświadczenia wskazującego **partnera** (w tym oświadczenia w zakresie zmiany **partnera**), chyba że **choroba** lub zabieg jest wynikiem **wypadku**.
15. Jeżeli **choroba** zdiagnozowana u **małżonka** albo **partnera** była przedmiotem **prediagnostyki**, to nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za **chorobę** zdiagnozowaną w okresie 2 lat od:
 - a) **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (nie dotyczy **chorób** będących przedmiotem **prediagnostyki** rozpoczętej w okresie ochrony świadczonej w ramach **wcześniejszej umowy ubezpieczenia** w przypadku Ubezpieczonego, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której Ubezpieczony przystępuje), lub
 - b) daty wskazania **partnera**, o ile jest ona późniejsza niż **data przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (w tym w razie zmiany **partnera**).
16. Jeżeli **choroba**, będąca przyczyną przeprowadzenia u **małżonka** albo **partnera** zabiegu była przedmiotem **prediagnostyki**, to nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zabieg przeprowadzony u **małżonka** albo **partnera** w okresie 2 lat od:
 - a) **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (nie dotyczy **chorób** będących przedmiotem **prediagnostyki** rozpoczętej w okresie ochrony świadczonej w ramach **wcześniejszej umowy ubezpieczenia** w przypadku Ubezpieczonego, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której Ubezpieczony przystępuje), lub
 - b) daty wskazania **partnera**, o ile jest ona późniejsza niż **data przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (w tym w razie zmiany **partnera**).
17. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowaną **chorobę** lub przeprowadzony zabieg, jeżeli **małżonek** albo **partner** zmarł w ich następstwie przed upływem 30 dni od daty zdiagnozowania tej **choroby** lub przeprowadzenia tego zabiegu.
18. W zakresie świadczenia, o którym mowa w ust. 1, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia za tą samą **chorobę** lub ten sam zabieg.

19. Nie wypłacimy świadczenia za kolejny **zaawansowany nowotwór** o takim samym pochodzeniu tkankowym lub narządowym lub takim samym umiejscowieniu (tzn. dotyczący tego samego narządu/organu lub drugiego takiego samego narządu/organu, jeśli są symetryczne, np. nerki, płuca), jak ten, za który wcześniej wypłaciliśmy świadczenie.
20. Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie **choroby** lub przeprowadzenie zabiegu, które zgodnie z wiedzą medyczną, wynikają bezpośrednio z choroby lub zabiegu, za które wypłaciliśmy świadczenie z **umowy**.
21. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji świadczenia medycznego, jeżeli do opóźnienia doszło na skutek **siły wyższej**.
22. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy **Sumę Ubezpieczenia Assistance** wskazaną w tabeli nr 12, wykonamy tę usługę (jeśli mieści się ona w maksymalnym limicie 10 świadczeń medycznych na każdą **chorobę** lub zabieg) w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określoną **Sumą Ubezpieczenia Assistance**.

§ 48. ŚWIADCZENIE SZPITALNE ZDROWE ŻYCIE MAŁŻONKA ALBO PARTNERA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

Świadczenie szpitalne Zdrowe Życie małżonka albo partnera

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia **małżonka** albo **partnera**. W przypadku rozpoczęcia przez **małżonka** albo **partnera** w okresie ochrony pobytu w **szpitalu**, w trakcie którego przeprowadzono postępowanie medyczne wskazane w części 1 załącznika nr 3 do tych o.w.u., związane z:
 - a) **chorobą** lub
 - b) doznanymi obrażeniami ciała będącymi następstwem **wypadku**,wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu określonej w **umowie sumy ubezpieczenia**, wskazanego dla tego zdarzenia w załączniku nr 3 do tych o.w.u., z uwzględnieniem postanowień ust. 2 i 3. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie** i **certyfikacie**.
2. Za postępowanie medyczne wskazane w części 1 załącznika nr 3 do tych o.w.u., przeprowadzone w trakcie pobytu w szpitalnym oddziale ratunkowym SOR lub w izbie przyjęć (bez kontynuacji leczenia w **szpitalu**), wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
3. Ochroną obejmujemy również te przypadki, w których postępowanie medyczne wskazane w części 1 załącznika nr 3 do tych o.w.u. (z wyłączeniem działu „Skóra”), zostanie przeprowadzone w **ambulatorium**, o ile zostanie wykonane z chirurgicznym rozcięciem skóry lub gruczołów skórnych. Wypłacimy wówczas Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 2% **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
4. Jeżeli po poddaniu się postępowaniu medycznemu, za które należyne jest świadczenie, wystąpią okoliczności do wypłaty świadczenia ryczałtowego, wskazane w części 3 załącznika nr 3 do tych o.w.u., dodatkowo wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanego tam procentu **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia ryczałtowego w odniesieniu do jednego postępowania medycznego.

Świadczenie lekowe

5. Zakres ochrony może zostać rozszerzony o świadczenie lekowe, o którym mowa w ust. 6 i 7 poniżej. W przypadku, gdy wspólnie ustalimy takie rozszerzenie ochrony, potwierdzimy to w **polisie** i **certyfikacie**.
6. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia **małżonka** albo **partnera**. W przypadku poddania się przez **małżonka** albo **partnera** postępowaniu medycznemu, za które należyne jest świadczenie szpitalne Zdrowe Życie **małżonka** albo **partnera** wypłacimy Ubezpieczonemu dodatkowo świadczenie lekowe w wysokości przypisanej temu postępowaniu medycznemu zgodnie z tabelą nr 13 – jeśli zakres ubezpieczenia został rozszerzony o taką opcję. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia lekowego w odniesieniu do jednego postępowania medycznego.
7. Wysokość świadczenia ustalimy w ten sposób, że za świadczenie lekowe zapłacimy wskazany w tabeli nr 13 procent **sumy ubezpieczenia** z tytułu świadczenia lekowego, obowiązującej w dniu

rozpoczęcia pobytu w **szpitalu**, w trakcie którego przeprowadzono postępowanie medyczne **małżonka** albo **partnera**. Wysokość **sumy ubezpieczenia** z tytułu świadczenia lekowego potwierdzimy w **polisie i certyfikacie**.

Tabela nr 13 Świadczenia lekowe

Typy postępowań medycznych	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia z tytułu świadczenia lekowego
Postępowanie medyczne zastosowane w leczeniu zachowawczym, za wyjątkiem zachowawczego leczenia nowotworu złośliwego	6%
Postępowanie medyczne zastosowane w leczeniu operacyjnym/ zabiegowym, za wyjątkiem operacyjnego leczenia nowotworu złośliwego	3%
Postępowanie medyczne zastosowane w leczeniu nowotworu złośliwego	20%
Postępowanie medyczne zastosowane w leczeniu nowotworu złośliwego, a następnie zastosowanie zaleconych przez onkologa: chemioterapii niestandardowej lub innej nowoczesnej metody leczenia nowotworu złośliwego, o ile na dzień zastosowania: – znajdowały się w Rejestrze Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, prowadzonym przez Prezesa Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub stanowiły produkt leczniczy dopuszczony do obrotu na podstawie pozwolenia wydanego przez Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską oraz – nie zaliczały się do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – niezależnie od tego, czy małżonek albo partner miał prawo do korzystania z tych świadczeń.	100%

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nie wypłacimy świadczenia za postępowanie medyczne **małżonka** albo **partnera**, jeżeli przyczyną wykonania postępowania medycznego był **wypadek** lub **choroba**, które powstały wskutek:
 - okoliczności wskazanych w § 73 tych **o.w.u.**;
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **małżonka** albo **partnera** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**;
 - zakażenia się wirusem HIV przez **małżonka** albo **partnera**;
 - choroby przewlekłej;
 - wad wrodzonych**;
 - niezastosowania się przez **małżonka** albo **partnera** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia.
- Jeśli w trakcie jednego pobytu w **szpitalu** przeprowadzone zostało więcej niż jedno postępowanie medyczne objęte ochroną w ramach tego świadczenia dodatkowego, wypłacimy jedno świadczenie za postępowanie medyczne o najwyższej wartości.
- Kolejna wypłata świadczenia z tej samej pozycji części 1 załącznika nr 3 do tych **o.w.u.** jest możliwa, o ile pomiędzy datami rozpoczęcia pobytów w **szpitalu** upłynie okres wskazany dla tej pozycji w kolumnie „minimalny okres między zdarzeniami” załącznika nr 3 do tych **o.w.u.**, chyba, że przyczyną przeprowadzenia kolejnego postępowania medycznego będzie wypadek.
- Kolejna wypłata świadczenia z tej samej pozycji części 2 załącznika nr 3 do tych **o.w.u.** jest możliwa, o ile pomiędzy datami rozpoczęcia pobytów w szpitalnym oddziale ratunkowym SOR (lub izbie przyjęć) albo **ambulatorium** upłynie okres wskazany dla tej pozycji w kolumnie „minimalny okres między zdarzeniami” załącznika nr 3 do tych **o.w.u.**, chyba, że przyczyną przeprowadzenia kolejnego postępowania medycznego będzie wypadek.
- Nie wypłacimy świadczenia za postępowanie medyczne **małżonka** albo **partnera** przeprowadzone:
 - w **ambulatorium** lub w szpitalnym oddziale ratunkowym SOR lub izbie przyjęć, w okresie 2 lat od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego lub

b) w trakcie pobytu w **szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 2 lat od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego

jeżeli **choroba**, będąca przyczyną przeprowadzenia tego postępowania medycznego była przedmiotem **prediagnostyki**. Powyższe ograniczenie nie dotyczy **chorób** będących przedmiotem **prediagnostyki** rozpoczętej w okresie ochrony świadczonej w ramach **wcześniejszej umowy ubezpieczenia** w przypadku **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.

- W razie wskazania **partnera** później niż w **dacie przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (w tym w razie zmiany **partnera**) nie wypłacimy świadczenia za postępowanie medyczne **partnera** przeprowadzone:

a) w **ambulatorium** lub w szpitalnym oddziale ratunkowym SOR lub izbie przyjęć, w okresie 2 lat od daty złożenia nam oświadczenia wskazującego **partnera** (w tym oświadczenia w zakresie zmiany **partnera**), lub

b) w trakcie pobytu w **szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 2 lat od daty złożenia nam oświadczenia wskazującego **partnera** (w tym oświadczenia w zakresie zmiany **partnera**)

jeżeli **choroba**, będąca przyczyną przeprowadzenia postępowania medycznego, była przedmiotem **prediagnostyki**.

- W zakresie tego świadczenia dodatkowego stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za postępowanie medyczne **małżonka** albo **partnera** przeprowadzone:

a) w **ambulatorium** lub w szpitalnym oddziale ratunkowym SOR lub izbie przyjęć, w okresie 3 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, lub

b) w trakcie pobytu w **szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 3 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego,

chyba że poddanie się postępowaniu medycznemu było następstwem **wypadku**. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.

- W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za postępowanie medyczne przeprowadzone:

a) w **ambulatorium** lub w szpitalnym oddziale ratunkowym SOR lub izbie przyjęć, w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego lub

b) w trakcie pobytu w **szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego,

chyba że poddanie się postępowaniu medycznemu było następstwem **wypadku**.

- W razie wskazania **partnera** później niż w **dacie przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (w tym w razie zmiany **partnera**) stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za postępowanie medyczne przeprowadzone:

a) w **ambulatorium** lub w szpitalnym oddziale ratunkowym SOR lub izbie przyjęć, w okresie 6 miesięcy od złożenia nam oświadczenia wskazującego **partnera** (w tym oświadczenia w zakresie zmiany **partnera**), lub

b) w trakcie pobytu w **szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 6 miesięcy od złożenia nam oświadczenia wskazującego **partnera** (w tym oświadczenia w zakresie zmiany **partnera**),

chyba że poddanie się postępowaniu medycznemu było następstwem **wypadku**.

- Nie wypłacimy świadczenia lekowego, jeśli nie jest należne świadczenie szpitalne Zdrowe Życie z tytułu postępowania medycznego, w związku z którym zgłaszane jest roszczenie.

§ 49. LECZENIE MAŁŻONKA ALBO PARTNERA W SZPITALU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **małżonka** albo **partnera**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na pobycie **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia:

a) **choroby**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub

- b) powikłań związanych z ciężką, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
 - c) doznanych obrażeń ciała, będących następstwem **wypadku**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie przez co najmniej 1 dzień,
- wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości określonej w **umowie sumy ubezpieczenia** za każdy **dzień pobytu w szpitalu**. Wysokość świadczenia za każdy **dzień pobytu w szpitalu** oraz minimalną długość pobytu w szpitalu potwierdzimy w **polisie i certyfikacie**.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym 12. miesięcznym okresie, liczącym począwszy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, ograniczona jest do 180 dni pobytu **matłonka** albo **partnera** w **szpitalu**, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym 12. miesięcznym okresie pobytów w szpitalu.
 3. Wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie także wtedy, gdy pobyt w **szpitalu matłonka** albo **partnera**, o którym mowa w ust. 1, rozpocznie się przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a zakończy się po tej dacie (z uwzględnieniem ust. 8 i 9). W takim przypadku przyjmujemy, że pobyt rozpoczął się w **dacie przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a świadczenie przysługiwać będzie wyłącznie za każdy **dzień pobytu w szpitalu matłonka** albo **partnera** przypadający po **dacie przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
 4. Jeżeli pobyt **matłonka** albo **partnera** w **szpitalu** trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu **matłonka** albo **partnera** w **szpitalu**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **matłonka** albo **partnera** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **choroby**, powikłań związanych z ciężką lub **wypadku**, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 73 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **matłonka** albo **partnera** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **matłonka** albo **partnera** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** związany był bezpośrednio z:
 - a) **wadami wrodzonymi**;
 - b) przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - c) leczeniem skutków niezastosowania się **matłonka** albo **partnera** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - d) rehabilitacją niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
7. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **matłonka** albo **partnera** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** dotyczył porodu niezwiązanego z powikłaniami ciąży.
8. W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt **matłonka** albo **partnera** w **szpitalu**, który rozpoczął się przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego lub w okresie 1 miesiąca od tej daty, chyba że pobyt **matłonka** albo **partnera** w **szpitalu** był wynikiem **wypadku**. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który kontynuuje **wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
9. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt **matłonka** albo **partnera** w **szpitalu**, który rozpoczął się przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego lub w okresie 6 miesięcy od tej daty, chyba że pobyt **matłonka** albo **partnera** w **szpitalu** był wynikiem **wypadku**.
10. W razie wskazania **partnera** później niż w **dacie przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (w tym w razie zmiany **partnera**) stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt **partnera** w **szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 6 miesięcy od złożenia nam oświadczenia wskazującego **partnera** (w tym oświadczenia w zakresie zmiany **partnera**), chyba że pobyt **partnera** w **szpitalu** był wynikiem **wypadku**.
11. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których **matłonek** albo **partner** przebywał na przepustce w trakcie pobytu w **szpitalu**.

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

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **matłonka** albo **partnera**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na trwającym nieprzerwanie co najmniej 1 dzień pobycie **matłonka** albo **partnera** w **szpitalu**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości określonej w **umowie sumy ubezpieczenia** za każdy **dzień pobytu w szpitalu**. Wysokość świadczenia za każdy **dzień pobytu matłonka** albo **partnera** w **szpitalu** potwierdzimy w **polisie i certyfikacie**. W **polisie i certyfikacie** wskażemy także skumulowaną wysokość świadczenia za każdy **dzień pobytu matłonka** albo **partnera** w **szpitalu**, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**, łącznie z wysokością świadczenia za leczenie **matłonka** albo **partnera** w **szpitalu**, o ile zakres **umowy** obejmuje to świadczenie dodatkowe.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym 12. miesięcznym okresie, liczącym począwszy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, ograniczona jest do 180 dni pobytu **matłonka** albo **partnera** w **szpitalu**, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym 12. miesięcznym okresie pobytów w **szpitalu** w następstwie **wypadku**.
3. Wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie także wtedy, gdy pobyt w **szpitalu matłonka** albo **partnera**, o którym mowa w ust. 1, rozpocznie się przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a zakończy się po tej dacie. W takim przypadku przyjmujemy, że pobyt rozpoczął się w **dacie przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a świadczenie przysługiwać będzie wyłącznie za każdy **dzień pobytu w szpitalu matłonka** albo **partnera** przypadający po **dacie przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
4. Jeżeli pobyt **matłonka** albo **partnera** w **szpitalu** w następstwie **wypadku** trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu **matłonka** albo **partnera** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **matłonka** albo **partnera** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **wypadku**, który powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 73 ust. 1 lub 3 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **matłonka** albo **partnera** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **matłonka** albo **partnera** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli pobyt w **szpitalu** miał na celu:
 - a) przeprowadzenie zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - b) leczenie skutków niezastosowania się **matłonka** albo **partnera** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - c) rehabilitację niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
7. Nie odpowiadamy za leczenie **matłonka** albo **partnera** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli przyczyna pobytu w **szpitalu** była związana z takimi uszkodzeniami ciała w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, które w dokumentacji medycznej **matłonka** albo **partnera** lekarz określił jako mające charakter nawyku, zmęczeniowy lub wysiłkowy.
8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których **matłonek** albo **partner** przebywał na przepustce w trakcie pobytu w **szpitalu**.

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

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **matłonka** albo **partnera**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na wystąpieniu u **matłonka** albo **partnera** **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku**, jeżeli uszczerbek na zdrowiu ujawni się w okresie

180 dni od dnia **wypadku** i został wymieniony w załączniku nr 11 do tych **o.w.u.**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczeń za 1% i za 100% **trwałego uszczerbku na zdrowiu** potwierdzimy w **polisie** i **certyfikacie**.

2. Za każdy 1% **trwałego uszczerbku na zdrowiu** **matżonka** albo **partnera** wypłacimy **Ubezpieczonemu** 1% **sumy ubezpieczenia** z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu** **matżonka** albo **partnera**. Wysokość **trwałego uszczerbku na zdrowiu** przyjmowana jest na podstawie załącznika nr 11 do tych **o.w.u.**

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u **matżonka** albo **partnera** **trwałego uszczerbku na zdrowiu**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną **trwałego uszczerbku na zdrowiu** powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 73 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **matżonka** albo **partnera** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
4. W odniesieniu do:
 - a) urazów leczonych zachowawczo, a następnie **leczonych operacyjnie**, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wysokości świadczeń z tytułu urazów **leczonych operacyjnie**;
 - b) **skręceń i zwichnięć** w obrębie tego samego stawu, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do jednego **wypadku** w każdym 12. miesięcznym okresie liczącym począwszy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego;
 - c) oparzeń mieszanych I/II lub II/III stopnia odpowiadamy za wyższy stopień oparzenia.
5. Nasza odpowiedzialność z tytułu wystąpienia u **matżonka** albo **partnera** **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku** nie obejmuje:
 - a) pourazowych psychoz, encefalopatii i nerwicy;
 - b) **trwałego uszczerbku na zdrowiu** związanego z takimi uszkodzeniami ciała w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, które w dokumentacji medycznej **matżonka** albo **partnera** lekarz określi jako mające charakter nawykowy, zmęzeniowy lub wysiłkowy.
6. W razie wystąpienia kilku **trwałych uszczerbków na zdrowiu** w następstwie jednego **wypadku**, wartości procentowe **trwałych uszczerbków na zdrowiu** podlegają zsumowaniu, maksymalnie jednak do wartości 100%.
7. Jeżeli **matżonek** albo **partner** zmarł, a stopień **trwałego uszczerbku na zdrowiu** nie został wcześniej określony, to stopień **trwałego uszczerbku na zdrowiu** określa się na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.

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

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **matżonka** albo **partnera**. Wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości poniesionych kosztów – nie więcej jednak niż do wysokości określonej w umowie **sumy ubezpieczenia** na każdy **wypadek** – jeśli **Ubezpieczony** poniesie te koszty na terenie Polski w następstwie **wypadku** **matżonka** albo **partnera**. Do kosztów tych należą:
 - a) honoraria lekarskie;
 - b) koszty leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego zaleconego przez lekarza;
 - c) koszty zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym zaleconych przez lekarza;
 - d) koszty leków zaleconych przez lekarza;
 - e) koszty operacji plastycznych zaleconych przez lekarza;
 - f) koszty transportu medycznego **matżonka** albo **partnera** środkami ratownictwa medycznego wymaganymi w danych okolicznościach na skutek stanu zdrowia **matżonka** albo **partnera** po **wypadku**;
 - g) koszty zakupu lub wypożyczenia protez, ortez i innych wyrobów medycznych zaleconych przez lekarza;
 - h) koszty zakupu lub wypożyczenia **sprzętu rehabilitacyjnego** zaleconego przez lekarza;
 - i) koszty zakupu środków opatrunkowych zaleconych przez lekarza;
 - j) koszty zakupu lub wypożyczenia wózka inwalidzkiego zaleconego przez lekarza;

k) koszty zdjęć rentgenowskich, USG, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i innych badań diagnostycznych zaleconych przez lekarza prowadzącego w procesie leczenia powypadkowego.

2. Wysokość **sumy ubezpieczenia** na 1 **wypadek** potwierdzimy w **polisie** i **certyfikacie**.
3. Nasza odpowiedzialność obejmuje tylko te koszty leczenia, które zostały poniesione w okresie 365 dni od daty **wypadku**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie wypłacimy świadczenia za koszty leczenia **matżonka** albo **partnera** poniesione w następstwie **wypadku**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną poniesienia kosztów leczenia nastąpił wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 73 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **matżonka** albo **partnera** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
5. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztów powstałych z tytułu lub w następstwie:
 - a) zabiegów ze wskazań estetycznych z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - b) zabiegów lub leczenia sposobami nieuznawanymi naukowo i medycznie;
 - c) niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie **matżonka** albo **partnera**;
 - d) zakupu artykułów żywnościowych;
 - e) wykonywania czynności pielęgnacyjnych względem **matżonka** albo **partnera**;
 - f) pobytów w **sanatoriach** lub uzdrowiskach, ani podróży do tych miejsc.
6. Nie odpowiadamy za koszty leczenia **matżonka** albo **partnera** w następstwie **wypadku**, jeżeli przyczyna ich powstania będzie związana z takimi uszkodzeniami ciała w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, które w dokumentacji medycznej **matżonka** albo **partnera** lekarz określi jako mające charakter nawykowy, zmęzeniowy lub wysiłkowy.

ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z DZIECKIEM

§ 53. URODZENIE SIĘ DZIECKA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

Urodzenie się dziecka

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego**, którym jest **urodzenie się dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na **urodzeniu się dziecka** w **okresie ochrony**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie** i **certyfikacie**.
2. Zakres ochrony może zostać rozszerzony o świadczenia assistance związane z urodzeniem **dziecka**, o których mowa w ust. 3-7 poniżej. W przypadku, gdy wspólnie ustalimy takie rozszerzenie ochrony, potwierdzimy to w **polisie** i **certyfikacie**.

Świadczenia assistance po urodzeniu dziecka

3. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego**, którym jest urodzenie **dziecka** przez **Ubezpieczonego** lub przez **matżonkę** albo **partnerkę** **Ubezpieczonego**.
4. W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na:
 - a) urodzeniu przez **Ubezpieczonego** **dziecka**;
 - b) urodzeniu przez **Ubezpieczonego** **dziecka** z **wadą wrodzoną**;
- c) zdiagnozowaniu u **Ubezpieczonego** **depresji poporodowej** po urodzeniu **dziecka**, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń assistance wymienionych w tabeli nr 14 poniżej, na zasadach określonych w tej tabeli, przy uwzględnieniu wskazanych w niej limitów dla danego świadczenia na każde zdarzenie.
5. W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** dotyczącego jego **matżonki** albo **partnerki**, polegającego na:
 - a) urodzeniu **dziecka** przez **matżonkę** albo **partnerkę**;

- b) urodzeniu **dziecka z wadą wrodzoną** przez **matłonkę** albo **partnerkę**;
- c) zdiagnozowaniu u **matłonki** albo **partnerki depresji poporodowej** po urodzeniu **dziecka**,
- Ubezpieczonemu** należne jest świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (**Suma Ubezpieczenia Assistance**) do wykorzystania na zasadach określonych poniżej i w tabeli nr 14.
6. Świadczenie, o którym mowa w ust. 5, realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego **centrum operacyjnemu** z tytułu wykonania wskazanych przez **Ubezpieczonego** świadczeń assistance, wymienionych w tabeli nr 14. Wynagrodzenie wypłacane **centrum operacyjnemu** w przypadku zaistnienia w **okresie**

ochrony zdarzeń, o których mowa w ust. 5, ograniczone jest do wysokości **Sum Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, wskazanych w tabeli nr 14. **Sumy Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, w odniesieniu do jednego zdarzenia, każdorazowo ulegają obniżeniu o kwotę stanowiącą wartość danego świadczenia assistance, wykonanego z tytułu zdarzenia.

7. Jeśli zakres ochrony jest rozszerzony o więcej niż jedno „świadczenie assistance po urodzeniu dziecka”, wówczas łączna wysokość limitu na zdarzenie stanowi odpowiednią wielokrotność wartości podanych w tabeli nr 14.

Tabela nr 14 (świadczenia dla Ubezpieczonego)

ZAKRES UBEZPIECZENIA OBEJMUJE NASTĘPUJĄCE ŚWIADCZENIA ASSISTANCE WYKONYWANE WYŁĄCZNIE NA TERENIE POLSKI		
ŚWIADCZENIA ASSISTANCE ZWIĄZANE Z URODZENIEM DZIECKA , Z UWZGLĘDNIENIEM LIMITÓW lub SUM UBEZPIECZENIA ASSISTANCE DLA DANEGO ŚWIADCZENIA:	Limity obowiązujące dla danego świadczenia na każde zdarzenie urodzenia dziecka przez Ubezpieczonego	Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każde zdarzenie urodzenia dziecka Ubezpieczonego przez matłonkę albo partnerkę
I. Urodzenie dziecka		
1. Zajęcia z trenerem fitness	1500 zł	1500 zł
Zorganizujemy i pokryjemy koszty zajęć z trenerem fitness dla matki dziecka (będącej odpowiednio Ubezpieczonym lub matłonką albo partnerką); świadczenie przysługuje w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka .		
2. Konsultacje pielęgniarско-położnicze	3 konsultacje	750 zł (do 3 konsultacji)
Zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji pielęgniarских lub położniczych dla matki dziecka (będącej odpowiednio Ubezpieczonym lub matłonką albo partnerką) – w placówce medycznej lub w miejscu pobytu (w zależności od wyboru Ubezpieczonego); świadczenie przysługuje w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka .		
II. Urodzenie dziecka z wadą wrodzoną		
1. Pomoc domowa		
Zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej w miejscu pobytu matki dziecka (będącej odpowiednio Ubezpieczonym lub matłonką albo partnerką) przez okres 5 kolejnych dni, w zakresie: zakupu podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości, codziennych porządków domowych, dostawy lub przygotowania posiłków, podlewania kwiatów; koszt podstawowych artykułów spożywczych, środków czystości i posiłków nie jest przez nas pokrywany. Świadczenie przysługuje w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka z wadą wrodzoną .		
	1000 zł	1000 zł
2. Wizyta pielęgniarki albo położnej	1500 zł	1500 zł
Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt pielęgniarki albo położnej (w zależności od wyboru Ubezpieczonego) w miejscu pobytu matki dziecka (będącej odpowiednio Ubezpieczonym lub matłonką albo partnerką) przez okres 10 kolejnych dni; świadczenie przysługuje w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka z wadą wrodzoną .		
3. Transporty medyczne dziecka z opiekunem prawnym lub wskazaną przez opiekuną prawną osobą		
a) Jeżeli w następstwie wady wrodzonej u dziecka , zachodzi medycznie uzasadniona konieczność pobytu dziecka w placówce medycznej, zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego do placówki medycznej wskazanej przez lekarza.		
b) Jeżeli w następstwie wady wrodzonej u dziecka , dziecko przebywa w placówce medycznej, która nie odpowiada, z medycznego punktu widzenia, wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub dziecko skierowane jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej, zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego z placówki medycznej do placówki medycznej.		
c) Jeżeli w następstwie wady wrodzonej u dziecka , dziecko przebywa w placówce medycznej, zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego do miejsca pobytu.	1500 zł	1500 zł
Transporty medyczne przysługują w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka z wadą wrodzoną i są organizowane, gdy z medycznego punktu widzenia nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego.		

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE ZWIĄZANE Z URODZENIEM DZIECKA , Z UWZGLĘDNIENIEM LIMITÓW lub SUM UBEZPIECZENIA ASSISTANCE DLA DANEGO ŚWIADCZENIA:	Limity obowiązujące dla danego świadczenia na każde zdarzenie urodzenia dziecka przez Ubezpieczonego	Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każde zdarzenie urodzenia dziecka Ubezpieczonego przez matkę lub partnerkę
4. Proces rehabilitacyjny dziecka		
W przypadku urodzenia dziecka z wadą wrodzoną , jeżeli dziecko zgodnie z pisemnym wskazaniem lekarza wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, w zależności od wyboru Ubezpieczonego zapewniamy następujące świadczenia: a) organizację oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w miejscu pobytu dziecka , albo b) organizację i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej. Świadczenia te przysługują w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka z wadą wrodzoną .	2000 zł	2000 zł
5. Pomoc psychologa		
W razie urodzenia dziecka z wadą wrodzoną , zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt u psychologa dla matki dziecka (będącej odpowiednio Ubezpieczonym lub matką lub partnerką).	1000 zł	1000 zł
III. Zdiagnozowanie depresji poporodowej po urodzeniu dziecka		
1. Zwrot kosztów leków		
Jeżeli w następstwie zdiagnozowania u matki dziecka (będącej odpowiednio Ubezpieczonym lub matką lub partnerką) depresji poporodowej po urodzeniu dziecka , matka dziecka, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza, wymaga przyjmowania leków, zwracamy koszty leków do wysokości wskazanego obok limitu.	500 zł	500 zł
2. Pomoc psychologa		
W razie zdiagnozowania u matki dziecka (będącej odpowiednio Ubezpieczonym lub matką lub partnerką) depresji poporodowej po urodzeniu dziecka, zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt u psychologa.	5 konsultacji	2750 zł (do 5 konsultacji)

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń assistance oraz nie wypłacimy świadczenia za **urodzenie się dziecka**, które nastąpi w okresie 9 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
- W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń assistance oraz nie wypłacimy świadczenia za **urodzenie się dziecka**, które nastąpi w okresie 9 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
- Jeżeli świadczenie assistance przekroczy kwotowy limit kosztów lub **Sumę Ubezpieczenia Assistance** wskazane w tabeli nr 14, wykonamy tę usługę w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określonym limitem lub **Sumą Ubezpieczenia Assistance**.
- Gdy na skutek **sily wyższej Ubezpieczony** nie mógł skontaktować się z nami i w związku z tym sam pokrył koszty świadczeń assistance, o których mowa w tabeli nr 14, zwracamy poniesione i uduku-mentowane koszty do wysokości limitów wskazanych w tabeli nr 14.

§ 54. URODZENIE SIĘ DZIECKA W WYNIKU CIĄŻY MNOGIEJ LUB WYMAGAJĄCEGO WZMOŻONEJ OPIEKI MEDYCZNEJ**CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ**

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **dziecka** lub **urodzenia się dziecka** w wyniku ciąży mnogiej. W przypadku zajścia w **okresie ochrony** zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na **urodzeniu się dziecka** w wyniku ciąży mnogiej lub wymagającego wzmożonej opieki medycznej w przypadkach wskazanych w tabeli nr 15 wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości odpowiadającego temu przypadkowi procentu **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.

Tabela nr 15 (świadczenia dla **Ubezpieczonego** związane z **urodzeniem się dziecka** w wyniku ciąży mnogiej lub wymagającego leczenia)

	Zdarzenie/ Przyczyna, dla której dziecko wymaga wzmożonej opieki medycznej	% sumy ubezpieczenia
1.	Urodzenie się dziecka w wyniku ciąży mnogiej (za każde dziecko)	20%
2.	Niska ocena stanu zdrowia noworodka wg skali APGAR (wynik po ostatniej wstępnej ocenie stanu dziecka przeprowadzanej po porodzie):	
a.	1-4 punktów	40%
b.	5-7 punktów	30%
3.	Wcześnieństwo – noworodek urodzony:	
a.	przed początkiem 28 tygodnia ciąży	60%
b.	między początkiem 28 a końcem 32 tygodnia ciąży	40%
c.	między początkiem 33 a końcem 36 tygodnia ciąży	20%
4.	Mała masa urodzeniowa cięta noworodka:	
a.	Skrajnie mała masa cięta: do 999 g	60%
b.	Bardzo mała masa cięta: 1000 g-1499 g	40%
c.	Mała masa cięta: 1500 g-2499 g	20%
5.	Wada wrodzona serca lub układu nerwowego: nabyte w okresie życia płodowego anatomiczne lub funkcjonalne nieprawidłowości występujące w obrębie serca lub układu nerwowego, o ile zostały zdiagnozowane do ukończenia przez dziecko 12 miesiąca	100%

2. Jeśli w czasie jednego porodu urodzi się więcej niż jedno **dziecko**, wypłacimy świadczenie za każde **dziecko**.
3. Jeśli u **dziecka** wystąpi więcej niż 1 przyczyna wymieniona w poz. 2-5 tabeli nr 15, która decyduje o konieczności zastosowania wzmoczonej opieki medycznej, wypłacimy jedno świadczenie za zdarzenie o najwyższej wartości procentowej wskazanej w tabeli 15.
4. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie i certyfikacie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za **urodzenie się dziecka** w wyniku ciąży mnogiej lub wymagającego wzmoczonej opieki medycznej, które nastąpi w okresie 9 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
6. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za **urodzenie się dziecka** w wyniku ciąży mnogiej lub wymagającego wzmoczonej opieki medycznej, które nastąpi w okresie 9 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
7. Nie wypłacimy świadczenia z tytułu **urodzenia się dziecka** w wyniku ciąży mnogiej lub wymagającego wzmoczonej opieki medycznej, jeśli:
 - a) **dziecko** nie przeżyje pierwszych 30 dni od narodzin;
 - b) **Ubezpieczony** lub matka **dziecka** umyślnie przyczyni się do stanu **dziecka**, który skutkuje koniecznością zastosowania wzmoczonej opieki medycznej z powodów wskazanych w tabeli nr 15.

§ 55. URODZENIE SIĘ MARTWEGO DZIECKA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego**, którym jest **urodzenie się martwego dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na urodzeniu się martwego dziecka w **okresie ochrony**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie i certyfikacie**.
2. W przypadku urodzenia się więcej niż jednego martwego **dziecka**, świadczenie wypłacimy odrębnie za każde **urodzone martwe dziecko**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia z tytułu **urodzenia się martwego dziecka**, jeśli **Ubezpieczony** lub matka **dziecka** umyślnie spowoduje **urodzenie się martwego dziecka**.
4. W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za **urodzenie się martwego dziecka**, które nastąpi w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
5. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za **urodzenie się martwego dziecka**, które nastąpi w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.

§ 56. PORONIENIE DZIECKA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

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

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

2. Nie wypłacimy świadczenia z tytułu **poronienia dziecka**, jeśli **Ubezpieczony** lub matka **dziecka** umyślnie spowoduje **poronienie dziecka**.
3. W przypadku **poronienia** w ciąży mnogiej wypłacimy jedno świadczenie, niezależnie od liczby poronionych płodów.

4. W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za **poronienie dziecka**, które nastąpi w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że **poronienie** było wynikiem **wypadku**. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
5. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za **poronienie dziecka**, które nastąpi w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że **poronienie dziecka** było wynikiem **wypadku**.

§ 57. ŚMIERĆ DZIECKA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące życia **dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na śmierci w okresie **ochrony żywo** urodzonego **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie i certyfikacie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

2. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **dziecka**, która powstała wskutek:
 - a) samobójstwa lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę **dziecka** dokonanego w okresie 24 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego;
 - b) czynnego udziału **dziecka** w aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych, przebywania **dziecka** na terenach objętych aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **dziecka** w **aktach przemocy, aktach terroru lub zamieszkach**.
3. W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **dziecka**, która wystąpiła w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że śmierć **dziecka** była wynikiem **wypadku**. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
4. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **dziecka**, która wystąpiła w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że śmierć **dziecka** była wynikiem **wypadku**.

§ 58. ŚMIERĆ DZIECKA W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące życia **dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na śmierci w następstwie **wypadku** żywo urodzonego **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, jeżeli śmierć nastąpi przed upływem 12 miesięcy od dnia **wypadku**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie i certyfikacie**. W **polisie i certyfikacie** wskażemy także skumulowaną wysokość świadczenia za śmierć **dziecka** w następstwie **wypadku** łącznie z wysokością świadczenia za śmierć **dziecka**, o ile zakres **umowy** obejmuje to świadczenie dodatkowe.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

2. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **dziecka**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną śmierci **dziecka** powstał wskutek okoliczności wskazanych w § 74 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**

§ 59. POWAŻNE ZACHOROWANIE DZIECKA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

Poważne zachorowanie dziecka

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

Świadczenia medyczne po poważnym zachorowaniu dziecka

3. Zakres ochrony może zostać rozszerzony o świadczenia medyczne po poważnym zachorowaniu **dziecka**, o których mowa w ust. 4 - 9 poniżej. W przypadku, gdy wspólnie ustalimy takie rozszerzenie ochrony, potwierdzimy to w **polisie** i **certyfikacie**.
4. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **dziecka**. W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzeń w życiu **Ubezpieczonego**, wymienionych w ust. 1, dotyczących **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, **Ubezpieczonemu** należyne jest świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (**Suma Ubezpieczenia Assistance**) do wykorzystania na zasadach określonych poniżej i w tabeli nr 16, o ile wykupiono taką opcję.
5. Świadczenie, o którym mowa w ust. 3, realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego **centrum operacyjnemu**

z tytułu wykonania wskazanych przez **Ubezpieczonego** świadczeń medycznych, wymienionych w tabeli nr 16, o ile zostały one zlecone pisemnie przez lekarza prowadzącego leczenie **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia w związku z **chorobą** lub przeprowadzeniem zabiegu. Wynagrodzenie wypłacane **centrum operacyjnemu** w odniesieniu do jednego zdarzenia, ograniczone jest do wysokości **Sum Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych, wskazanych w tabeli nr 16, z zastrzeżeniem ust. 6-9.

6. **Sumy Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych, w odniesieniu do jednej **choroby** lub zabiegu, każdorazowo ulegają obniżeniu o kwotę stanowiącą wartość danego świadczenia medycznego, wykonanego z tytułu zdarzenia.
7. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do 10 świadczeń medycznych na każdą **chorobę** lub zabieg (z niżej wskazanych dostępnych 17 świadczeń medycznych), przy czym z badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia może skorzystać tylko jeden raz na każdą **chorobę** lub zabieg.
8. Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktowane jest jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania, niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez lekarza prowadzącego leczenie **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, w związku ze zdiagnozowaniem **choroby** lub przeprowadzeniem zabiegu.
9. Jeśli zakres ochrony jest rozszerzony o więcej niż jedno „świadczenie medyczne po poważnym zachorowaniu **dziecka**”, wówczas łączna wysokość limitu na zdarzenie stanowi odpowiednią wielokrotność wartości podanych w tabeli nr 16.

Tabela nr 16 (świadczenia dla **Ubezpieczonego** związane z **poważnym zachorowaniem dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia)

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

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

10. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje przypadków, określonych w lit. B poszczególnych definicji **poważnych zachorowań** zawartych w załączniku nr 1 do tych **o.w.u.**
11. Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie u **dziecka choroby** lub przeprowadzenie zabiegu, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 74 tych **o.w.u.**;
 - b) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS);
 - c) **wad wrodzonych**.
12. W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że w przypadku zdiagnozowania u **dziecka choroby** lub przeprowadzenia zabiegu w okresie 3 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego odpowiadamy wyłącznie za **choroby** lub zabiegi będące wynikiem **wypadku**. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
13. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że w przypadku zdiagnozowania u **dziecka choroby** lub przeprowadzenia zabiegu w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego odpowiadamy wyłącznie za **choroby** lub zabiegi będące wynikiem **wypadku**.
14. Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie u **dziecka choroby** w okresie 2 lat od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, jeżeli **choroba** ta była przedmiotem **prediagnostyki**. Powyższe ograniczenie nie dotyczy chorób będących przedmiotem **prediagnostyki** rozpoczętej w okresie ochrony świadczonej w ramach **wcześniejszej umowy ubezpieczenia** w przypadku **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
15. Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za przeprowadzenie u **dziecka** zabiegu, w okresie 2 lat od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, jeżeli **choroba** będąca przyczyną przeprowadzenia tego zabiegu była przedmiotem **prediagnostyki**. Powyższe ograniczenie nie dotyczy **chorób** będących przedmiotem **prediagnostyki** rozpoczętej w okresie ochrony świadczonej w ramach **wcześniejszej umowy ubezpieczenia** w przypadku **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
16. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowaną **chorobę** lub przeprowadzony zabieg, jeżeli **dziecko** zmarło w ich następstwie przed upływem 30 dni od daty ich zdiagnozowania lub przeprowadzenia.
17. W zakresie świadczenia, o którym mowa w ust. 1, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia za tą samą **chorobę** lub ten sam zabieg.
18. Nie wypłacimy świadczenia za kolejny nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami o takim samym pochodzeniu tkankowym lub narządowym lub takim samym umiejscowieniu (tzn. dotyczący tego samego narządu/ organu lub drugiego takiego samego narządu/ organu, jeśli są symetryczne, np. nerki, płuca), jak ten, za który wcześniej wypłaciliśmy świadczenie.
19. Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie **choroby** lub przeprowadzenie zabiegu, które, zgodnie z wiedzą medyczną, wynikają bezpośrednio z **choroby** lub zabiegu, za które wypłaciliśmy świadczenie z **umowy**.
20. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji świadczenia medycznego, jeżeli do opóźnienia doszło na skutek **siły wyższej**.
21. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy **Sumę Ubezpieczenia Assistance** wskazaną w tabeli nr 16, wykonamy tę usługę (jeśli mieści się ona w maksymalnym limicie świadczeń medycznych na każdą **chorobę** lub zabieg) w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określoną **Sumą Ubezpieczenia Assistance**.

§ 60. ŚWIADCZENIE SZPITALNE ZDROWE ŻYCIE DZIECKA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **dziecka**. W przypadku rozpoczęcia w **okresie ochrony** pobytu w **szpitalu** przez **dziecko**, które w pierwszym dniu tego pobytu nie ukończyło 25 roku życia, w trakcie którego to pobytu przeprowadzono postępowanie medyczne wskazane w części 1 załącznika nr 3 do tych **o.w.u.**, związane z:
 - a) **chorobą** lub
 - b) doznanymi obrażeniami ciała będącymi następstwem **wypadku**wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu określonej w **umowie sumy ubezpieczenia**, wskazanej dla tego zdarzenia w załączniku nr 3 do tych **o.w.u.**, z uwzględnieniem postanowień ust. 2 i 3. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie** i **certyfikacie**.
2. Za postępowanie medyczne **dziecka** wskazane w części 1 załącznika nr 3 do tych **o.w.u.**, przeprowadzone w trakcie pobytu **dziecka** w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) lub w izbie przyjęć (bez kontynuacji leczenia w **szpitalu**) wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości 1% **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
3. Ochroną obejmujemy również te przypadki, w których postępowanie medyczne wskazane w części 1 załącznika nr 3 do tych **o.w.u.** (z wyłączeniem części „Skóra”) zostanie przeprowadzone w **ambulatorium**, o ile zostanie wykonane z chirurgicznym rozcięciem skóry lub gruczołów skórnych. Wypłacimy wówczas **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości 2% **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
4. Jeżeli po poddaniu się **dziecka** postępowaniu medycznemu, za które należne jest świadczenie, wystąpią okoliczności do wypłaty świadczenia ryczałtowego, wskazane w części 3 załącznika nr 3 do tych **o.w.u.**, dodatkowo wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości wskazanego tam procentu sumy ubezpieczenia określonej w **umowie**. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia ryczałtowego w odniesieniu do jednego postępowania medycznego.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za postępowanie medyczne **dziecka**, jeżeli przyczyną wykonania postępowania medycznego był **wypadek** lub **choroba**, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 74 tych **o.w.u.**;
 - b) zakażenia się wirusem HIV przez **dziecko**;
 - c) choroby przewlekłej;
 - d) **wad wrodzonych**;
 - e) niezastosowania się **dziecka** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia.
6. Jeśli w trakcie jednego pobytu w **szpitalu** przeprowadzone zostało u **dziecka** więcej niż jedno postępowanie medyczne objęte ochroną w ramach tego świadczenia dodatkowego, wypłacimy **Ubezpieczonemu** jedno świadczenie za postępowanie medyczne o najwyższej wartości.
7. Kolejna wypłata świadczenia z tej samej pozycji części 1 załącznika nr 3 do tych **o.w.u.** jest możliwa, o ile pomiędzy datami rozpoczęcia pobytów w **szpitalu** upłynie okres wskazany dla tej pozycji w kolumnie „minimalny okres między zdarzeniami” załącznika nr 3 do tych **o.w.u.**, chyba, że przyczyną przeprowadzenia kolejnego postępowania medycznego będzie **wypadek**.
8. Kolejna wypłata świadczenia z tej samej pozycji części 2 załącznika nr 3 do tych **o.w.u.** jest możliwa, o ile pomiędzy datami rozpoczęcia pobytów w szpitalnym oddziale ratunkowym SOR (lub izbie przyjęć) albo **ambulatorium** upłynie okres wskazany dla tej pozycji w kolumnie „minimalny okres między zdarzeniami” załącznika nr 3 do tych **o.w.u.**, chyba, że przyczyną przeprowadzenia kolejnego postępowania medycznego będzie **wypadek**.
9. Nie wypłacimy świadczenia za postępowanie medyczne u **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, przeprowadzone:
 - a) w **ambulatorium** lub w szpitalnym oddziale ratunkowym SOR lub izbie przyjęć, w okresie 2 lat od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, lub
 - b) w trakcie pobytu w **szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 2 lat od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego,jeżeli **choroba**, która jest przyczyną przeprowadzenia tego postępowania medycznego była przedmiotem **prediagnostyki**. Powyższe ograniczenie nie dotyczy **chorób** będących przedmiotem **prediagnostyki** rozpoczętej w okresie ochrony świadczonej w ramach

wcześniejszej umowy ubezpieczenia w przypadku **Ubezpieczonego**, który kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.

10. W zakresie tego świadczenia dodatkowego stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za postępowanie medyczne **dziecka** przeprowadzone:

- a) w **ambulatorium** lub w szpitalnym oddziale ratunkowym SOR lub izbie przyjęć, w okresie 3 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, lub
- b) w trakcie pobytu w **szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 3 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego,

chyba że poddanie się postępowaniu medycznemu było następstwem **wypadku**. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.

11. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za postępowanie medyczne **dziecka** przeprowadzone:

- a) w **ambulatorium** lub w szpitalnym oddziale ratunkowym SOR lub izbie przyjęć, w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, lub
- b) w trakcie pobytu w **szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego,

chyba że poddanie się postępowaniu medycznemu było następstwem **wypadku**.

§ 61. LECZENIE DZIECKA W SZPITALU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **dziecka**. W przypadku rozpoczęcia w **okresie ochrony** pobytu **dziecka** w **szpitalu**, które w pierwszym dniu tego pobytu nie ukończyło 25 roku życia, w celu leczenia:
 - a) **choroby**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
 - b) powikłań związanych z ciążą, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
 - c) doznanych obrażeń ciała, będących następstwem **wypadku**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie przez co najmniej 1 dzień, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości określonej w **umowie sumy ubezpieczenia** za każdy **dzień pobytu w szpitalu**. Wysokość świadczenia za każdy **dzień pobytu w szpitalu** oraz minimalną długość pobytu w szpitalu potwierdzimy w **polisie** i w **certyfikacie**.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym 12. miesięcznym okresie, liczącym począwszy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, ograniczona jest do 180 dni pobytu **dziecka** w **szpitalu**, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym 12. miesięcznym okresie pobytów **dziecka** w **szpitalu**.
3. Wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie także wtedy, gdy pobyt **dziecka** w **szpitalu**, o którym mowa w ust. 1, rozpocznie się przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a zakończy się po tej dacie (z uwzględnieniem ust. 8 i 9). W takim przypadku przyjmujemy, że pobyt rozpoczął się w **dacie przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a świadczenie przysługiwać będzie wyłącznie za każdy **dzień pobytu dziecka w szpitalu** przypadający po **dacie przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
4. Jeżeli pobyt **dziecka** w **szpitalu** trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu **dziecka** w **szpitalu**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **dziecka** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **wypadku**, powikłań związanych z ciążą lub **choroby**, które powstały wskutek okoliczności wskazanych w § 74 tych **o.w.u.**
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **dziecka** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** związany był bezpośrednio z:
 - a) **wadami wrodzonymi**;
 - b) przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - c) leczeniem skutków niezastosowania się **dziecka** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;

d) rehabilitacją niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.

7. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **dziecka** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** dotyczył porodu niezwiązanego z powikłaniami ciąży.
8. W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt **dziecka** w **szpitalu**, który rozpoczął się przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego lub w okresie 1 miesiąca od tej daty, chyba że pobyt **dziecka** w **szpitalu** był wynikiem **wypadku**. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
9. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt **dziecka** w **szpitalu**, który rozpoczął się przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego lub w okresie 6 miesięcy od tej daty, chyba że pobyt **dziecka** w **szpitalu** był wynikiem **wypadku**.
10. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których **dziecko** przebywało na przepustce w trakcie pobytu w **szpitalu**.

§ 62. LECZENIE DZIECKA W SZPITALU W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na trwającym nieprzerwanie co najmniej 1 dzień i rozpoczętym w **okresie ochrony** pobycie **dziecka** w **szpitalu**, które w pierwszym dniu pobytu w **szpitalu** nie ukończyło 25 lat, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości określonej w **umowie sumy ubezpieczenia** za każdy **dzień pobytu w szpitalu**. Wysokość świadczenia za każdy **dzień pobytu w szpitalu** potwierdzimy w **polisie** i w **certyfikacie**. W **polisie** i w **certyfikacie** wskażemy także skumulowaną wysokość świadczenia za każdy **dzień pobytu w szpitalu** w następstwie **wypadku** łącznie z wysokością świadczenia za leczenie **dziecka** w **szpitalu**, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje to świadczenie dodatkowe.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym 12. miesięcznym okresie, liczącym począwszy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, ograniczona jest do 180 dni pobytu **dziecka** w **szpitalu**, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym 12. miesięcznym okresie pobytów **dziecka** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**.
3. Wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie także wtedy, gdy pobyt **dziecka** w **szpitalu**, o którym mowa w ust. 1, rozpocznie się przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a zakończy się po tej dacie. W takim przypadku przyjmujemy, że pobyt rozpoczął się w **dacie przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a świadczenie przysługiwać będzie wyłącznie za każdy **dzień pobytu dziecka w szpitalu** przypadający po **dacie przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
4. Jeżeli pobyt **dziecka** w **szpitalu** w następstwie **wypadku** trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu **dziecka** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **dziecka** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **wypadku**, który powstał wskutek okoliczności wskazanych w § 74 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **dziecka** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli pobyt w **szpitalu** miał na celu:
 - a) przeprowadzenie zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - b) leczenie skutków niezastosowania się **dziecka** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - c) rehabilitację niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
7. Nie odpowiadamy za leczenie **dziecka** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli przyczyna pobytu w **szpitalu** będzie związana z takimi uszkodzeniami ciała w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, które w dokumentacji medycznej **dziecka** lekarz określił jako mające charakter nawykowy, zmęczeniowy lub wysiłkowy.

8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których **dziecko** przebywało na przepustce w trakcie pobytu w **szpitalu**.

§ 63. OPIEKA NAD DZIECKIEM PO POBYCIE DZIECKA W SZPITALU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na czasowej niezdolności do pracy **Ubezpieczonego**, rozpoczętej w **okresie ochrony**, spowodowanej koniecznością osobistego sprawowania opieki nad **dzieckiem**, po pobycie **dziecka** w **szpitalu**, rozpoczętym w okresie ochrony i trwającym przez okres co najmniej 14 dni, w celu leczenia **choroby** lub doznanych obrażeń ciała, będących następstwem **wypadku**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** za każdy dzień sprawowania opieki nad **dzieckiem**, o ile **dziecko** w pierwszym dniu pobytu w **szpitalu** nie ukończyło 25 roku życia. Wysokość świadczenia za każdy dzień sprawowania opieki nad **dzieckiem** potwierdzimy w **polisie** i **certyfikacie**.
2. Czasowa niezdolność do pracy, której przyczyną była konieczność osobistego sprawowania opieki nad **dzieckiem** powinna zostać udokumentowana zaświadczeniem lekarskim lub wydrukiem tego zaświadczenia.
3. Nasza odpowiedzialność w każdym 12. miesięcznym okresie, liczącym począwszy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, ograniczona jest do wypłaty świadczenia za 60 dni czasowej niezdolności do pracy, która rozpoczęła się w tym okresie. Limit 60 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym 12. miesięcznym okresie czasowych niezdolności do pracy.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie wypłacimy świadczenia za opiekę nad **dzieckiem** po pobycie **dziecka** w **szpitalu**, jeżeli pobyt **dziecka** w **szpitalu** był następstwem **wypadku** lub **choroby**, które powstały wskutek okoliczności wskazanych w § 74 tych **o.w.u.**
5. Nie wypłacimy świadczenia za opiekę nad **dzieckiem** po pobycie **dziecka** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** związany był bezpośrednio z:
 - a) **wadami wrodzonymi**;
 - b) przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - c) leczeniem skutków niezastosowania się **dziecka** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - d) rehabilitacją niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
6. W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za opiekę nad **dzieckiem** po pobycie **dziecka** w **szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 1 miesiąca od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że pobyt **dziecka** w **szpitalu** był wynikiem **wypadku**. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
7. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za opiekę nad **dzieckiem** po pobycie **dziecka** w **szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że pobyt **dziecka** w **szpitalu** był wynikiem **wypadku**.
8. Nie odpowiadamy za opiekę nad **dzieckiem** po pobycie **dziecka** w **szpitalu**, jeżeli przyczyna pobytu w **szpitalu** była związana z takimi uszkodzeniami ciała w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, które w dokumentacji medycznej **dziecka** lekarz określił jako mające charakter nawykowy, zmęzeniowy lub wysiłkowy.

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

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na wystąpieniu u **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, **uszczerbku na zdrowiu dziecka** w **następstwie wypadku**, jeżeli **uszczerbek** ujawni się w okresie 180 dni od dnia **wypadku** i został wymieniony w załączniku nr 13 do tych

o.w.u., wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia za 1% i 100% **uszczerbku** potwierdzimy w **polisie** i **certyfikacie**.

2. Wysokość świadczenia ustalimy w ten sposób, że za każdy 1% **uszczerbku na zdrowiu dziecka**, **Ubezpieczonemu** przysługujące będzie 1% **sumy ubezpieczenia** z tytułu **uszczerbku na zdrowiu dziecka**. Wysokość **uszczerbku na zdrowiu dziecka** przyjmowana jest na podstawie załącznika nr 13 do tych **o.w.u.**
3. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na pogryzieniu **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, przez psa dodatkowo wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości 400 zł, jeżeli w wyniku pogryzienia przez psa powstały u **dziecka** rany.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie wypłacimy świadczenia za **uszczerbek na zdrowiu dziecka** w następstwie **wypadku** lub pogryzienia **dziecka** przez psa, jeżeli **wypadek** będący przyczyną **uszczerbku na zdrowiu dziecka** lub pogryzienia **dziecka** przez psa powstały wskutek okoliczności wskazanych w § 74 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**
5. Nasza odpowiedzialność z tytułu wystąpienia **uszczerbku na zdrowiu dziecka** w następstwie **wypadku** lub pogryzienia **dziecka** przez psa nie obejmuje:
 - a) pourazowych psychoz, encefalopatii i nerwicy;
 - b) **uszczerbku na zdrowiu dziecka**, który będzie związany z takimi uszkodzeniami ciała w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, które w dokumentacji medycznej **dziecka** lekarz określił jako mające charakter nawykowy, zmęzeniowy lub wysiłkowy.
6. W razie wystąpienia kilku **uszczerbków na zdrowiu dziecka** w następstwie jednego **wypadku**, wskazane w tabeli stanowiącej załącznik nr 13 do tych **o.w.u.**, wartości procentowe **uszczerbku na zdrowiu dziecka** podlegają zsumowaniu, maksymalnie jednak do 100%, z zastrzeżeniem postanowień ustępów 7–9.
7. Wartości procentowe **uszczerbku na zdrowiu dziecka**, ocenione według tabeli stanowiącej załącznik nr 13 do tych **o.w.u.**, za amputację i złamanie w obrębie tego samego narządu nie podlegają sumowaniu. Nasza odpowiedzialność jest wówczas ograniczona do tego z doznanych przez **dziecko uszczerbków na zdrowiu dziecka**, któremu przypisana jest najwyższa wartość procentowa.
8. Wartości procentowe **uszczerbku na zdrowiu dziecka**, ocenione według tabeli stanowiącej załącznik nr 13 do tych **o.w.u.**, za uraz narządu ruchu powodujący **unieruchomienie** przez co najmniej 7 dni i złamanie w obrębie tego samego narządu nie podlegają sumowaniu. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest wówczas do tego z doznanych **uszczerbków na zdrowiu dziecka**, któremu zgodnie z tabelą stanowiącą załącznik nr 13 do tych **o.w.u.**, przypisana jest najwyższa wartość procentowa.
9. Procent **uszczerbku na zdrowiu dziecka** oceniony według tabeli stanowiącej załącznik nr 13 do tych **o.w.u.** za **ranę** miażdżącą (tj. charakteryzującą się zmiażdżeniem brzegów rany i tkanki podskórnej) nie podlega sumowaniu z innymi pozycjami dotyczącymi tego samego narządu. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest wówczas do tego z doznanych **uszczerbków na zdrowiu dziecka**, któremu zgodnie z tabelą stanowiącą załącznik nr 13 do tych **o.w.u.** przypisana jest najwyższa wartość procentowa.
10. W odniesieniu do nawykowych zwichnięć narządu ruchu powodujących **unieruchomienie** przez co najmniej 7 dni nasza odpowiedzialność ograniczona jest do jednego urazu tego samego narządu w każdym 12. miesięcznym okresie liczącym począwszy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
11. Jeżeli **dziecko** zmarło, a stopień **uszczerbku na zdrowiu** nie został wcześniej określony, to stopień **uszczerbku na zdrowiu** określa się na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.

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

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **dziecka**. Wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości poniesionych kosztów – nie więcej jednak niż do określonego w **umowie** **sumy ubezpieczenia** na każdy **wypadek** – jeśli **Ubezpieczony** poniesie te koszty na terenie Polski w **następstwie wypadku dziecka**, które w dniu **wypadku** nie ukończyło 25. roku życia. Do kosztów tych należą:
 - a) honoraria lekarskie;
 - b) koszty leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego zaleconego przez lekarza;

- c) koszty zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym zaleconych przez lekarza;
 - d) koszty lekarstw zaleconych przez lekarza;
 - e) koszty operacji plastycznych zaleconych przez lekarza;
 - f) koszty transportu medycznego **dziecka** środkami ratownictwa medycznego wymaganymi w danych okolicznościach na skutek stanu zdrowia **dziecka** po **wypadku**;
 - g) koszty zakupu lub wypożyczenia protez, ortez i innych wyrobów medycznych zaleconych przez lekarza;
 - h) koszty zakupu lub wypożyczenia **sprzętu rehabilitacyjnego** zaleconego przez lekarza;
 - i) koszty zakupu środków opatrunkowych zaleconych przez lekarza;
 - j) koszty zakupu lub wypożyczenia wózka inwalidzkiego zaleconego przez lekarza;
 - k) koszty zdjęć rentgenowskich, USG, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i innych badań diagnostycznych zaleconych przez lekarza prowadzącego w procesie leczenia powypadkowego.
2. Wysokość **sumy ubezpieczenia** na 1 wypadek potwierdzimy w **polisie i certyfikacie**.
 3. Nasza odpowiedzialność obejmuje tylko te koszty leczenia, które zostały poniesione w okresie 365 dni od daty **wypadku**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie wypłacimy świadczenia za koszty leczenia **dziecka** poniesione w następstwie **wypadku**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną poniesienia kosztów leczenia nastąpił wskutek okoliczności wskazanych w § 74 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
5. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztów powstałych z tytułu lub w następstwie:
 - a) zabiegów ze wskazań estetycznych, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - b) zabiegów lub leczenia sposobami nieuznawanymi naukowo i medycznie;
 - c) niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie **dziecka**;
 - d) zakupu artykułów żywnościowych;
 - e) wykonywania czynności pielęgnacyjnych względem **dziecka**;
 - f) pobytów w **sanatoriach** lub uzdrowiskach, ani podróży do tych miejsc.
6. Nie odpowiadamy za koszty leczenia **dziecka** w następstwie **wypadku**, jeżeli przyczyną ich poniesienia były takie uszkodzenia ciała w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, które w dokumentacji medycznej **dziecka** lekarz określił jako mające charakter nawykowy, zmęczeniowy lub wysiłkowy.

§ 66. OSIEROCENIE DZIECKA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie **Ubezpieczonego**. W przypadku śmierci **Ubezpieczonego** w okresie ochrony skutkującej osieroceniem **dziecka**, wypłacimy na rzecz każdego osieroconego dziecka, które w dniu śmierci **Ubezpieczonego** nie ukończyło 25 roku życia albo było **catkowiec niezdolne do pracy** (bez względu na wiek **dziecka**), świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** w formie wskazanej w **umowie**.
2. Świadczenie może być wyrażone, w zależności od postanowień **umowy** w formie jednorazowej albo w formie **renty** płatnej przez okres 60 miesięcy od śmierci **Ubezpieczonego**. Świadczenie w formie renty wypłacimy zgodnie z § 83 ust. 20 tych **o.w.u.** za miesięczne okresy liczone od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiła śmierć **Ubezpieczonego**.
3. Wysokość świadczenia i formę wypłaty świadczenia potwierdzimy w **polisie i certyfikacie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** skutkującą osieroceniem **dziecka**, jeżeli śmierć **Ubezpieczonego** nastąpi w wyniku:
 - a) samobójstwa lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę, **Ubezpieczonego** dokonanego w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego;
 - b) czynnego udziału **Ubezpieczonego** w aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych, przebywania **Ubezpieczonego** na terenach objętych aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **Ubezpieczonego** w aktach przemocy, aktach terroru lub zamieszkach.

5. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** skutkującą osieroceniem **dziecka**, **dziecku**, które umyślnie przyczyniło się do śmierci **Ubezpieczonego**.
6. W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję** polegającą na tym, że nie wypłacimy świadczenia za osierocenie **dziecka** przez **Ubezpieczonego**, które nastąpiło wskutek śmierci **Ubezpieczonego** w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że śmierć **Ubezpieczonego** skutkująca osieroceniem **dziecka** była następstwem **wypadku**. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
7. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego oraz w razie braku możliwości złożenia nam przez **pracownika** oświadczenia o stanie zdrowia, gdy jest wymagane (zgodnie z § 77 ust. 5 lit. b) tych **o.w.u.**), stosujemy **karencję** polegającą na tym, że nie wypłacimy świadczenia za osierocenie **dziecka** przez **Ubezpieczonego**, które nastąpiło wskutek śmierci **Ubezpieczonego** w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że śmierć **Ubezpieczonego** skutkująca osieroceniem **dziecka** była następstwem **wypadku**.

ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z RODZICEM UBEZPIECZONEGO LUB RODZICEM MAŁŻONKA ALBO RODZICEM PARTNERA

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

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

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

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

2. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć rodzica **Ubezpieczonego** lub śmierć rodzica **małżonka** albo rodzica **partnera**, która powstała wskutek:
 - a) samobójstwa lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę rodzica **Ubezpieczonego** lub rodzica **małżonka** albo rodzica **partnera** dokonanego w okresie 24 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego;
 - b) czynnego udziału rodzica **Ubezpieczonego** lub rodzica **małżonka** albo rodzica **partnera** w aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych, przebywania rodzica **Ubezpieczonego** lub rodzica **małżonka** albo rodzica **partnera** na terenach objętych aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału rodzica **Ubezpieczonego** lub rodzica **małżonka** albo rodzica **partnera** w aktach przemocy, aktach terroru lub zamieszkach.
3. W zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć rodzica **Ubezpieczonego** lub rodzica **małżonka** albo rodzica **partnera**, która wystąpiła w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że śmierć rodzica **Ubezpieczonego** lub rodzica **małżonka** albo rodzica **partnera** była wynikiem **wypadku**. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
4. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć rodzica **Ubezpieczonego** lub rodzica **małżonka** albo rodzica **partnera**, która wystąpiła w okresie

- 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że śmierć **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** była wynikiem **wypadku**.
5. W razie wskazania **partnera** później niż w **dacie przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (w tym w razie zmiany **partnera**) stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **rodzica partnera**, która wystąpiła w okresie 6 miesięcy od złożenia nam oświadczenia wskazującego **partnera** (w tym oświadczenia w zakresie zmiany **partnera**), chyba że śmierć **rodzica partnera** była wynikiem **wypadku**.
6. Nasza odpowiedzialność względem **Ubezpieczonego** ograniczona jest do wypłaty 4 świadczeń.

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

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

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

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

2. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **rodzica Ubezpieczonego** lub śmierć **rodzica Ubezpieczonego** albo **rodzica partnera**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną śmierci **rodzica Ubezpieczonego** lub śmierci **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** powstał wskutek okoliczności wskazanych w § 75 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**
3. Nasza odpowiedzialność względem **Ubezpieczonego** ograniczona jest do wypłaty 4 świadczeń.

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

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące życia **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na śmierci **rodzica Ubezpieczonego** lub śmierci **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** w następstwie **wypadku komunikacyjnego**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy

od dnia **wypadku**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia za śmierć **rodzica Ubezpieczonego** lub śmierć **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** w następstwie **wypadku komunikacyjnego** potwierdzimy w **polisie** i **certyfikacie**. W **polisie** i **certyfikacie** wskażemy także skumulowaną wysokość świadczenia za śmierć **rodzica Ubezpieczonego** lub śmierć **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** w następstwie **wypadku komunikacyjnego** łącznie z wysokością świadczenia za śmierć **rodzica Ubezpieczonego** lub śmierć **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** w następstwie **wypadku** oraz za śmierć **rodzica Ubezpieczonego** lub śmierć **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera**, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje te świadczenia dodatkowe.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

2. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **rodzica Ubezpieczonego** lub śmierć **rodzica Ubezpieczonego** albo **rodzica partnera**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną śmierci **rodzica Ubezpieczonego** lub śmierci **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** powstał wskutek okoliczności wskazanych w § 75 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**
3. Nasza odpowiedzialność względem **Ubezpieczonego** ograniczona jest do wypłaty 4 świadczeń.

§ 70. ŚWIADCZENIA ASSISTANCE ZWIĄZANE Z RODZICEM UBEZPIECZONEGO

ŚWIADCZENIA DLA UBEZPIECZONEGO ZWIĄZANE Z JEGO RODZICEM

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące **rodzica Ubezpieczonego**. W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzeń w życiu **Ubezpieczonego**, wymienionych w tabeli nr 17 poniżej, dotyczących **rodzica Ubezpieczonego**, **Ubezpieczonemu** należne jest świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (**Suma Ubezpieczenia Assistance**) do wykorzystania na zasadach określonych poniżej i w tabeli nr 17.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego **centrum operacyjnemu** z tytułu wykonania wskazanych przez **Ubezpieczonego** świadczeń **assistance**, wymienionych w tabeli nr 17. Wynagrodzenie wypłacane **centrum operacyjnemu** w przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzeń, o których mowa w ust. 1, ograniczone jest do wysokości **Sum Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń **assistance**, wskazanych w tabeli nr 17. **Sumy Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń **assistance**, w odniesieniu do jednego zdarzenia, każdorazowo ulegają obniżeniu o kwotę stanowiącą wartość danego świadczenia **assistance**, wykonanego z tytułu zdarzenia.
3. Świadczenia, o których mowa w ust. 1 realizowane są na terytorium Polski.
4. Jeśli zakres ochrony jest rozszerzony o więcej niż jedno „świadczenie dla **Ubezpieczonego** związane z jego **rodzicem**”, wówczas łączna wysokość limitu na zdarzenie stanowi odpowiednią wielokrotność wartości podanych w tabeli nr 17.

Tabela nr 17 (świadczenia **assistance** dla **Ubezpieczonego** związane z jego **rodzicem**)

ZAKRES UBEZPIECZENIA OBEJMUJE NASTĘPUJĄCE ŚWIADCZENIA ASSISTANCE WYKONYWANE WYŁĄCZNIE NA TERENIE POLSKI:		Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każde zdarzenie
I. UDZIELENIE POMOCY RODZICOWI UBEZPIECZONEGO W RAZIE CHOROBY, ZAOSTRZENIA CHOROBY PRZEWLEKŁEJ LUB WYPADKU		
1.	Transport medyczny ze wskazaną przez rodzica Ubezpieczonego osobą z miejsca pobytu do placówki medycznej (1 transport medyczny na zdarzenie)	
Transport medyczny jest organizowany do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego w sytuacji, gdy w następstwie choroby , zaostżenia choroby przewlekłej lub wypadku wymagany jest pobyt rodzica Ubezpieczonego w placówce medycznej; transport medyczny jest organizowany, gdy nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej .		1000 zł
2.	Transport medyczny ze wskazaną przez rodzica Ubezpieczonego osobą z placówki medycznej do miejsca pobytu (1 transport medyczny na zdarzenie)	
Transport medyczny jest organizowany w sytuacji, gdy w następstwie choroby , zaostżenia choroby przewlekłej lub wypadku rodzic Ubezpieczonego przebywa w placówce medycznej.		1000 zł

ZAKRES UBEZPIECZENIA OBEJMUJE NASTĘPUJĄCE ŚWIADCZENIA ASSISTANCE WYKONYWANE WYŁĄCZNIE NA TERENIE POLSKI:		Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każde zdarzenie
3.	Transport medyczny ze wskazaną przez rodzica Ubezpieczonego osobą z placówki medycznej do placówki medycznej oraz transport powrotny do placówki medycznej (1 transport medyczny wraz z transportem powrotnym do placówki medycznej na zdarzenie)	
	Transport medyczny jest organizowany w sytuacji, gdy placówka medyczna, w której przebywa rodzic Ubezpieczonego , nie odpowiada pod względem medycznym wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy rodzic Ubezpieczonego skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej.	1000 zł
4.	Transport na i z wizyty kontrolnej po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu	
	Jeżeli rodzic Ubezpieczonego przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu dostosowanego do stanu zdrowia rodzica Ubezpieczonego na 1 wizytę kontrolną zalecaną przez lekarza prowadzącego oraz transportu powrotnego, o ile termin wizyty kontrolnej zgodnie z powyższym zaleceniem ma przypadać w ciągu jednego roku po zakończeniu hospitalizacji.	1000 zł
5.	Transport do i z sanatorium po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu	
	Zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu autobusowego, kolejowego (biletów 1 klasy) lub taksówką (w zależności od wyboru Ubezpieczonego) do i z sanatorium w wybranym przez rodzica Ubezpieczonego terminie, po jego trwającym powyżej 5 dni pobycie w szpitalu w następstwie choroby, zaostrzenia choroby przewlekłej lub wypadku ; świadczenie przysługuje w okresie jednego roku po zakończeniu hospitalizacji.	500 zł
6.	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty bliskiej osoby w razie pobytu rodzica Ubezpieczonego w szpitalu	
	W sytuacji, gdy rodzic Ubezpieczonego przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zapewnimy:	
a.	zwrot kosztów zakupu biletów w obydwie strony (do i ze szpitala , w którym znajduje się rodzic Ubezpieczonego) autobusowych lub kolejowych 1 klasy dla jednej osoby bliskiej wskazanej przez Ubezpieczonego ; oraz	1000 zł
b.	dla tej osoby zorganizujemy i pokryjemy koszty zakwaterowania w hotelu położonym w tej samej miejscowości w której znajduje się rodzic Ubezpieczonego (jeżeli w tej miejscowości nie ma hotelu, pokryjemy koszt zakwaterowania w najbliższym hotelu).	300 zł
7.	Opieka osoby bliskiej po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu	
	W sytuacji, gdy rodzic Ubezpieczonego przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zapewnimy:	
a.	zwrot kosztów zakupu biletów w obydwie strony (do i z miejsca pobytu rodzica Ubezpieczonego) autobusowych lub kolejowych 1 klasy dla jednej osoby bliskiej wskazanej przez Ubezpieczonego ; oraz	1000 zł
b.	dla tej osoby zorganizujemy i pokryjemy koszty zakwaterowania w hotelu położonym w tej samej miejscowości, w której znajduje się rodzic Ubezpieczonego (jeżeli w tej miejscowości nie ma hotelu, pokryjemy koszt zakwaterowania w najbliższym hotelu).	300 zł
8.	Dostarczenie do miejsca pobytu leków, książek, posiłków oraz pomoc w opłaceniu rachunków po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu	
	W sytuacji, gdy rodzic Ubezpieczonego w następstwie choroby, zaostrzenia choroby przewlekłej lub wypadku przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni pokryjemy koszty:	
	– dostarczenia leków zaordynowanych przez lekarza (koszt leków nie jest przez nas pokrywany);	250 zł
	– dostarczenia książek (koszt książek nie jest przez nas pokrywany);	250 zł
	– dostarczenia posiłków (koszt posiłków nie jest przez nas pokrywany);	250 zł
	– zorganizowania pomocy w opłaceniu rachunków, których termin płatności przypada w okresie pobytu rodzica Ubezpieczonego w szpitalu lub w okresie 1 miesiąca po dniu wypisu rodzica Ubezpieczonego ze szpitala (koszt rachunków nie jest przez nas pokrywany).	250 zł
9.	Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego	
	Zorganizujemy i pokryjemy koszty procesu rehabilitacyjnego jeżeli w następstwie wypadku lub po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu trwającym powyżej 5 dni w następstwie choroby lub zaostrzenia choroby przewlekłej rodzic Ubezpieczonego , zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej; w zależności od wyboru Ubezpieczonego zapewnimy jedno z poniższych świadczeń (skorzystanie z jednego z nich wyklucza skorzystanie z drugiego):	
a.	organizację i pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w domu rodzica Ubezpieczonego , albo	2000 zł
b.	organizację i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej.	2000 zł
10.	Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego	
	Jeżeli w następstwie wypadku lub po trwającym powyżej 5 dni pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby lub zaostrzenia choroby przewlekłej rodzic Ubezpieczonego , zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, zapewnimy:	
a.	organizację i pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu rodzica Ubezpieczonego , dla którego wypożyczono lub zakupiono sprzęt rehabilitacyjny ;	500 zł
b.	pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego .	500 zł
11.	Opieka pielęgniarki po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu	
	Jeżeli rodzic Ubezpieczonego w następstwie wypadku, zaostrzenia choroby przewlekłej lub choroby przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zorganizujemy i pokryjemy koszty opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w związku z medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu pobytu rodzica Ubezpieczonego przez okres maksymalnie 30 dni.	5000 zł

ZAKRES UBEZPIECZENIA OBEJMUJE NASTĘPUJĄCE ŚWIADCZENIA ASSISTANCE WYKONYWANE WYŁĄCZNIE NA TERENIE POLSKI:		Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każde zdarzenie
12.	Pomoc domowa po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu	
	Jeżeli rodzic Ubezpieczonego w następstwie wypadku, zaostrzenia choroby przewlekłej lub choroby przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, jeżeli zgodnie z oświadczeniem nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej (przygotowanie posiłków, zakup podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości) po zakończeniu hospitalizacji; koszt posiłków, podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości nie jest przez nas pokrywany; usługa świadczona jest maksymalnie przez 30 dni.	5000 zł
II. UDZIELENIE POMOCY RODZICOWI UBEZPIECZONEGO W RAZIE NAGŁEGO ZACHOROWANIA LUB WYPADKU		
Refundacja kosztów za artykuły osobistego użytku		
	Jeżeli rodzic Ubezpieczonego w następstwie nagłego zachorowania lub wypadku był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 3 dni, zwrócimy koszty następujących artykułów: kapcie, szlafrok, piżama, przybory toaletowe osobistego użytku.	100 zł
III. UDZIELENIE POMOCY RODZICOWI UBEZPIECZONEGO W RAZIE WYSTĄPIENIA WYPADKU		
1.	Wizyta lekarska	
	W razie wystąpienia wypadku rodzica Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty jednej wizyty lekarskiej dla rodzica Ubezpieczonego , o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej , w placówce medycznej lub w miejscu pobytu rodzica Ubezpieczonego .	500 zł
2.	Wizyty pielęgniarskie	
	W razie wystąpienia wypadku rodzica Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty honorariów i dojazdów pielęgniarki do miejsca pobytu rodzica Ubezpieczonego , o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej .	2000 zł
3.	Pomoc domowa	
	W razie wystąpienia wypadku rodzica Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej (przygotowanie posiłków, zakup podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości), jeżeli według oświadczenia Ubezpieczonego, rodzic Ubezpieczonego nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników; koszt posiłków, podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości nie jest przez nas pokrywany; usługa świadczona jest maksymalnie przez 15 dni.	2000 zł
IV. ŚWIADCZENIA W TRUDNYCH SYTUACJACH LOSOWYCH RODZICA UBEZPIECZONEGO		
Pomoc psychologa		
Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt u psychologa w razie wystąpienia u rodzica Ubezpieczonego następujących trudnych sytuacji losowych:		
a.	śmierć dziecka rodzica Ubezpieczonego	
b.	śmierć małżonka albo partnera rodzica Ubezpieczonego , rodzica rodzica Ubezpieczonego	500 zł
c.	hospitalizacji rodzica Ubezpieczonego , małżonka albo partnera rodzica Ubezpieczonego , dziecka rodzica Ubezpieczonego , rodzica rodzica Ubezpieczonego przez okres dłuższy niż 5 dni lub choroby (zaawansowanego nowotworu, udaru mózgu, zawału serca) rodzica Ubezpieczonego , małżonka albo partnera rodzica Ubezpieczonego , dziecka rodzica Ubezpieczonego , rodzica rodzica Ubezpieczonego	

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów świadczeń assistance, będących następstwem **wypadku** lub **choroby**, które powstały wskutek okoliczności wskazanych w § 75 tych **o.w.u.**
- Nasza odpowiedzialność nie obejmuje:
 - organizacji i pokrycia kosztów świadczeń assistance poza terytorium Polski;
 - pokrycia kosztów świadczeń, które nie zostały przez nas zorganizowane, z wyjątkiem opisanym w ust. 9;
 - kosztów leków;
 - kosztów powstałych wskutek:
 - leczenia stomatologicznego bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego;
 - leczenia sanatoryjnego;
 - zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodów ich wykonania, helioterapii;
 - leczenia, które jest bezpośrednio wynikiem 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 lekarza;
 - wad wrodzonych**;
 - zdarzeń powstałych w wyniku złamania przez **rodzica Ubezpieczonego** zakazów i regulacji rządowych, w tym wymogów wizowych;
 - zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS);
 - chorób przewlekłych.
- Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztów świadczeń assistance, których przyczyną będzie związana z takimi uszkodzeniami ciała w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, które w dokumentacji medycznej **rodzica Ubezpieczonego** lekarz określi jako mające charakter nawykowy, zmęczeniowy lub wysiłkowy.
- Nasza odpowiedzialność w każdym 12. miesięcznym okresie, licząc poczynając od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego ograniczona jest do **2 rodziców Ubezpieczonego**, którzy jako pierwsi skorzystali ze świadczeń assistance w danym 12. miesięcznym okresie.
- Gdy na skutek **siły wyższej Ubezpieczony** nie mógł skontaktować się z nami i w związku z tym sam pokrył koszty świadczeń assistance, o których mowa w tabeli nr 17, zwracamy poniesione i udokumentowane koszty do wysokości limitów wskazanych w tabeli nr 17.
- Jeżeli świadczenie assistance przekroczy **Sumę Ubezpieczenia Assistance** wskazaną w tabeli nr 17, wykonamy tę usługę w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określoną **Sumą Ubezpieczenia Assistance**.

§ 71. POWAŻNE ZACHOROWANIE RODZICA UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

Poważne zachorowanie rodzica Ubezpieczonego

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

Świadczenia medyczne po poważnym zachorowaniu rodzica Ubezpieczonego

3. Zakres ochrony może zostać rozszerzony o świadczenia medyczne po poważnym zachorowaniu **rodzica Ubezpieczonego**, o których mowa w ust. 4 - 9 poniżej. W przypadku, gdy wspólnie ustalimy takie rozszerzenie ochrony, potwierdzimy to w **polisie** i **certyfikacie**.
4. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **rodzica Ubezpieczonego**. W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzeń w życiu **Ubezpieczonego**, wymienionych w ust. 1, dotyczących **rodzica Ubezpieczonego**, **Ubezpieczonemu** należne jest świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (**Suma Ubezpieczenia Assistance**) do wykorzystania na zasadach określonych poniżej i w tabeli nr 18.
5. Świadczenie, o którym mowa w ust. 4, realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego **centrum operacyjnemu**

z tytułu wykonania wskazanych przez **Ubezpieczonego** świadczeń medycznych, wymienionych w tabeli nr 18, o ile zostały one zlecone pisemnie przez lekarza prowadzącego leczenie **rodzica Ubezpieczonego** w związku z **chorobą** lub przeprowadzeniem zabiegu. Wynagrodzenie wypłacane **centrum operacyjnemu** w odniesieniu do 1 zdarzenia, ograniczona jest do wysokości **Sum Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych, wskazanych w tabeli nr 18, z zastrzeżeniem ust. 6-9.

6. **Sumy Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych, w odniesieniu do jednej **choroby** lub zabiegu, każdorazowo ulegają obniżeniu o kwotę stanowiącą wartość danego świadczenia medycznego, wykonanego z tytułu zdarzenia.
7. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do 10 świadczeń medycznych na każdą chorobę lub zabieg (z dostępnych niżej, wskazanych dostępnych 17 świadczeń medycznych), przy czym z badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego **rodzic Ubezpieczonego** może skorzystać tylko jeden raz na każdą **chorobę** lub zabieg.
8. Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktowane jest jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania, niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez lekarza prowadzącego leczenie rodzica Ubezpieczonego, w związku ze zdiagnozowaniem choroby lub przeprowadzeniem zabiegu.
9. Jeśli zakres ochrony jest rozszerzony o więcej niż jedno „świadczenie medyczne po poważnym zachorowaniu **rodzica Ubezpieczonego**”, wówczas łączna wysokość limitu na zdarzenie stanowi odpowiednią wielokrotność wartości podanych w tabeli nr 18.

Tabela nr 18 (świadczenia dla **Ubezpieczonego** związane z **poważnym zachorowaniem rodzica Ubezpieczonego**)

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

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

10. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje przypadków, określonych w lit. B poszczególnych definicji **poważnych zachorowań** zawartych w załączniku nr 1 do tych **o.w.u.**
11. Nie wypłacimy świadczenia ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie u **rodzica Ubezpieczonego choroby** lub przeprowadzenie zabiegu, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 75 tych **o.w.u.**;
 - b) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS).
12. W zakresie tego świadczenia dodatkowego stosujemy **karencję**, która polega na tym, że w przypadku zdiagnozowania u **rodzica Ubezpieczonego choroby** lub przeprowadzenia zabiegu w okresie 3 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego odpowiadamy wyłącznie za **choroby** lub zabiegi będące wynikiem **wypadku**. **Karencja** ta nie dotyczy **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
13. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego stosujemy **karencję**, która polega na tym, że w przypadku zdiagnozowania u **rodzica Ubezpieczonego choroby** lub przeprowadzenia zabiegu w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego odpowiadamy wyłącznie za **choroby** lub zabiegi będące wynikiem **wypadku**.
14. Nie wypłacimy świadczenia ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie u **rodzica Ubezpieczonego choroby** w okresie 2 lat od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, jeżeli **choroba** ta była przedmiotem **prediagnostyki**. Powyższe ograniczenie nie dotyczy **chorób** będących przedmiotem **prediagnostyki** rozpoczętej w okresie ochrony świadczonej w ramach **wcześniejszej umowy ubezpieczenia** w przypadku **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
15. Nie wypłacimy świadczenia ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za przeprowadzenie u **rodzica Ubezpieczonego** zabiegu w okresie 2 lat od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, jeżeli **choroba** będąca przyczyną przeprowadzenia tego zabiegu była przedmiotem **prediagnostyki**. Powyższe ograniczenie nie dotyczy **chorób** będących przedmiotem **prediagnostyki** rozpoczętej w okresie ochrony świadczonej w ramach **wcześniejszej umowy ubezpieczenia** w przypadku **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.
16. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowaną **chorobę** lub przeprowadzony zabieg, jeżeli **rodzic Ubezpieczonego** zmarł w ich następstwie przed upływem 30 dni od zdiagnozowania tej **choroby** lub przeprowadzenia tego zabiegu.
17. W zakresie świadczenia, o którym mowa w ust. 1, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia za tą samą **chorobę** lub ten sam zabieg.
18. Nie wypłacimy świadczenia ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie **choroby** lub przeprowadzenie zabiegu, które zgodnie z wiedzą medyczną, wynikają bezpośrednio z **choroby** lub zabiegu, za które wypłaciliśmy świadczenie z **umowy**.
19. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji świadczenia medycznego, jeżeli do opóźnienia doszło na skutek **sily wyższej**.
20. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy **Sumę Ubezpieczenia Assistance** wskazaną w tabeli nr 18, wykonamy tę usługę (jeśli mieści się ona w maksymalnym limicie świadczeń medycznych na każdą **chorobę** lub zabieg) w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określoną **Sumą Ubezpieczenia Assistance**.

OGÓLNE WYŁĄCZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 72. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZWIĄZANE Z UBEZPIECZONYM

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

§ 73. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZWIĄZANE Z MAŁŻONKIEM ALBO PARTNEREM

1. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyłać do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, które powstały wskutek:
 - a) **działania małżonka albo partnera pod wpływem alkoholu**, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - b) **chorób psychicznych** lub zaburzeń zachowania **małżonka** albo **partnera** w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej

Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99);

- c) **wypadku** lotniczego, z wyjątkiem **wypadków**, w których **małżonek** albo **partner** był pasażerem lub członkiem załogi statku powietrznego **licencjonowanych linii lotniczych**;
 - d) popełnienia przez **małżonka** albo **partnera** umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu;
 - e) czynnego udziału **małżonka** albo **partnera** w aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych, przebywania **małżonka** albo **partnera** na terenach objętych aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **małżonka** albo **partnera** w **aktach przemocy, aktach terroru** lub **zamieszkach**;
 - f) czynnego udziału **małżonka** albo **partnera** w następujących aktywnościach: paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotnictwo, sporty motorowe lub motorowodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki na linie, speleologia, wspinaczka górską lub skatkowa wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, heliskiing, uczestniczenie w wyprawach survivalowych, free running;
 - g) uczestniczenia **małżonka** albo **partnera** w zawodach lub pokazach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer pojazdów silnikowych, w tym również w ramach jazd próbnych lub testowych do tych zawodów lub pokazów;
 - h) działania energii jądrowej lub 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;
 - i) prowadzenia przez **małżonka** albo **partnera** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie **wypadku**, lub prowadzenia przez **małżonka** albo **partnera** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie **wypadku**.
2. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyłają do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, jeżeli były one następstwem **choroby**, która powstała wskutek:
- a) poddania się przez **małżonka** albo **partnera** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
 - b) nadużywania alkoholu, co wynika z dokumentacji medycznej.
3. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyłają do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, jeżeli ich przyczyną był **wypadek**, który powstał wskutek poddania się przez **małżonka** albo **partnera** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie tego leczenia było zalecone przez lekarza.

§ 74. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZWIĄZANE Z DZIECKIEM

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

skatkowa wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, heliskiing, uczestniczenie w wyprawach survivalowych, free running;

- g) uczestniczenia **dziecka** w zawodach lub pokazach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer pojazdów silnikowych, w tym również w ramach jazd próbnych lub testowych do tych zawodów lub pokazów;
 - h) działania energii jądrowej lub 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;
 - i) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **dziecka** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**;
 - j) prowadzenia przez **dziecko** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie **wypadku** lub prowadzenia przez **dziecko** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie **wypadku**.
2. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyłają do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, jeżeli były one następstwem **choroby**, która powstała wskutek:
- a) poddania się przez **dziecko** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
 - b) nadużywania alkoholu, co wynika z dokumentacji medycznej.
3. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyłają do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, jeżeli ich przyczyną był **wypadek**, który powstał wskutek poddania się przez **dziecko** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie tego leczenia było zalecone przez lekarza.

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

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

również w ramach jazd próbnych lub testowych do tych zawodów lub pokazów;

- h) działania energii jądrowej lub 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;
 - i) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**;
 - j) prowadzenia przez **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie **wypadku**, lub prowadzenia przez **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie **wypadku**.
2. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsytają do tego ustępu, nie wypłacamy świadczenia za zdarzenia, jeżeli były one następstwem **choroby**, która powstała wskutek:
 - a) poddania się przez **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza;
 - b) nadużywania alkoholu, co wynika z dokumentacji medycznej.
 3. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsytają do tego ustępu, nie wypłacamy świadczenia za zdarzenia, jeżeli ich przyczyną był **wypadek**, który powstał wskutek poddania się przez **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie tego leczenia było zalecane przez lekarza.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO ZWIĄZANE Z ZAWIERANIEM LUB PRZYSTĄPIENIEM DO UMOWY

W tej części znajdują się informacje o tym, jakie są obowiązki Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego związane z umową.

§ 76. ZAWARCIE UMOWY

1. **Umowa** zawierana jest na podstawie wniosku o zawarcie **umowy**, składanego przez **Ubezpieczającego** na naszym formularzu.
2. **Ubezpieczający** wraz z wnioskiem o zawarcie **umowy** przekazuje nam listę osób przystępujących do ubezpieczenia oraz **deklarację przystąpienia** każdej z osób przystępujących do ubezpieczenia.
3. Możemy wymagać dołączenia do wniosku o zawarcie **umowy** dokumentacji koniecznej do oceny ryzyka ubezpieczeniowego w stosunku do osób przystępujących do **umowy**, w tym:
 - a) ankiety medycznej;
 - b) dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia osoby zgłaszanej do ubezpieczenia.
4. W celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego możemy skierować osobę, na rzecz której ma zostać zawarta **umowa**, na badania lekarskie lub badania diagnostyczne z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Pokrywamy koszty takich badań.
5. Na podstawie informacji zawartych we wniosku o zawarcie **umowy** oraz na podstawie dołączonych do niego dokumentów, w wyniku dokonanej oceny ryzyka ubezpieczeniowego możemy odmówić zawarcia **umowy**.
6. Zawarcie **umowy** potwierdzimy wystawiając **polisę** dla **Ubezpieczającego**.

§ 77. PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY I ZMIANY PO PRZYSTĄPIENIU

1. **Ubezpieczeniem** może być objęta osoba, która w dniu złożenia nam **deklaracji przystąpienia**:
 - a) ma ukończone:

- 15 lat i nie ma ukończonych 70 lat – w odniesieniu do **pracowników**,
 - 18 lat i nie ma ukończonych 70 lat – w odniesieniu do **dzieci pracowników, małżonków i partnerów pracowników**,
- b) spełnia definicję **Ubezpieczonego**.

2. **Deklaracja przystąpienia** musi być wypełniona przez osobę przystępującą do **umowy** i zaakceptowana przez **Ubezpieczającego** przed złożeniem jej do nas.
3. Osoba przystępująca do **umowy** wybiera zakres ochrony wskazując dostępny w **umowie wariant**. Jeżeli **umowa** to przewiduje, osoba przystępująca do **umowy** może dodatkowo rozszerzyć zakres ochrony o dostępne w **umowie uzupełnienia i pakiety**.
4. Przystąpienie do **umowy** potwierdzimy wystawiając **Ubezpieczonemu certyfikat**.
5. Od osoby przystępującej do **umowy** możemy wymagać oświadczenia o stanie zdrowia lub dokumentacji koniecznej do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym ankiety medycznej lub dokumentacji medycznej związanej z jej stanem zdrowia. Brak możliwości złożenia oświadczenia o stanie zdrowia, gdy zgodnie z deklaracją przystąpienia jest ono wymagane, skutkuje:
 - a) w odniesieniu do **dzieci pracowników, małżonków i partnerów pracowników** – brakiem możliwości objęcia ochroną, lub
 - b) w odniesieniu do **pracowników** – brakiem możliwości objęcia ochroną albo objęciem ochroną z zastosowaniem **karencji** przewidzianej w tych **o.w.u.** dla przypadków braku możliwości złożenia nam przez **pracownika** oświadczenia o stanie zdrowia, gdy jest wymagane.
6. Osoba wnioskująca o **sumę ubezpieczenia** przekraczającą **limit automatycznej akceptacji** wypełnia ankietę medyczną. Po analizie ankiety medycznej możemy skierować tę osobę na badania lekarskie lub badania diagnostyczne z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Pokrywamy koszty takich badań. Od **daty przystąpienia do umowy**, na czas prowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, **Ubezpieczony** objęty jest warunkami ubezpieczenia uwzględniającymi **limity automatycznej akceptacji** w zakresie **sum ubezpieczenia i składki**.
7. W wyniku indywidualnej oceny ryzyka osób, o których mowa w ust. 6, możemy:
 - a) objąć **Ubezpieczonego** ubezpieczeniem na wnioskowanych warunkach, lub
 - b) pozostawić warunki ubezpieczenia obowiązujące dla **limitów automatycznej akceptacji**, lub
 - c) zaproponować **Ubezpieczonemu** odmienne warunki.
8. Jeżeli zgodnie z ust. 7 lit. c) zaproponujemy **Ubezpieczonemu** odmienne warunki, to razem z **certyfikatem** prześlemy pismo z opisem proponowanych zmian. O proponowanych zmianach poinformujemy też **Ubezpieczającego**. **Ubezpieczonemu** i **Ubezpieczającemu** przysługuje prawo wniesienia sprzeciwu w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji zmian. W przypadku wniesienia sprzeciwu, proponowane zmiany nie wejdą w życie dla tego **Ubezpieczonego** i w mocy pozostaną warunki ubezpieczenia obowiązujące dla **limitów automatycznej akceptacji**.
9. Nie jest możliwe ubezpieczenie tych samych osób jednocześnie w więcej niż jednym **wariantcie** w tej samej **umowie**.
10. **Ubezpieczeni** mogą wnioskować o zmianę **wariantu, uzupełnienia lub pakietu** ze skutkiem od najbliższej **rocznicy polisy** następującej po złożeniu wniosku o zmianę. Dodatkowo **Ubezpieczeni** mogą złożyć wniosek o rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o dostępne w **umowie pakiety** ze skutkiem od najbliższego **miesiąca polisy** po złożeniu wniosku o zmianę, przy czym wniosek ten powinien być złożony przed upływem:
 - a) 3 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** – w odniesieniu do **pakietów** dostępnych w **umowie** w **dacie przystąpienia do umowy**, lub
 - b) 3 miesięcy od daty rozszerzenia zakresu **umowy** o dany **pakiet** dodatkowy – w odniesieniu do tego **pakietu**.Akceptacja wniosku o zmianę zakresu może być uzależniona od złożenia dodatkowych oświadczeń dotyczących stanu zdrowia.
11. W trakcie obowiązywania **umowy** możemy objąć ochroną osoby wcześniej nieubezpieczone. **Ubezpieczający** jest zobowiązany dostarczyć imienną listę osób przystępujących do ubezpieczenia, **deklaracje przystąpienia** wypełnione przez osoby przystępujące do ubezpieczenia i zaakceptowane przez **Ubezpieczającego**, oraz inne dokumenty wskazane przez nas, o których mowa w ust. 5. Dla osoby wnioskującej o **sumę ubezpieczenia** przekraczającą **limit automatycznej akceptacji** ma zastosowanie tryb opisany w ust. 6-8.
12. W razie zmiany liczby **Ubezpieczonych**, **Ubezpieczający** jest zobowiązany do dostarczenia, najpóźniej ostatniego dnia każdego **miesiąca polisy**, listy osób przystępujących do **umowy** w kolejnym **miesiącu polisy** lub występujących z **umowy** z końcem bieżącego **miesiąca polisy**.

13. W razie wniosku o zmianę wybranych **wariantów, uzupełnień, pakietów** lub kwoty, od której uzależniona jest **suma ubezpieczenia** zgodnie z §79 ust. 2 lit. b) tych **o.w.u.**, **Ubezpieczający** jest zobowiązany do dostarczenia, najpóźniej ostatniego dnia każdego **miesiąca polisy**, wniosku o wprowadzenie tych zmian, które mają obowiązywać od kolejnego **miesiąca polisy**.

§ 78. PODANIE PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO OKOLICZNOŚCI, O KTÓRE PYTAMY

1. **Ubezpieczający**, a także **Ubezpieczony**, są zobowiązani do podania nam wszystkich znanych sobie okoliczności, o które pytaliśmy na piśmie przed zawarciem **umowy**, objęciem **Ubezpieczonego** ochroną lub zmianą zakresu ochrony. Jeżeli **Ubezpieczający** zawiera **umowę** przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. Jeżeli nie otrzymamy odpowiedzi na nasze pytania, a mimo to zawrzemy **umowę** z **Ubezpieczającym** lub obejmimy **Ubezpieczonego** ochroną, to uznajemy, że pominięte okoliczności nie były istotne.
2. Nie odpowiadamy za skutki okoliczności, które z naruszeniem poprzedniego ustępu nie zostały podane do naszej wiadomości. Jeżeli **Ubezpieczający** lub **Ubezpieczony** umyślnie nie ujawnili nam tych okoliczności, w razie wątpliwości przyjmujemy, że zdarzenie przewidziane **umową** i jego następstwa są skutkiem okoliczności, których nam nie ujawniono. Jeżeli śmierć **Ubezpieczonego** nastąpi po upływie trzech lat od dnia objęcia danego **Ubezpieczonego** ochroną, nie możemy podnieść zarzutu, że przy zawieraniu **umowy** lub przystępowaniu **Ubezpieczonego** do **umowy** podano informacje nieprawdziwe.

§ 79. SUMA UBEZPIECZENIA

1. **Suma ubezpieczenia** jest ustalana przez strony **umowy** przy zawieraniu lub zmianie **umowy**.
2. **Suma ubezpieczenia** może być wyrażona w następujący sposób:
 - a) kwotowo, albo
 - b) jako krotność kwoty podanej nam przez **Ubezpieczającego** dla każdego **Ubezpieczonego** przy przystąpieniu do **umowy**. Kwota ta może być aktualizowana w każdym **miesiącu polisy** zgodnie z trybem opisanym w §77 ust. 13 tych **o.w.u.** Krotność jest jednakość dla wszystkich **Ubezpieczonych** w zakresie tego samego **wariantu**. Krotność potwierdzimy w **polisie**, a **sumę ubezpieczenia** wynikającą z mnożenia krotności i kwoty podanej przez **Ubezpieczającego** dla każdego **Ubezpieczonego**, potwierdzimy w **certyfikacie**.
3. **Ubezpieczający** może, za naszą zgodą, zmienić **sumę ubezpieczenia** w każdym **rocznicę polisy**.

§ 80. SKŁADKA

1. **Ubezpieczający** jest zobowiązany do opłacania składki w wysokości i z częstotliwością ustaloną w **umowie** oraz potwierdzonej w **polisie**. Składka może ulec zmianie w każdej **rocznicę polisy**. Szczegółowy tryb dokonywania zmian składki określa § 88 tych **o.w.u.**
2. Składkę ustala się w oparciu o dokonaną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie obowiązującej taryfy ryzyka, w zależności od zakresu ubezpieczenia, **sumy ubezpieczenia**, limitów oraz wysokości świadczeń. W wyliczeniu składki uwzględnia się okres **karencji** oraz inne ograniczenia i wyłączenia naszej odpowiedzialności wynikające z **umowy**.
3. Składka jest płatna najpóźniej pierwszego dnia okresu, za który jest należna. Składka jest płatna przelewem na wskazany przez nas rachunek bankowy.
4. Składkę uważa się za zapłaconą przez **Ubezpieczającego** z chwilą, gdy wpłynie ona na nasz rachunek bankowy w pełnej wysokości wynikającej z **umowy**. Wysokość składki stanowi sumę składek należnych za każdego **Ubezpieczonego**.
5. W przypadku zaległości w opłaceniu składek, wpłacane kwoty zaliczane są na poczet pierwszej zaległej składki.
6. Jeżeli wyraziliśmy zgodę i **Ubezpieczony** przystąpił do ubezpieczenia pomiędzy datami kolejnych płatności, pierwsza składka za tego **Ubezpieczonego** obejmuje okres od jego **daty przystąpienia do umowy** do dnia wymagalności najbliższej składki i jest obliczana proporcjonalnie do tego okresu.
7. **Ubezpieczający** ma obowiązek zapłaty składki za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.

8. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie przed końcem okresu, na który jest zawarta **umowa**, **Ubezpieczający** ma prawo do zwrotu składki za niewykorzystany **okres ochrony**.
9. Wysokość składki do zwrotu ustalamy proporcjonalnie do niewykorzystanego **okresu ochrony**.
10. **Ubezpieczający** może na 30 dni przed terminem płatności składki złożyć wniosek o zawieszenie opłacania składek z tytułu **umowy**. We wniosku o zawieszenie opłacania składek **Ubezpieczający** powinien wskazać:
 - a) datę rozpoczęcia okresu zawieszenia (zawsze pierwszy dzień **miesiąca polisy**),
 - b) okres, na który zawieszona opłacanie składek (maksymalnie 6 miesięcy).
11. Obowiązek opłacania składki może być zawieszony jeden raz w danym **roku polisowym**. Wniosek o zawieszenie opłacania składek może być złożony po raz pierwszy po 6 miesiącach od **daty początku ubezpieczenia** i pod warunkiem terminowego opłacania składek za wszystkie miesiące poprzedzające wnioskowany okres zawieszenia.
12. Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu zdarzeń zaistniałych w okresie zawieszenia opłacania składek, o którym mowa w ust. 10.

§ 81. INFORMACJE O WARUNKACH UMOWY

1. **Ubezpieczający** obowiązany jest doręczyć osobie zainteresowanej przystąpieniem do **umowy** warunki **umowy** przed wyrażeniem przez nią zgody na udzielenie ochrony.
2. Przed wyrażeniem zgody na zmianę warunków **umowy** lub zmianę prawa właściwego dla **umowy** prześlemy **Ubezpieczającemu**, na piśmie lub, jeżeli wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu **umowy**.
3. Poinformujemy **Ubezpieczającego**, na piśmie lub, jeżeli wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu **umowy**, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania **umowy**. Po raz pierwszy informacje te prześlemy **Ubezpieczającemu** nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia **umowy**.
4. Informacje, o których mowa w ust. 2-3, za zgodą **Ubezpieczającego**, możemy przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.
5. **Ubezpieczający** jest zobowiązany do przekazania **Ubezpieczonemu**, na piśmie lub, jeżeli **Ubezpieczony** wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje określone w ust. 2-3. Informacje te **Ubezpieczający** przekazuje **Ubezpieczonemu**:
 - a) przed wyrażeniem przez **Ubezpieczającego** zgody na zmianę warunków **umowy** lub prawa właściwego dla **umowy** – w przypadku informacji, o których mowa w ust. 2;
 - b) niezwłocznie po ich przekazaniu przez nas **Ubezpieczającemu** – w przypadku informacji, o których mowa w ust. 3.
6. Na żądanie **Ubezpieczonego**, prześlemy mu informacje określone w ust. 2-3.
7. Zmiany **umowy** na niekorzyść **Ubezpieczonego** lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci **Ubezpieczonego** wymagają zgody tego **Ubezpieczonego**.

ZDARZENIE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM – I CO DALEJ

§ 82. ZGŁOSZENIE ZDARZENIA

1. Zdarzenie objęte ubezpieczeniem można zgłosić:
 - a) przez elektroniczny formularz na stronie allianz.pl,
 - b) telefonicznie 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),
 - c) na adres: TU Allianz Życie Polska S.A., ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa,
 - d) w każdej naszej placówce.
2. Potrzebę organizacji świadczeń assistance, telemedycyny, świadczeń medycznych, teleopieki kardiologicznej, **powtórnej opinii medycznej** można zgłosić za pośrednictwem **centrum operacyjnego**:
 - a) telefonicznie 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),

- b) na adres: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce; 02-673 Warszawa, ul. Konstruktorska 12,
 - c) pocztą elektroniczną na adres: pmu@mondial-assistance.pl.
3. Zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia może zgłosić również spadkobierca **Ubezpieczonego**. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak **uprawniony z umowy**.

§ 83. ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia objętego ochroną:
 - a) informujemy o tym **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego** (jeżeli to nie oni wystąpili z tym zawiadomieniem), oraz
 - b) podejmujemy postępowanie dotyczące ustalenia przyczyn i okoliczności zdarzenia, oceny zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także
 - c) informujemy osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia (o ile jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania). Wykaz dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności dostępny jest również na naszej stronie internetowej allianz.pl.
2. Świadczenia wypłacamy na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona powinna dołączyć wskazane przez nas dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Wniosek o wypłatę można złożyć również na udostępnionym przez nas druku.
3. Postanowienia niektórych świadczeń w ramach tych **o.w.u.** przewidują, że dane ograniczenia nie dotyczą **Ubezpieczonego**, który **kontynuuje wcześniejszą umowę ubezpieczenia** w zakresie zdarzeń objętych ochroną zarówno we **wcześniejszej umowie ubezpieczenia**, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje. W takim przypadku warunki i okres trwania ochrony ubezpieczeniowej w ramach **wcześniejszej umowy** ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem ustalimy na podstawie dokumentów dostarczonych nam przez **Ubezpieczonego**. W przypadku braku dostarczenia nam takich dokumentów ograniczenia pozostaną w mocy.
4. Reguły opisanych w ustępach 1 i 2 nie stosujemy do zdarzeń w ramach ubezpieczeń chorobowych, o których mowa w dziale I w grupie 5 załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej, jeżeli świadczenie spełniliśmy bezpośrednio po zgłoszeniu nam zdarzenia lub bez przeprowadzania postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia.
5. Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o zdarzeniu.
6. Mamy prawo przesunąć termin spełnienia świadczenia, jeżeli w ciągu 30 dni nie będzie możliwe wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia. W takiej sytuacji świadczenie spełnimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – będziemy mogli te okoliczności wyjaśnić.
7. Bezsporną część świadczenia jesteśmy zobowiązani spełnić w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o zdarzeniu.
8. Jeżeli nie wypłacimy świadczenia w terminach określonych w ustawie lub w **umowie**, poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz **Ubezpieczonego** (jeżeli **Ubezpieczony** nie jest osobą zgłaszającą roszczenie) o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub części, a także wypłacimy bezsporną część świadczenia.
9. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub jeżeli przyznaliśmy kwotę inną niż określona w zgłoszonym roszczeniu poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz **Ubezpieczonego** (jeżeli **Ubezpieczony** nie jest osobą zgłaszającą roszczenie) wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną takiej decyzji. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
10. Możemy zażądać, aby **Ubezpieczony** w celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia, poddać się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Pokrywamy koszty takich badań.
11. Określenie **trwałego uszczerbku na zdrowiu** jest dokonywane na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia i rehabilitacji, oraz wyników badań, o których mowa w ust. 10. Wskazane jest dokonanie zgłoszenia roszczenia po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie później jednak niż w ciągu 3 lat od daty **wypadku**, z zastrzeżeniem ust. 12. Po zaistnieniu **wypadku Ubezpieczony, małżonek albo partner lub dziecko** powinni niezwłocznie

poddać się opiece lekarskiej, a także podjąć działania w celu złagodzenia skutków **wypadku** przez stosowanie się do zaleceń lekarskich.

12. Ze względu na medycznych wysokość **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie:
 - a) **zawału serca** – oceniamy na podstawie badania klinicznego oraz badania ECHO serca wykonanych po upływie 3 miesięcy od **zawału serca**,
 - b) **udar mózgu** – oceniamy na podstawie badania klinicznego wykonanego po upływie 3 miesięcy od **udar mózgu**,
 - c) **wypadku** – w przypadkach wyraźnie wskazanych w załącznikach nr 10 i 11 – ustalamy na podstawie wskazanych tam badań, wykonanych nie wcześniej niż po upływie wskazanego tam okresu liczonego od daty **wypadku**.
13. Ze względu na medycznych dokonanie oceny **trwałego ubytku neurologicznego** wskazane jest po upływie 3 miesięcy od daty urazu lub rozpoznania choroby.
14. Jeżeli **Ubezpieczony** w trakcie leczenia szpitalnego zostanie przetransportowany do innego **szpitala**, z zachowaniem ciągłości leczenia, przy wypłacie świadczenia z tytułu leczenia w **szpitalu** uwzględnimy sumę dni leczenia w **szpitalach** wynikającą z kart wypisu ze **szpitali**.
15. W przypadku, gdy wypłacamy świadczenie w wysokości poniesionych kosztów, **Ubezpieczony** powinien udokumentować ich wysokość. Zwrócimy je na podstawie przedstawionych dowodów poniesionych przez niego kosztów. Zdarzenia, które wydarzyły się poza granicami Polski, **Ubezpieczony** może nam potwierdzić dostarczając dokumentację medyczną w języku polskim lub angielskim, lub przetłumaczoną na język polski lub angielski.
16. W celu realizacji świadczeń medycznych, teleopieki kardiologicznej, powtórnej opinii i świadczeń assistance, informujemy osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia (o ile jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania). Dokumenty te powinny zostać przesłane lub dostarczone osobiście do **centrum operacyjnego**.
17. Miejsce realizacji świadczeń medycznych ustalimy, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** w porozumieniu z **Ubezpieczonym** i w terminie 5 dni roboczych od dnia otrzymania kompletu dokumentów, o których mowa w ust. 16, zorganizujemy świadczenie medyczne we współpracującym podmiocie lub placówce medycznej.
18. Wartość poszczególnych świadczeń assistance pogrzebowego, świadczeń medycznych po poważnym zachorowaniu, świadczeń assistance onkologicznego, świadczeń assistance i telemedycznych, świadczeń assistance związanych z **urodzeniem dziecka**, powtórnej opinii medycznej oraz świadczeń assistance związanych z **rodzicem Ubezpieczonego** ustalana jest każdorazowo na podstawie średnich cen usług obowiązujących na terenie danego województwa w dniu organizacji przez nas świadczenia, a w przypadku usług świadczonych za granicą – na podstawie średnich cen usług obowiązujących na terenie danego kraju w dniu organizacji przez nas świadczenia. Poinformujemy o niej **Ubezpieczonego** oraz jej wpływie na łączny limit kosztów lub **Sumy Ubezpieczenia Assistance** przed skorzystaniem przez **Ubezpieczonego** ze świadczenia.
19. Do zgłoszenia roszczenia z tytułu świadczeń dodatkowych związanych z **dzieckiem, małżonkiem, partnerem, rodzicem Ubezpieczonego, rodzicem małżonka, rodzicem partnera**, innych niż ich śmierć, należy dotrzeć ich zgodę na przetwarzanie danych osobowych o stanie zdrowia oraz upoważnienie podmiotów wykonujących działalność leczniczą do udzielania nam informacji o stanie ich zdrowia, także po ich śmierci (w tym udostępnienia dokumentacji medycznej), w celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia, w zakresie określonym w art. 38 ust. 2 i 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
20. Świadczenia wypłacane w formie **renty** wypłacamy w następujący sposób:
 - a) pierwsze świadczenie wypłacamy nie później niż w 5 dniu miesiąca, który następuje po miesiącu, w którym podejmujemy decyzję o wypłacie świadczenia, przy czym powiększamy je o kwotę należną za okres liczony od pierwszego dnia miesiąca następującego po dacie zdarzenia do końca miesiąca poprzedzającego datę wypłaty;
 - b) kolejne świadczenia wypłacamy nie później niż w 5 dniu kolejnych miesięcy.

§ 84. NA RZECZ KOGO REALIZUJEMY ŚWIADCZENIE

1. Świadczenia należne z tytułu **umowy**, z wyłączeniem świadczeń z tytułu śmierci **Ubezpieczonego**, przysługują **Ubezpieczonemu**.

Świadczenia z tytułu śmierci **Ubezpiezonego** przysługują **uposażonemu, uposażonemu zastępczemu** lub w razie ich braku innym **uprawnionym**. Świadczenie należne z tytułu śmierci **Ubezpiezonego** skutkującej osieroceniem **dziecka** przysługuje osieroconemu **dziecku**.

2. **Ubezpieczony** może wskazać jednego lub większą liczbę **uposażonych** oraz **uposażonych zastępczych** jako osoby uprawnione do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci. Wskazanie **uposażonego** oraz **uposażonego zastępczego** jest bezskuteczne, jeżeli **uposażony** lub **uposażony zastępczy** zmarł przed śmiercią **Ubezpiezonego** albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci. W sytuacji, gdy suma wskazań udziałów procentowych **uposażonych** nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego świadczenia wyznaczane są przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania **Ubezpiezonego**. Ta sama zasada dotyczy **uposażonych zastępczych**.
3. Jeżeli w chwili śmierci **Ubezpiezonego** nie ma **uposażonego** ani **uposażonego zastępczego**, świadczenie na wypadek śmierci **Ubezpiezonego** przysługuje najbliższej rodzinie **Ubezpiezonego** według następującej kolejności:
 - a) małżonek;
 - b) dzieci w równych częściach (gdy nie ma małżonka);
 - c) rodzice w równych częściach (gdy nie ma dzieci i małżonka);
 - d) rodzeństwo w równych częściach (gdy nie ma rodziców, dzieci i małżonka);
 - e) w równych częściach inni spadkobiercy **Ubezpiezonego** (gdy nie ma osób wymienionych powyżej).

JAKIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

W tej części informujemy o początku i zakończeniu ochrony, zawieszeniu ochrony, a także o możliwościach rozwiązania i wystąpienia z umowy, składania reklamacji i rozwiązywania sporów.

§ 85. POCZĄTEK OCHRONY

1. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do każdego z **Ubezpieczonych** rozpoczyna się w **dacie przystąpienia do umowy**, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym zostały spełnione łącznie następujące warunki:
 - a) **Ubezpieczający** zapłacił pierwszą składkę za danego **Ubezpiezonego**;
 - b) wysokość składki przekazanej na nasz rachunek bankowy jest nie niższa niż wysokość wynikająca z:
 - liczby osób, których **deklarację przystąpienia** otrzymaliśmy i zaakceptowaliśmy oraz
 - składki należnej za każdą z tych osób.
2. W przypadku zmiany zakresu ubezpieczenia w trakcie trwania **umowy**, ochrona w zmienionym zakresie ubezpieczenia w odniesieniu do **Ubezpiezonego** rozpoczyna się w pierwszym dniu miesiąca polisy, następującego po dniu, w którym otrzymaliśmy od **Ubezpieczającego** i zaakceptowaliśmy wniosek o dokonanie zmian.
3. Decyzję w zakresie akceptacji **deklaracji przystąpienia** lub wniosku o dokonanie zmian podejmujemy w **miesiącu polisy**, w którym otrzymamy **deklarację przystąpienia** lub odpowiednio – wniosek. O odmowie akceptacji informujemy nie później niż w terminie 1 miesiąca od dnia otrzymania **deklaracji przystąpienia**, lub odpowiednio – wniosku.

§ 86. ZAWIESZENIE OCHRONY

1. W sytuacji, gdy składka należna w danym okresie nie została opłacona w terminie a opłacanie składek nie zostało zawieszone zgodnie z § 80 ust. 10-11 tych **o.w.u.**, wezwimy **Ubezpieczającego** do zapłaty składki z zagrożeniem, że w razie braku jej zapłaty w dodatkowym terminie, nie krótszym niż 7 dni, ochrona ulegnie zawieszeniu. Ochrona ulega zawieszeniu do czasu jej wznowienia, nie dłużej jednak niż na okres 2 miesięcy liczonych od ostatniego dnia okresu udzielania ochrony. Tryb opisany powyżej ma zastosowanie, o ile składka należna w danym okresie nie została opłacona w terminie 10 dni od pierwszego dnia okresu, za który jest należna (okres prolongaty).
2. Składkę uważa się za niezapłaconą, jeżeli wysokość składki przekazanej na nasz rachunek bankowy jest niższa niż wynikająca z liczby

osób, które w danym okresie mają być objęte ubezpieczeniem i kwoty składki należnej za każdą z nich. Liczbę osób, które w danym okresie mają być objęte ubezpieczeniem oraz wysokość składki należnej za każdą z nich, ustala się na podstawie dokumentów, o których mowa w § 76 ust. 2 i 3 oraz § 77 ust. 11, 12 i 13 tych **o.w.u.**

3. Ochrona ulega wznowieniu z dniem jej zawieszenia po zapłaceniu przez **Ubezpieczającego** kwoty składek należnych za okres od dnia zawieszenia ochrony do dnia dokonania wpłaty.
4. W razie niewznowienia ochrony w trybie opisanym w ust. 3 w terminie dwóch miesięcy liczonych od ostatniego dnia okresu udzielania ochrony, **umowę** uważa się za wypowiedzianą przez **Ubezpieczającego** z ostatnim dniem okresu udzielania ochrony (tj. z dniem poprzedzającym dzień zawieszenia ochrony).
5. W okresie zawieszenia ochrony, z tytułu wystąpienia zdarzeń objętych ochroną, wypłacimy świadczenie wyłącznie wtedy, gdy **Ubezpieczający** przed upływem terminu, o którym mowa w ust. 4, dokona wpłaty składek za okres od dnia zawieszenia ochrony do dnia dokonania wpłaty w wysokości określonej w **umowie**. W razie, gdy **Ubezpieczający** nie dokona powyższej wpłaty w terminie określonym w ust. 4, jesteśmy zwolnieni z obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia w okresie zawieszenia ochrony.

§ 87. CZAS TRWANIA UMOWY, WYPOWIEDZENIE, ODSTĄPIENIE

1. **Umowę** zawieramy na okres roku **polisowego**.
2. **Umowa** ulega przedłużeniu na kolejny **rok polisowy**, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu **umowy** z zachowaniem terminów, o których mowa w ust. 4. **Umowa** może być w ten sposób przedłużana wielokrotnie.
3. W razie przedłużenia **umowy** na kolejny **rok polisowy**, **umowa** przedłużana jest na takich samych warunkach jakie obowiązywały w poprzedzającym ją **roku polisowym**, a dotychczas obowiązujące dokumenty potwierdzające zawarcie **umowy** pozostają w mocy, chyba że strony postanowią zmienić warunki **umowy**. Szczegółowy tryb dokonywania zmian określa § 88 tych **o.w.u.**
4. Każda ze stron może nie przedłużyć **umowy** na kolejny **rok polisowy**. Jeśli nie będziemy chcieli przedłużyć **umowy** na kolejny **rok polisowy**, poinformujemy o tym **Ubezpieczającego**, najpóźniej na miesiąc przed najbliższą **rocznicą polisy**, składając pisemne oświadczenie o nieprzedłużeniu **umowy**. Jeśli **Ubezpieczający** nie będzie chciał przedłużyć **umowy** na kolejny **rok polisowy**, powinien złożyć nam oświadczenie najpóźniej na 14 dni przed najbliższą **rocznicą polisy**.
5. **Ubezpieczający** w każdym czasie może wypowiedzieć **umowę** składając nam oświadczenie o wypowiedzeniu **umowy** w formie pisemnej z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, liczonego od ostatniego dnia **miesiąca polisy**, w którym otrzymamy oświadczenie o wypowiedzeniu. W przypadku, gdy w **umowie** zakres ochrony został rozszerzony o świadczenia dodatkowe wskazane w tych **o.w.u.**, **Ubezpieczający** w każdym czasie może wypowiedzieć **umowę** w zakresie danego świadczenia dodatkowego składając nam oświadczenie o wypowiedzeniu w formie pisemnej z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, liczonego od ostatniego dnia **miesiąca polisy**, w którym otrzymamy oświadczenie o wypowiedzeniu.
6. Jeżeli **umowa** jest zawarta na dłużej niż 6 miesięcy, **Ubezpieczający** może odstąpić od **umowy** w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia. Jeżeli **Ubezpieczający** jest przedsiębiorcą, może to zrobić w ciągu 7 dni od dnia zawarcia **umowy**. W przypadku, gdy w **umowie** zakres ochrony został rozszerzony o świadczenia dodatkowe wskazane w tych **o.w.u.**, **Ubezpieczający** może odstąpić od **umowy** w zakresie danego świadczenia dodatkowego w ciągu 30 dni od dnia zawarcia **umowy** w zakresie danego świadczenia dodatkowego, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni od dnia zawarcia **umowy** w zakresie danego świadczenia dodatkowego.
7. Jeżeli **Ubezpieczający** jest konsumentem, a my najpóźniej w dniu zawarcia **umowy** nie poinformowaliśmy go o prawie do odstąpienia od **umowy**, termin 30 dni na odstąpienie od **umowy** jest liczony od dnia, w którym **Ubezpieczający** będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Zasada ta znajduje odpowiednie zastosowanie do odstąpienia od **umowy** w zakresie danego świadczenia dodatkowego.
8. Odstąpienie od **umowy** nie zwalnia **Ubezpieczającego** z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.
9. **Ubezpieczającemu**, który odstąpił od **umowy** lub ją wypowiedział, przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
10. O tym jak możesz złożyć nam oświadczenie o nieprzedłużeniu, wypowiedzeniu lub odstąpieniu od **umowy**, piszemy w § 95 ust. 4 tych **o.w.u.**

§ 88. ZMIANY W UMOWIE

- Każda ze stron **umowy** może złożyć drugiej stronie wniosek o zmianę **umowy**, przy czym wniosek o zmianę powinien zostać złożony:
 - nie później niż na miesiąc przed proponowanym początkiem obowiązywania zmian – jeżeli o zmianę wnioskuje **Ubezpieczający**;
 - nie później niż na miesiąc przed **rocznicą polisy** – jeżeli my wnioskujemy o zmianę.
- Możemy uzależnić wyrażenie zgody na zmianę **umowy**, w zakresie podwyższenia wysokości świadczeń, od wprowadzenia **karencji**. W razie zajścia zdarzenia objętego ochroną w okresie **karencji** wprowadzonej w związku ze zmianą **umowy**, uznając swoją odpowiedzialność z tytułu tego zdarzenia – wypłacimy świadczenie w wysokości obowiązującej przed datą wprowadzenia do **umowy** tych zmian.
- W przypadku zmiany **umowy** zastosowanie mają postanowienia §81 ust.2-7.
- Wszelkie zmiany **umowy** potwierdzimy wystawieniem aneksu do **polisy**.

§ 89. KONIEC OCHRONY

- Niezależnie od innych postanowień tych **o.w.u.**, ochrona względem danego **Ubezpieczonego** wygasa:
 - w chwili śmierci **Ubezpieczonego**;
 - z ostatnim dniem **miesiąca polisy**, za który przekazana została za **Ubezpieczonego** ostatnia składka, nie później jednak niż z ostatnim dniem **miesiąca polisy** następującego po dniu, w którym ustał stosunek pracy lub inny stosunek prawny łączący **Ubezpieczonego** z **Ubezpieczającym** będący podstawą objęcia tego **Ubezpieczonego** ochroną;
 - z ostatnim dniem **miesiąca polisy**, w którym **Ubezpieczony** wystąpił z **umowy**;
 - z dniem rozwiązania **umowy**;
 - z dniem upływu okresu wypowiedzenia **umowy**;
 - z ostatnim dniem dodatkowego terminu do zapłaty składki wskazanego w wezwaniu, o którym mowa w § 86 ust. 1 tych **o.w.u.** – jeżeli **Ubezpieczający** nie przekaże zaległych składek w terminie określonym w § 86 ust. 4 tych **o.w.u.**;
 - w dniu **rocznicy polisy**, następującej bezpośrednio po dniu ukończenia przez **Ubezpieczonego** 71. roku życia, w zależności od tego, które ze zdarzeń opisanych w lit. a)-g) nastąpiło wcześniej.
- W przypadku, gdy w **umowie** zakres ochrony został rozszerzony również o świadczenia dodatkowe wskazane w tych **o.w.u.**, ochrona względem **Ubezpieczonego** w odniesieniu do poszczególnego świadczenia dodatkowego wygasa:
 - w przypadkach określonych w ust. 1 powyżej;
 - z dniem wygaśnięcia **umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego;
 - z dniem, w którym do skutku dojdzie zmiana zakresu ochrony względem **Ubezpieczonego**, w taki sposób, że zakres ubezpieczenia nie obejmuje już tego świadczenia dodatkowego, w zależności od tego, które ze zdarzeń opisanych w lit. a)-c) nastąpiło wcześniej.
- Z dniem wygaśnięcia ochrony wobec **pracownika** wygasa ochrona w odniesieniu do **Ubezpieczonych** będących **małżonkami**, **partnerami** lub **dziećmi pracownika**, z zastrzeżeniem zdania następnego. W przypadku śmierci **pracownika**, ochrona w odniesieniu do **Ubezpieczonych** będących **małżonkami**, **partnerami** lub **dziećmi pracownika** wygasa z końcem **miesiąca polisy**, w którym nastąpiła śmierć **pracownika**.

§ 90. WYSTĄPIENIE Z UMOWY

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z **umowy** w każdym czasie trwania **umowy**, składając **Ubezpieczającemu** pisemne oświadczenie o wystąpieniu. Wystąpienie z **umowy** wywołuje skutek z ostatnim dniem miesiąca polisy, w którym złożono oświadczenie o wystąpieniu. **Ubezpieczający** ma obowiązek poinformować nas o tym zgodnie z §77 ust. 12 tych **o.w.u.**

§ 91. SKRÓCENIE OKRESU KARENCJI

- Jeżeli przerwa pomiędzy zakończeniem ochrony z tytułu innego ubezpieczenia na życie zawartego z nami i **datą przystąpienia**

do **umowy** jest nie dłuższa niż trzy miesiące, okres **karencji** liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony względem **Ubezpieczonego** w zakresie danego zdarzenia w ramach poprzedniego ubezpieczenia z uwzględnieniem ust. 2.

2. Nie zastosujemy **karencji** w stosunku do **Ubezpieczonych**, którzy **kontynuują wcześniejszą umowę ubezpieczenia**.
3. Skrócenie lub niezastosowanie okresu **karencji**, o którym mowa w ust. 1 i 2, dotyczy tylko i wyłącznie zakresu zdarzeń objętych ochroną zarówno w poprzednim ubezpieczeniu, jak i w **umowie**, do której **Ubezpieczony** przystępuje.

§ 92. INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

Po zakończeniu ochrony **Ubezpieczony** ma prawo do objęcia ochroną w ramach innej **umowy** ubezpieczenia na warunkach z nami uzgodnionych, o ile łącznie spełnione będą poniższe warunki:

- a) ochrona świadczona w ramach **umowy** w stosunku do tego **Ubezpieczonego** wygasa;
- b) **Ubezpieczony** był objęty ochroną w ramach **umowy** przez okres co najmniej 1 miesiąc;
- c) **Ubezpieczony** złoży nam wniosek o objęcie ochroną w terminie 3 miesięcy od zakończenia ochrony w ramach **umowy**.

§ 93. JAK ZŁOŻYĆ REKLAMACJĘ

- Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa). Można to zrobić:
 - a) na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej), albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe, albo wysłać na adres do doręczeń elektronicznych, który jest wpisany do bazy adresów 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 naszym biurze (adres wskazany wyżej),
 - c) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej allianz.pl lub e-mail: skargi@allianz.pl.
- Osoba, która składa reklamację, powinna podać dane osobowe i kontaktowe umożliwiające jej identyfikację, zwłaszcza: imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer PESEL. Przyspieszy to rozpatrzenie reklamacji.
- Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się nasz zarząd lub osoba, którą upoważnimy.
- Rozpatrzymy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowiemy na nią bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wystanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustalimy, aby rozpatrzyć sprawę oraz określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
- Odpowiemy na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie. E-mailem odpowiadamy na reklamację, skargę lub zażalenie wyłącznie na prośbę osoby, która ją złożyła.
- Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym udostępniamy na naszej stronie internetowej allianz.pl oraz w naszych jednostkach obsługujących klientów.

§ 94. JAK INACZEJ MOŻNA ROZWIĄZAĆ SPÓR

- Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
- 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.

§ 95. OBOWIĄZUJĄCE PRZEPISY PRAWA, OŚWIADCZENIA I ZAWIADOMIENIA

1. Jeżeli jakieś kwestie nie są uregulowane w **umowie** lub w tych **o.w.u.**, zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej, RODO i inne przepisy prawa polskiego. Prawo polskie jest prawem właściwym dla tej **umowy**.
2. W relacjach wynikających z tych **o.w.u.** stosujemy język polski.
3. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej jest dostępne na naszej stronie internetowej allianz.pl/sprawozdania-finansowe.
4. Oświadczenia i zawiadomienia, które dotyczą **umowy**, możesz złożyć nam:
 - a) na adres (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa) lub elektronicznie poprzez formularz dostępny na naszej stronie internetowej www.allianz.pl;
 - b) za pośrednictwem naszego agenta (oświadczenia i zawiadomienia składane naszemu agentowi w związku z **umową**, uznaje się za złożone nam, o ile zostały złożone na piśmie lub na innym trwałym nośniku);
 - c) albo w inny, uzgodniony z nami sposób.

§ 96. WŁAŚCIWOŚĆ SĄDÓW

Pozew, który dotyczy **umowy** lub z niej wynika, można wnieść do sądu:

- a) właściwości ogólnej – zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego;
- b) właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby **Ubezpieczającego, Ubezpieczonego** lub **uprawnionego z umowy**;
- c) właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy **Ubezpieczonego** lub **uprawnionego z umowy**.

§ 97. SKRÓTY

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

- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. KODEKS CYWILNY – używamy skrótu: kodeks cywilny,
- Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. KODEKS POSTĘPOWANIA CYWILNEGO – używamy skrótu: kodeks postępowania cywilnego,
- Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. O PODATKU DOCHODOWYM OD OSÓB FIZYCZNYCH – używamy skrótu: ustawa o PIT,
- Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. PRAWO O RUCHU DROGOWYM – używamy skrótu: prawo o ruchu drogowym,
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII – używamy skrótu: ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii,
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ – używamy skrótu: ustawa o działalności leczniczej,
- Ustawa z dnia 23 listopada 2012 r. PRAWO POCZTOWE – używamy skrótu: ustawa prawo pocztowe,
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. O DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ I REASEKURACYJNEJ – używamy skrótu: ustawa o działalności ubezpieczeniowej,
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1) – używamy skrótu: RODO.

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie „Ochrona Pro” zostały przyjęte uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 86/2025 i wchodzi w życie w dniu 06. września 2025 r.

WYKAZ POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny (27 chorób i zabiegów)	Zakres rozszerzony (48 chorób i zabiegów)	Zakres maksymalny (75 chorób i zabiegów)	Poważne zachorowanie rodzica (20 chorób i zabiegów)	Poważne zachorowanie dziecka (24 choroby i zabiegi)	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia
1.	Amputacja kończyn z powodu choroby A. Przeprowadzenie operacji amputacji co najmniej jednej kończyny wskutek choroby : a) powyżej stawu promieniowo-nadgarstkowego – w zakresie kończyn górnych, b) powyżej stawu skokowego – w zakresie kończyn dolnych.	–	✓	✓	–	–	100%
2.	Anemia aplastyczna nieustępująca po przeprowadzeniu leczenia A. Choroba spowodowana niewydolnością szpiku kostnego, której rezultatem jest pancytopenia, czyli wystąpienie łącznie: anemii, neutropenii i trombocytopenii (obniżenia ilości wszystkich linii komórek krwi – erytrocytów, leukocytów i trombocytów). Wymagane jest potwierdzenie pancytopenii w badaniach laboratoryjnych, przedstawienie wyniku trepanobiopsji wykazującego aplazję szpiku oraz przeprowadzenie leczenia jedną z następujących metod: a) regularne transfuzje krwi lub preparatów krwiopochodnych, b) przeszczep szpiku kostnego, c) leczenie immunosupresyjne, d) leczenie stymulujące odnowę szpiku kostnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje: ustępującej bez leczenia anemii aplastycznej, anemii polekowej, odwracalnej aplazji szpiku, przejściowej niewydolności szpiku, aplazji szpiku wskutek zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.	✓	✓	✓	✓	–	100%
3.	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych z trwałym ubytkiem neurologicznym A. Ostra choroba spowodowana wniknięciem bakterii do opon mózgowo-rdzeniowych, wymagająca leczenia szpitalnego i prowadząca do wystąpienia trwałego ubytku neurologicznego . Rozpoznanie powinno być postawione w oparciu o wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego wskazujący na bakteryjny charakter zachorowania.	–	✓	✓	–	✓	100%
4.	Bakteryjne zapalenie wsierdza A. Choroba przebiegająca z objawami infekcyjnego zapalenia wsierdza (IZW), która wystąpiła u osoby z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym. Rozpoznanie powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej przez lekarza specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych lub kardiologii na podstawie badania echokardiograficznego i dodatniego wyniku badań bakteriologicznych, które wykazują obecność drobnoustrojów typowych dla zapalenia wsierdza w 2 różnych posiewach. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – wystąpienia choroby u osoby z implantowaną sztuczną zastawką serca, – wystąpienia choroby jako powikłania leczenia szpitalnego.	–	–	✓	–	–	100%
5.	Borelioza wymagająca leczenia szpitalnego A. Choroba rozpoznana jako borelioza (kod choroby A.69.2 według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10) skutkująca koniecznością leczenia szpitalnego, pod warunkiem, że jej pierwsze rozpoznanie potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego miało miejsce w okresie ochrony .	–	✓	✓	–	–	100%
6.	Całkowita, nieodwracalna utrata mowy A. Całkowita, nieodwracalna utrata zdolności mowy, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy (przy czym upływ 12 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony), która nastąpiła wskutek: – resekcji narządu mowy, – przewlekłej choroby krtani lub – uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu, niemożliwa do skorygowania, również częściowo, przez zastosowanie jakichkolwiek procedur terapeutycznych. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza otolaryngologa lub neurologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje utraty mowy spowodowanej zaburzeniami psychicznymi.	✓	✓	✓	✓	✓	100%
7.	Całkowita, nieodwracalna utrata słuchu A. Całkowita, nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy (przy czym upływ 6 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony). Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza otolaryngologa na podstawie wyniku badania audiometrycznego, zweryfikowanego badaniem audiometrii impedancyjnej. B. Zakres ochrony nie obejmuje utraty słuchu: a) w przypadku której średnia arytmetyczna progów słyszalności dla któregokolwiek ucha dla częstotliwości 500, 1000, 2000 i 4000 Hz jest niższa niż 80 dB, b) którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym aparatem słuchowym lub leczeniem operacyjnym (z wyjątkiem wszczepienia implantu ślimakowego).	✓	✓	✓	✓	✓	100%

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny (27 chorób i zabiegów)	Zakres rozszerzony (48 chorób i zabiegów)	Zakres maksymalny (75 chorób i zabiegów)	Poważne zachorowanie rodzica (20 chorób i zabiegów)	Poważne zachorowanie dziecka (24 choroby i zabiegi)	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia
8.	Ciąkowita, nieodwracalna utrata wzroku A. Ciąkowita, nieodwracalna i niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia obustronna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji), trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy (przy czym upływ 6 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony). Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza okulistę.	✓	✓	✓	✓	✓	100%
9.	Choroba Alzheimera z niezdolnością do samodzielnego funkcjonowania A. Przewlekła i postępująca, degeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, w przebiegu której dochodzi do wystąpienia nieodwracalnych zaburzeń pamięci, funkcji poznawczych, osobowości i zachowania, oraz zmiany nastroju, a w efekcie do niezdolności do samodzielnego funkcjonowania powinny być postawione przez lekarza neurologa lub psychiatrę. B. Zakres ochrony nie obejmuje innych postaci demencji oraz demencji wtórnej do nadużywania alkoholu, leków lub AIDS.	✓	✓	✓	✓	–	100%
10.	Choroba Parkinsona skutkująca niezdolnością do samodzielnej egzystencji A. Samoistna postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem: spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej, drżenia spoczynkowego, niestabilności postawy i skutkująca niezdolnością do samodzielnej egzystencji . Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza neurologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje innych, poza chorobą Parkinsona, przyczyn parkinsonizmu (zespółu parkinsonowskiego).	✓	✓	✓	✓	–	100%
11.	Choroba Creutzfeldta-Jakoba skutkująca niezdolnością do samodzielnej egzystencji A. Choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych skutkująca niezdolnością do samodzielnej egzystencji . Rozpoznanie petnoobjawowej choroby przy jednoczesnej niepełnosprawności w czynnościach życia codziennego musi być potwierdzone przez lekarza neurologa.	✓	✓	✓	✓	–	100%
12.	Choroba Huntingtona (Płásawica Huntingtona) A. Genetycznie uwarunkowana, postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego objawiająca się klinicznie zaburzeniami koordynacji ruchowej i napięcia mięśni, postępującymi zaburzeniami pamięci, osobowości, depresją, otępieniem. Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza neurologa na podstawie aktualnych na dzień rozpoznania standardów medycznych.	✓	✓	✓	✓	–	100%
13.	Choroba Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu wymagająca operacji A. Przewlekłe, nieswoiste zapalenie przewodu pokarmowego przebiegające z okresami zaostrzeń i remisji, które charakteryzuje się występowaniem odcinkowych zmian zapalnych głównie w obrębie jelita, obejmujących całą grubość jego ściany. Zmiany zapalne występować mogą we wszystkich odcinkach przewodu pokarmowego – od jamy ustnej aż do odbytnicy. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki o ciężkim przebiegu, wymagające operacji z powodu wystąpienia jednej z następujących przyczyn: niedrożności przewodu pokarmowego, masowego krwawienia, perforacji jelita, przetoki, ropni, stwierdzenia lub podejrzenia procesu nowotworowego, wyniszczenia organizmu. Rozpoznanie choroby Leśniowskiego-Crohna musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. B. Zakres ochrony nie obejmuje zabiegów wyłączonej plastyki zwężeń.	✓	✓	✓	✓	–	100%
14.	Choroba neuronu ruchowego A. Wystąpienie jednej z niżej wymienionych chorób potwierdzonych przez lekarza neurologa (na podstawie standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, oraz trwałych ubytków neurologicznych , które doprowadziły do zaburzeń motoryki i które utrzymują się nieprzerwanie przez co najmniej 3 miesiące): a) stwardnienia zanikowego bocznego (łac. Sclerosis Lateralis Amyotrophica – SLA), b) postępującego zaniku mięśni (ang. Progressive Muscular Atrophy – PMA), c) pierwotnego stwardnienia bocznego (ang. Primary Lateral Sclerosis – PLS), d) postępującego porażenia opuszkowego (ang. Progressive Bulbar Palsy – PBP).	–	✓	✓	–	–	100%
15.	Choroba tętnic obwodowych leczona by-passem A. Przeprowadzenie operacji w celu leczenia przewlekłej choroby naczyń obwodowych, polegającej na pomostowaniu jednej lub kilku tętnic obwodowych poprzez wytworzenie przełyków omijających z użyciem przeszczepów naczyniowych.	–	✓	✓	–	–	100%
16.	Ciężki paraliż dwóch lub więcej kończyn A. Ciąkowita i nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach wskutek porażenia spowodowanego uszkodzeniem w obrębie centralnego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego), trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy (przy czym upływ 6 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony). Zakres ochrony obejmuje wyłącznie porażenia utrwalone o nasileniu 0-1 w skali Lovetta, stwierdzone na podstawie badania lekarza neurologa po upływie co najmniej 6 miesięcy od wystąpienia porażenia lub ocenione przez lekarza uprawnionego .	–	✓	✓	–	✓	100%

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny (27 chorób i zabiegów)	Zakres rozszerzony (48 chorób i zabiegów)	Zakres maksymalny (75 chorób i zabiegów)	Poważne zachorowanie rodzica (20 chorób i zabiegów)	Poważne zachorowanie dziecka (24 choroby i zabiegi)	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia
17.	Ciężki przypadek ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (ziarniniaka Wegenera) A. Choroba układowa przebiegająca z martwicznym zapaleniem wynikającym z nieprawidłowej stymulacji układu odpornościowego, charakteryzujące się powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał przeciwko cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (cANCA). Podstawą do stwierdzenia ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń są standardy medyczne obowiązujące w chwili jego rozpoznawania. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki ciężkich uogólnionych postaci choroby, w których dochodzi przynajmniej do jednego z wymienionych powikłań: schyłkowej niewydolności nerek wymagającej dializ, schyłkowej niewydolności oddechowej wymagającej przewlekłej tlenoterapii (tj. >15 h/ dobę) całkowitej utraty wzroku, całkowitej utraty słuchu.	-	✓	✓	-	-	100%
18.	Cukrzyca typu I insulinozależna A. Cukrzyca insulinozależna, o etiologii autoimmunologicznej, która wymaga leczenia insuliny w sposób ciągły przez okres co najmniej trzech miesięcy. Diagnoza powinna być potwierdzona przez lekarza diabetologa.	-	-	-	-	✓	100%
19.	Cukrzyca typu I insulinozależna o ciężkim przebiegu A. Choroba autoimmunologiczna o ciężkim przebiegu, w której dochodzi do bezwzględnej niedoboru insuliny na skutek uszkodzenia komórek beta wysp Langerhansa trzustki, z obecnością markerów procesu autoimmunologicznego: przeciwciała przeciw wyspowe, przeciwinśulinowe lub przeciw dekarboksylazie kwasu glutaminowego (anty-GAD), doprowadzająca do jednego z powikłań – angiopatii, nefropatii lub retinopatii. Rozpoznanie powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.	-	-	✓	-	-	100%
20.	Dur brzuszny skutkujący powikłaniami A. Ogólnoustrojowa choroba bakteryjna wywołana pętkami duru brzuszego (Salmonella Typhi), w przebiegu której występuje gorączka, bóle brzucha, znaczne wyczerpanie organizmu, rumieniowa wysypka plamisto-grudkowa, a także powiększenie wątroby, śledziony i węzłów chłonnych. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki powikłanych postaci choroby, w których dochodzi do przynajmniej jednego z wymienionych: – perforacji jelita, – niedrożności, – zapalenia otrzewnej, – zapalenia nerek, – zapalenia pęcherzyka żółciowego, – zapalenia opon mózgowych, mózgu lub mięśnia serca, – posocznicy, wymagających leczenia szpitalnego.	-	-	✓	-	-	100%
21.	Dystrofia mięśniowa skutkująca niezdolnością do samodzielnej egzystencji A. Dziedziczna choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym objawiająca się osłabieniem mięśni wskutek ich degeneracji, zaniku, atrofii prowadzących do trwałych zaburzeń ich funkcji i niezdolności do samodzielnej egzystencji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa na podstawie standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania i potwierdzone wynikiem biopsji mięśnia oraz elektromiografii (EMG).	-	✓	✓	-	✓	100%
22.	Głęboka śpiączka A. Stan utraty przytomności z brakiem odruchu rogówkowego oraz brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby fizjologiczne: – 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 znieszczenia ogólnego) oraz – którego skutkiem jest trwały ubytek neurologiczny, stwierdzony przez neurologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – śpiączki powstałej wskutek spożycia alkoholu, użycia leków, narkotyków, środków chemicznych, – stanu śpiączki wywołanego lub przedłużanego sztucznie w celach terapeutycznych.	✓	✓	✓	✓	✓	100%
23.	Głębokie oparzenia skóry w wyniku wypadku A. Głębokie oparzenia skóry wymagające leczenia szpitalnego. Zakres ochrony obejmuje: - oparzenia ponad 50% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie, - oparzenia ponad 20% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia. Rozległość oparzeń oceniana jest na podstawie dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego i w oparciu o przyjęte tabele oceny wielkości powierzchni ciała (TBSA – Total Body Surface Area). Jako datę zdarzenia przyjmuje się datę wypadku prowadzącego do oparzeń spełniających powyższe kryteria. B. Zakres ochrony nie obejmuje oparzeń słonecznych.	✓	✓	✓	✓	✓	100%

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny (27 chorób i zabiegów)	Zakres rozszerzony (48 chorób i zabiegów)	Zakres maksymalny (75 chorób i zabiegów)	Poważne zachorowanie rodzica (20 chorób i zabiegów)	Poważne zachorowanie dziecka (24 choroby i zabiegi)	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia
24.	Gorączka denga o ciężkim przebiegu A. Infekcyjna choroba tropikalna wywoływana przez wirus dengi, której objawy obejmują: gorączkę, bóle głowy, mięśni i stawów oraz charakterystyczną wysypkę, i która może prowadzić do groźnych krwotoków, hipowolemii i wstrząsu. Rozpoznanie choroby musi zostać potwierdzone wynikiem badania mikrobiologicznego – izolacją wirusa z hodowli komórkowej, lub wykryciem kwasów nukleinowych wirusa metodą PCR, lub wykryciem antygenów wirusa, lub obecnością swoistych przeciwciał w klasie IgM. Ochroną objęta jest choroba wymagająca leczenia szpitalnego, o ciężkim przebiegu określonym jako występowanie co najmniej jednego z następujących: – wstrząsu hipowolemicznego, – akumulacji płynów z niewydolnościami oddechową, – poważnego krwotoku, – niewydolności narządowej, do której należą: ostra niewydolność wątroby, ostra niewydolność nerek, encefalopatia, kardiomiopatia.	–	–	✓	–	–	100%
25.	Gruźlica A. Wystąpienie choroby zakaźnej w postaci płucnej lub poza płucnej spowodowanej prątkiem gruźlicy (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>). Rozpoznanie choroby w okresie ochrony musi być potwierdzone dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego lub histologicznego (lub innych, aktualnie obowiązujących, metod diagnostycznych) i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwpłukowego. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – takiego stanu, który opisany jest wyłącznie pozytywnym wynikiem skórnej próby tuberkulinowej, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwpłukowe, – bezobjawowej, nieaktywnej gruźlicy płuc, ujawnionej jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej, – wystąpienia gruźlicy ze współistniejącą infekcją HIV.	–	✓	✓	–	–	100%
26.	Infekcyjne zapalenie mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym A. Ostra choroba zapalna mózgu, o etiologii bakteryjnej lub wirusowej, wymagająca leczenia szpitalnego, prowadząca do uszkodzenia struktur mózgu i powstania trwałego ubytku neurologicznego. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – zapalenia mózgu ze współistniejącą infekcją HIV, – odkleszczowego zapalenia mózgu.	–	✓	✓	–	✓	100%
27.	Kardiomiopatia rozstrzeniowa A. Pierwotna choroba mięśnia sercowego prowadząca do trwałej utraty zdolności do wysiłku ocenionej co najmniej jako III klasa wg NYHA (New York Heart Association). Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza kardiologa na podstawie obniżenia frakcji wyrzutowej lewej komory serca (ang. EF – Ejection Fraction). Ubezpieczenie obejmuje tylko przypadki choroby, w których stwierdzono frakcję wyrzutową lewej komory poniżej 30% w dwóch kolejnych badaniach. B. Zakres ochrony nie obejmuje kardiomiopatii alkoholowej.	–	–	✓	–	–	100%
28.	Łagodny guz mózgu wymagający operacji neurochirurgicznej albo powodujący trwały ubytek neurologiczny A. Niezłośliwa histologicznie zmiana guzowata w obrębie tkanki mózgu lub opon (z wyłączeniem rdzenia przedłużonego), potwierdzona badaniem tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR), wymagająca przeprowadzenia operacji neurochirurgicznej lub leczenia radioterapią interwencyjną, a w przypadku jej zaniechania powodująca trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza neurologa lub neurochirurga. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – nowotworów złośliwych, – zmian o średnicy poniżej 10 mm, w tym guzów przysadki, – torbieli (za wyjątkiem torbieli skórastej i naskórkowej), – tętniaków, – krwaków, – ziarninaków, – ropni, – guzów rdzenia kręgowego.	✓	✓	✓	✓	✓	100%

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny (27 chorób i zabiegów)	Zakres rozszerzony (48 chorób i zabiegów)	Zakres maksymalny (75 chorób i zabiegów)	Poważne zachorowanie rodzica (20 chorób i zabiegów)	Poważne zachorowanie dziecka (24 choroby i zabiegi)	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia
29.	Łagodny guz rdzenia wymagający operacji neurochirurgicznej albo powodujący trwałe ubytek neurologiczny A. Niezłóżliwa histologicznie zmiana guzowata w obrębie rdzenia (w tym rdzenia przedłużonego), zlokalizowana wewnątrzkręgowo, potwierdzona badaniem tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR), wymagająca przeprowadzenia operacji neurochirurgicznej, a w przypadku jej zaniechania powodująca trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza neurologa lub neurochirurga. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – nowotworów złośliwych, – torbieli, – ziarniniaków, – ropni, – krwaków, – tętniaków, – guzów zewnątrzoponowych, – guzów zlokalizowanych w obrębie kręgów, – wypadnięcia krążka międzykręgowego, – zmian zwyrodnieniowych, – gruźlicy, – urazów kręgosłupa.	✓	✓	✓	✓	✓	100%
30.	Malaria o ciężkim przebiegu A. Ostra lub przewlekła choroba zakaźna wywołana przez wewnątrzkomórkowego pierwotniaka z gatunku zarodźców (Plasmodium) objawiająca się dreszczami i wysoką gorączką oraz towarzyszącymi dolegliwościami, do których należą: bóle głowy, bóle mięśni, nudności, wymioty, biegunka, duszność, zaburzenia neurologiczne. Rozpoznanie postawione na podstawie objawów klinicznych musi być potwierdzone wynikiem jednego z poniższych badań wskazujących na: – obecność zarodźców malarii w rozmazach krwi (technika Giemzy), – obecność kwasów nukleinowych Plasmodium spp. we krwi (techniką PCR, NAT, reakcją NASBA, LAMP lub innymi, aktualnie wykorzystywanymi, metodami), – obecność antygenu Plasmodium spp. (test immunologiczny RDTs). Zakres ochrony obejmuje przypadki wymagające leczenia szpitalnego, o ciężkim przebiegu manifestującym się pod jedną z niżej wymienionych postaci: ostrej niewydolności nerek, kwasicy z objawami ciężkiej niewydolności oddechowej, zaburzeń świadomości lub śpiączki w przebiegu niedotlenienia ośrodkowego układu nerwowego lub mózgowej postaci malarii, obrzęku płuc, wstrząsu, hipoglikemii, ciężkiej niedokrwistości, skazy krwotocznej, żółtaczki, hiperparazytemii, niewydolności wielonarządowej.	–	–	✓	–	–	100%
31.	Mukowiscydoza A. Choroba genetyczna charakteryzująca się produkcją nadmiernie lepkiego śluzu, co doprowadza do zaburzeń we wszystkich narządach posiadających gruczoły śluzowe, a w efekcie do przewlekłej choroby oskrzelowo-płucnej i niewydolności oddechowej, niewydolności enzymatycznej trzustki z zaburzeniami trawienia i wchłaniania. Rozpoznanie musi być postawione przez lekarza na podstawie typowego obrazu klinicznego choroby i wyniku jednego z potwierdzających badań: – mutacji w obu allelach genu CFTR, – dodatni wynik testu potowego (Cl- >60 mmol/l) w co najmniej dwóch badaniach, – duża wartość przebiegowej różnicy potencjałów.	–	–	✓	–	✓	100%
32.	Nabyta niedokrwistość hemolityczna A. Heterogenna grupa chorób cechujących się nieprawidłowym przedwczesnym rozpadem erytrocytów, przebiegających z objawami niedokrwistości i żółtaczki, a w trakcie intensywnej hemolizy z powiększeniem śledziony i wątroby. Zakres ochrony obejmuje wystąpienie choroby wyłącznie w postaci nabytej, która wymaga leczenia szpitalnego z zastosowaniem leków immunosupresyjnych, przeciwciał monoklonalnych, przetoczenia koncentratu krwinek czerwonych, plazmaferezy lub usunięcia śledziony. B. Zakres ochrony nie obejmuje reakcji hemolitycznej po przetoczeniu krwi.	–	–	✓	–	–	100%
33.	Nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis) skutkujące trwałym kalectwem Ostra choroba zakaźna wywołana przez wirusy polio, występująca w postaci porażenia (rdzeniowej lub opuszkowej) prowadząca do trwałego kalectwa skutkującego: a) niezdolnością do samodzielnej egzystencji – w odniesieniu do dziecka, które ukończyło 16 rok życia, lub b) upośledzeniem wykonywania czynności życia codziennego w zakresie stosownym do wieku i etapu rozwoju dziecka, w stopniu uniemożliwiającym codzienne funkcjonowanie i dalszy prawidłowy rozwój – w odniesieniu do dziecka, które nie ukończyło 16 roku życia.	–	–	–	–	✓	100%

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny (27 chorób i zabiegów)	Zakres rozszerzony (48 chorób i zabiegów)	Zakres maksymalny (75 chorób i zabiegów)	Poważne zachorowanie rodzica (20 chorób i zabiegów)	Poważne zachorowanie dziecka (24 choroby i zabiegi)	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia
34.	Nowotwory złośliwe z białaczkami i chłoniakami A. Rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony. Za dzień wystąpienia nowotworu przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego. Zakres ochrony obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego zostanie pobrany w okresie ochrony, a data badania mikroskopowego potwierdzająca pierwsze rozpoznanie przypadnie po wygaśnięciu okresu ochrony. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – nowotworów „in situ”, – nowotworów współistniejących z infekcją HIV, – nowotworów skóry (z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stadium wyższym niż pT1a w klasyfikacji TNM – wg The American Joint Committee on Cancer – AJCC, the 8th Edition of the TNM Classification i następnych).	–	–	–	–	✓	100%
35.	Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu skutkujące trwałym ubytkiem neurologicznym A. Ostra choroba zapalna mózgu lub opon mózgowych o etiologii wirusowej, do powstania której doszło wskutek zakażenia przenoszonego przez kleszcza, prowadząca do uszkodzenia struktur mózgu i powstania trwałego ubytku neurologicznego, oraz wymagająca leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje zapalenia mózgu ze współistniejącą infekcją HIV.	–	✓	✓	–	✓	100%
36.	Operacja usunięcia bąblowca mózgu A. Przeprowadzenie operacji usunięcia zmiany w mózgu, potwierdzonej rozpoznaniem histopatologicznym jako bąblowiec mózgu (z obecnością larw typu echinococcus).	–	✓	✓	–	–	100%
37.	Operacja usunięcia ropnia mózgu A. Przeprowadzenie operacji usunięcia zmiany w mózgu, która została potwierdzona rozpoznaniem histopatologicznym jako ropień mózgu.	–	✓	✓	–	–	100%
38.	Operacja zastawek serca A. Operacja kardiologiczna 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.	✓	✓	✓	–	–	100%
39.	Ostra niewydolność wątroby A. Występowanie klinicznych objawów ostrej niewydolności miąższu wątroby, które rozpoczęły się w okresie ochrony, będące wyrazem gwałtownego pogorszenia jej funkcji, prowadzące do encefalopatii i zaburzeń krzepnięcia (przy wskaźniku INR≥1,5) u osoby bez istniejącej wcześniej choroby wątroby. B. Zakres ochrony nie obejmuje niewydolności wątroby powstałej na skutek spożywania alkoholu ani zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.	–	–	✓	–	–	100%
40.	Ostry zawał serca A. Ostre uszkodzenie mięśnia sercowego z klinicznymi cechami świeżego niedokrwienia mięśnia sercowego. Podstawą do stwierdzenia ostrego 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: - objawy niedokrwienia mięśnia sercowego, - obecność nowych niedokrwiennych zmian w elektrokardiogramie: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa, - pojawienie się patologicznych załamków Q w elektrokardiogramie, - uwidocznienie w badaniach obrazowych nowego ubytku żywotnego mięśnia sercowego lub nowych regionalnych zaburzeń czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej, - obecność skrzepliny w tętnicy wieńcowej uwidoczniona badaniem angiograficznym. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – 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 ani niestabilnej choroby wieńcowej, – zawału serca przebytego w nieokreślonej przeszłości, który nie spełnia kryteriów ostrego zawału serca, w tym kryterium dotyczącego wzrostu lub spadku stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi.	✓	✓	✓	–	–	100%
41.	Otwarta operacja aorty brzusznej A. Przeprowadzenie operacji aorty w odcinku brzusznej, w celu leczenia zagrażającej życiu choroby naczyniowej: tętniaka, zwężenia, rozwarstwienia aorty. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – zabiegów operacyjnych w obrębie odgałęzień aorty, – zabiegów operacyjnych polegających na naprawie naczynia lub wprowadzeniu stentu lub stentgraftu do aorty bez otwierania jamy brzusznej.	✓	✓	✓	–	–	100%

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny (27 chorób i zabiegów)	Zakres rozszerzony (48 chorób i zabiegów)	Zakres maksymalny (75 chorób i zabiegów)	Poważne zachorowanie rodzica (20 chorób i zabiegów)	Poważne zachorowanie dziecka (24 choroby i zabiegi)	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia
42.	Otwarta operacja aorty piersiowej A. Przeprowadzenie operacji aorty w odcinku piersiowym, w celu leczenia zagrażającej życiu choroby naczyniowej: tętniaka, zwężenia, rozwarstwienia aorty. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – zabiegów operacyjnych w obrębie odgałęzień aorty, – zabiegów operacyjnych polegających na naprawie naczynia lub wprowadzeniu stentu lub stentgraftu do aorty bez otwierania klatki piersiowej.	✓	✓	✓	–	–	100%
43.	Pierwotne nadciśnienie płucne A. Choroba przebiegająca ze skurczem naczyń w krążeniu płucnym, prowadzącym do podwyższenia ciśnienia krwi w krążeniu płucnym oraz skłonnością do nadmiernego wykrzepiania krwi, objawiająca się klinicznie niewydolnością serca i skutkująca trwałą utratą zdolności do wysiłku co najmniej III stopnia wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza kardiologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje nadciśnienia płucnego wtórnego od jakiegokolwiek innej przyczyny.	–	✓	✓	–	–	100%
44.	Pomostowanie aortalno-wieńcowe (Bypass) A. Operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej w celu zlikwidowania zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej przez wszczepienie pomostu omijającego. Operację tę poprzedza badanie, które wykazuje zwężenie tętnicy wieńcowej. B. Zakres ochrony nie obejmuje przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA), ani innych zabiegów na tętnicach wieńcowych, które są wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i które wykorzystują techniki cewnikowania naczyń wieńcowych, w tym techniki laserowe.	✓	✓	✓	–	–	100%
45.	Pooperacyjny zespół krótkiego jelita A. Nieodwracalny stan po wycięciu części lub całości jelita cienkiego, w którym chory musi być na stałe żywiony pozajelitowo. Rozpoznanie choroby i jej nieodwracalność powinno być potwierdzone przez lekarza gastroenterologa w oparciu o wywiad medyczny i badanie przedmiotowe (cechy wyniszczenia i odwodnienia) oraz wyniki badań dodatkowych krwi i moczu.	–	–	✓	–	–	100%
46.	Posocznica (sepsa) o ciężkim przebiegu A. Dysfunkcja wielonarządowa, która zagraża życiu oraz: – jest spowodowana zaburzoną regulacją odpowiedzi ustroju na zakażenie i – została rozpoznana w czasie pobytu w szpitalu i – spełnia aktualne kryteria rozpoznawania sepsy wg konsensusu Sepsis-3 lub wg nowszych wytycznych, które są kontynuacją tego konsensusu. Zakresem obejmujemy również przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu sepsy, które spełniają kryteria wstrząsu septycznego wg Sepsis-3. B. Zakres ochrony nie obejmuje przypadków obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia ww. dysfunkcji narządowej spełniającej kryteria rozpoznania sepsy (wg Sepsis-3).	–	✓	✓	–	✓	100%
47.	Postępujące porażenie nadjądrowe skutkujące niezdolnością do samodzielnej egzystencji A. Choroba charakteryzująca się postępującym zanikiem, glezozą (przerostem, rozrostem tkanki glejowej) i zwyrodnieniem komórek mózgowia, objawiająca się klinicznie: sztywnością mięśniową, spowolnieniem ruchowym, zaburzeniami ruchomości gałek ocznych, zespołem psychoorganicznym o charakterze demencji, ze spowolnieniem intelektualnym, zaburzeniami płynności mowy, trudnościami z wykonaniem złożonych czynności i skutkująca niezdolnością do samodzielnej egzystencji . Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza neurologa.	–	–	✓	–	–	100%
48.	Powiktłana postać schistosomatozy (bilharzioza) A. Przewlekła choroba pasożytnicza, wywołwana przez przywry krwi z rodzaju Schistosoma. Rozpoznanie potwierdzone wynikiem badania parazytologicznego, serologicznego lub histopatologicznego. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki powiktłanych postaci choroby, które wymagają leczenia szpitalnego i w których dochodzi do włóknienia płuc, rozwoju serca płucnego lub do zajęcia ośrodkowego układu nerwowego skutkującego wystąpieniem porażeń.	–	–	✓	–	–	100%
49.	Przeszczep serca, wątroby, trzustki, płuca, szpiku kostnego A. Dokonanie lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego do przeszczepu jako biorcy jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (jedynie pełna transplantacja), wątroby (również jej części), trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórek wysp Langerhansa), płuca lub szpiku kostnego (przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po całkowitej ablacji, czyli zniszczeniu, własnego szpiku z powodu choroby hematologicznej szpiku). Dokonanie przeszczepu lub zarejestrowanie na liście osób oczekujących na przeszczep, prowadzonej przez uprawniony do tego organ (na podstawie obowiązujących przepisów prawa) w państwie, w którym Ubezpieczony oczekuje na przeszczep, powinno być potwierdzone dokumentacją medyczną. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – nieodwracalnej schyłkowej niewydolności przeszczepianego narządu, rozpoznanej przed datą przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, – przeszczepu szpiku kostnego w przebiegu niedokrwistości aplastycznej (apłazji szpiku), – przeszczepów wykorzystujących komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.	✓	✓	✓	✓	✓	100%

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny (27 chorób i zabiegów)	Zakres rozszerzony (48 chorób i zabiegów)	Zakres maksymalny (75 chorób i zabiegów)	Poważne zachorowanie rodzica (20 chorób i zabiegów)	Poważne zachorowanie dziecka (24 choroby i zabiegi)	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia
50.	Przeszczep tętnicy płucnej z otwarciem klatki piersiowej A. Przeprowadzenie operacji z otwarciem klatki piersiowej, w celu leczenia choroby lub urazowego uszkodzenia tętnicy płucnej, polegająca na wycięciu części tętnicy i zastąpieniu jej przeszczepem. B. Zakres ochrony nie obejmuje zabiegów na tętnicy płucnej wykonywanych od strony światła naczyń.	-	-	✓	-	-	100%
51.	Przewlekła niewydolność nerek A. Przewlekła niewydolność nerek, która rozpoczęła się w okresie ochrony , spowodowana nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek i skutkująca mocznicą, wymagająca regularnych dializ przez okres co najmniej 3 miesięcy lub przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza nefrologa; kwalifikacja do przeszczepu musi być dokonana przez lekarza specjalistę z ośrodka kwalifikującego do przeszczepów.	✓	✓	✓	✓	✓	100%
52.	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B A. Przewlekłe, trwające ponad 6 miesięcy wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW typu B), które rozpoczęło się w okresie ochrony i zostało wywołane zakażeniem wirusem HBV, pod warunkiem spełnienia łącznie następujących kryteriów: - utrzymywanie się na podwyższonym poziomie wartości ALAT stale lub okresowo przez okres ponad 6 miesięcy, - obecność AgHBs (+) przez okres ponad 6 miesięcy, - obecność DNA HBV w surowicy >2 000 IU/ml, - wynik biopsji wątroby potwierdzający obecność przewlekłych zmian martwiczo-zapalnych lub ich potwierdzenie wynikiem badania elastograficznego lub serologicznych markerów włóknienia.	-	-	✓	-	-	100%
53.	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C A. Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C), które rozpoczęło się w okresie ochrony , wywołane zakażeniem wirusem HCV, pod warunkiem spełnienia łącznie następujących kryteriów: - utrzymywanie się na podwyższonym poziomie wartości ALAT i ASPAT stale lub okresowo przez okres ponad 6 miesięcy, - stwierdzenie obecności HCV RNA (+) przez okres ponad 6 miesięcy, - kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci co najmniej jednego z następujących objawów: żółtaczkę, powiększenia wątroby, wodobrzusza.	-	-	✓	-	-	100%
54.	Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) skutkujące niezdolnością do samodzielnej egzystencji A. Uogólnione uszkodzenie stawów, które objawia się ich deformacją i skutkujące niezdolnością do samodzielnej egzystencji . Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza reumatologa na podstawie standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tej choroby [obecnie ACR i Euler z 2010].	-	-	✓	-	-	100%
55.	Schyłkowa niewydolność oddechowa A. Potwierdzone przez lekarza pulmonologa schyłkowe i nieodwracalne stadium choroby płuc skutkujące znacznym obniżeniem wydolności oddechowej. Wymagane jest zaistnienie łącznie następujących warunków: a) konieczność przewlekłej tlenoterapii (tj. >15 h/ dobę) przez minimum 6 miesięcy (przy czym upływ 6 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony), b) objawy kliniczne i wyniki badań wskazujące na niewydolność oddechową w tym ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej mniejsze lub równe 55 mm Hg [pO₂ ≤ 55 mm Hg], według wyniku badania gazometrycznego krwi tętniczej, wykonanego jako element kwalifikacji lekarskiej do domowego leczenia tlenem [DLT]). B. Zakres ochrony nie obejmuje: - astmy, - mukowiscydozy, - przewlekłej niewydolności serca, - przewlekłej zatorowości płucnej, - wad serca i dużych naczyń, - chorób układu nerwowego, - nowotworów, - zmian anatomicznych i pourazowych, - zespołu ostrej niewydolności oddechowej z każdej przyczyny.	-	✓	✓	-	-	100%

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny (27 chorób i zabiegów)	Zakres rozszerzony (48 chorób i zabiegów)	Zakres maksymalny (75 chorób i zabiegów)	Poważne zachorowanie rodzica (20 chorób i zabiegów)	Poważne zachorowanie dziecka (24 choroby i zabiegi)	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia
56.	Schyłkowa niewydolność wątroby A. Przewlekłe i nieodwracalne stadium choroby wątroby, w przebiegu którego: a) hepatolog lub gastroenterolog stwierdził występowanie przewlekłej choroby wątroby, b) występowały co najmniej dwa z wymienionych objawów przez co najmniej 3 miesiące (przy czym upływ 3 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony) udokumentowanej obserwacji lekarskiej: • trwała żółtaczka, • wodobrzusze niepoddające się leczeniu, • encefalopatia wrotna, • żylaki przełyku (wystarczy jednokrotne stwierdzenie w badaniu gastroscopowym). B. Zakres ochrony nie obejmuje niewydolności wątroby, która jest skutkiem: – nadużywania lub zażycia leków w dawce większej niż zalecona przez lekarza lub dopuszczana przez producenta, – nadużywania lub zażycia leków niezaleconych przez lekarza, które są wydawane na receptę, – spożywania alkoholu ani zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.	✓	✓	✓	✓	✓	100%
57.	Stwardnienie rozsiane skutkujące trwałym ubytkiem neurologicznym A. Przewlekła nieuleczalna choroba centralnego układu nerwowego o podłożu autoimmunologicznym, w przebiegu której dochodzi do powstania rozszanych ognisk demielinizacji w mózgu, rdzeniu kręgowym, przebiegająca z okresami zaostrzeń i poprawy lub postępująco, skutkująca trwałym ubytkiem neurologicznym, której pierwszy rzut (epizod typowy dla „ostrej zmiany demielinizacyjnej” ośrodkowego układu nerwowego) miał miejsce w okresie ochrony. Stwardnienie rozsiane stwierdza neurolog na podstawie aktualnych międzynarodowych kryteriów diagnostycznych (Kryteria McDonald). B. Zakres ochrony 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).	✓	✓	✓	✓	✓	100%
58.	Tęžec o ciężkim przebiegu A. Ostra choroba zakaźna wywołana przez łaseczki tężca, występująca w postaci uogólnionej o ciężkim przebiegu i wymagająca leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje tężca w postaci lekkiej, miejscowej, mózgowej.	–	✓	✓	–	✓	100%
59.	Toczeń rumieniowaty układowy A. Choroba autoimmunologiczna, która przebiega z typowymi zmianami skórными, nadwrażliwością na słońce, dolegliwościami ze strony stawów i zaburzeniami immunologicznymi. Podstawą do stwierdzenia toczenia rumieniowatego układowego (SLE) są standardy medyczne opracowane przez EULAR/ACR (European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus) w 2019 r. lub ich kontynuacje. B. Zakres ochrony nie obejmuje toczenia rumieniowatego układowego polekowego ani toczenia rumieniowatego krążkowego.	–	✓	✓	–	–	100%
60.	Twardzina układowa (sklerodermia) o ciężkim przebiegu A. Przewlekła układowa choroba tkanki łącznej o charakterze autoimmunologicznym, która przebiega z postępującym rozlanym wtknieniem 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. B. Zakres ochrony nie obejmuje: a) zlokalizowanych postaci skleroderмии (w tym linijnych stwardnień powłok lub ograniczonych plam – morphea), b) eozynofilowego zapalenia powięzi, c) zespołu CREST.	✓	✓	✓	✓	–	100%

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny (27 chorób i zabiegów)	Zakres rozszerzony (48 chorób i zabiegów)	Zakres maksymalny (75 chorób i zabiegów)	Poważne zachorowanie rodzica (20 chorób i zabiegów)	Poważne zachorowanie dziecka (24 choroby i zabiegi)	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia
61.	Udar mózgu skutkujący trwałym ubytkiem neurologicznym A. Nagłe uszkodzenie tkanki mózgowej (również mózdzku i rdzenia przedłużonego), które jest wywołane przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej (również krwotokiem podpajęczynówkowym), 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 schorzenia w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). B. Zakres ochrony nie obejmuje: – epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA) ani odwracalnego niedokrwienno-deficytu neurologicznego (RIND), – zawatu mózgu ani krwawienia śródczaszkowego na skutek urazu spowodowanego wypadkiem, – wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych, – patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawatu nerwu wzrokowego lub siatkówki), – innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych (w tym udaru mózgu – nawet rozpoznanego w czasie pobytu w szpitalu lub przez neurologa, ale który miał miejsce w bliżej nieokreślonej przeszłości, czyli bez wystąpienia nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu).	✓	✓	✓	–	–	100%
62.	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego wymagające całkowitej kolektomii A. Przewlekłe nieswoiste zapalenie jelita prowadzące do zniszczenia jego błony śluzowej, występujące w obrębie jelita grubego, przebiegające w postaci ostrych rzutów przedzielonych okresami remisji. Rozpoznanie powinno zostać postawione na podstawie wyników badań endoskopowych i potwierdzone przez patomorfologa oceną mikroskopową wycinka pobranego z zajętego procesem zapalnym jelita. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki o ciężkim przebiegu wymagające usunięcia całego jelita grubego (całkowitej kolektomii, proktokolektomii).	–	–	✓	–	–	100%
63.	Wścieklizna wymagająca leczenia szpitalnego A. Ostra choroba zakaźna wywołana przez wirusa wścieklizny (rabies virus RABV) przebiegająca pod postacią ostrego zapalenia mózgu i rdzenia i wymagająca leczenia szpitalnego. Warunkiem uznania roszczenia jest wystąpienie zakażenia w okresie ochrony potwierdzonego w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.	✓	✓	✓	✓	✓	100%
64.	Zaawansowany nowotwór A. Rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych, powodujący inwazję i destrukcję tkanek. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego (mikroskopowego). Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony. Za dzień rozpoznania zaawansowanego nowotworu przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego. Ochrona obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego zostanie pobrany w okresie ochrony, a data badania mikroskopowego potwierdzająca pierwsze rozpoznanie przypadnie po wygaśnięciu okresu ochrony. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – raka przedinwazyjnego – carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer – AJCC, 8th Edition of the TNM Classification i następnych); – nowotworów skóry – poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa; – nowotworu gruczołu krokowego o złośliwości według sumy Gleasona mniejszej niż 7 i bez określonego przez histopatologa stopnia zaawansowania w klasyfikacji pTNM (także takiego, który opisano według klasyfikacji klinicznej TNM jako T1N0M0, w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0); – raka brodawkowego lub pęcherzykowego tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM; – następujących zespołów mieloproliferacyjnych w stadium łagodnym, czyli przed akceleracją choroby wymagającą intensyfikacji leczenia lub przejściem choroby w stadium schyłkowe: nadpłytkowość samoistna, czerwieńnica prawdziwa; – guzów jajnika o granicznej złośliwości; – zespołów mielodysplastycznych; – mięsaków Kaposiego, chłoniaków nieziarniczych ani raka szyjki macicy u osoby z uprzednio zdiagnozowaną infekcją HIV; – zmian złośliwych o niskim potencjale złośliwości lub nieinwazyjnych.	✓	✓	✓	–	–	100%
65.	Zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji A. Zakażenie, które wystąpiło u osoby niechorującej na hemofilii, które zostało spowodowane przetoczeniem na terytorium Polski zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie przypadki przeprowadzenia transfuzji, w wyniku której doszło do zakażenia w okresie ochrony i nastąpienia serokonwersji w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.	✓	✓	✓	✓	✓	100%

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny (27 chorób i zabiegów)	Zakres rozszerzony (48 chorób i zabiegów)	Zakres maksymalny (75 chorób i zabiegów)	Poważne zachorowanie rodzica (20 chorób i zabiegów)	Poważne zachorowanie dziecka (24 choroby i zabiegi)	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia
66.	Zabieg usunięcia zakażonej martwicy trzustki A. Przeprowadzenie operacji otwarcia jamy brzusznej (laparotomii) i usunięcia martwicznych tkanek okołotrzustkowych lub trzustki u osoby, u której rozpoznano zakażenie tych tkanek w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Rozpoznanie choroby i dokonanie operacji w okresie ochrony powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje przypadków nieskutkujących usunięciem martwicznych tkanek (laparotomia zwiadowcza).	–	✓	✓	–	–	100%
67.	Zatorowość płucna wymagająca leczenia szpitalnego A. Nagłe zatkanie światła pnia płucnego, tętnicy płucnej lub jej odgałęzień w wyniku przemieszczenia materiału zatorowego z żył obwodowych lub jam prawego serca, skutkujące przerwaniem napływu krwi do mięszu płuca, wymagające leczenia szpitalnego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania scyntygrafii perfuzyjnej płuc lub spiralną tomografią komputerową klatki piersiowej, lub łącznie: badaniami diagnostycznymi (ECHO serca, EKG), laboratoryjnymi (gazometria) i typowym zespołem objawów klinicznych potwierdzonych przez lekarza prowadzącego i opisanych w dokumentacji medycznej leczenia szpitalnego.	–	✓	✓	–	–	100%
68.	Zespół apaliczny (stan wegetatywny) A. Uogólniona trwała i nieodwracalna martwica kory mózgowej przy zachowanej funkcji pnia mózgu, utrzymująca się przez co najmniej jeden miesiąc (przy czym upływ 1 miesiąca nie musi nastąpić w okresie ochrony). Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa w oparciu o dokumentację medyczną.	–	–	✓	–	–	100%
69.	Zespół Devica A. Choroba o charakterze demielinizacyjnym i martwicznym z klinicznie i radiologicznie potwierdzonym w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego zapaleniem nerwu II i poprzecznym zapaleniem rdzenia kręgowego. Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza neurologa na podstawie standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tej choroby.	–	–	✓	–	–	100%
70.	Zgorzeł gazowa wymagająca leczenia szpitalnego A. Wystąpienie ciężkiego zakażenia przyranego, przebiegającego z rozległym obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowanego przez bakterie – laseczki zgorzeli gazowej, wymagającego leczenia szpitalnego.	–	✓	✓	–	–	100%
INNE CHOROBY ZAKAŻNE							
71.	Cholera A. Ostra choroba zakaźna, którą wywołują przecinkowce cholery (<i>Vibrio cholerae</i>). Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza chorób zakaźnych i potwierdzone izolacją <i>Vibrio cholerae</i> z materiału klinicznego oraz obecnością w izolacie: antygenu O1 lub O139 enterotoksyny cholery lub genu enterotoksyny cholery.	–	–	✓	–	–	30%
72.	Choroba Chagasa A. Zoonoza pasożytnicza, którą wywołuje <i>Trypanosoma Cruzi</i> . Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza chorób zakaźnych lub neurologa na podstawie testów laboratoryjnych.	–	–	✓	–	–	30%
73.	Choroba wywołana przez wirus Ebola A. Gorączka krwotoczna, którą wywołuje wirus Ebola. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza chorób zakaźnych oraz wynikiem testów laboratoryjnych.	–	–	✓	–	–	30%
74.	Choroba wywołana przez wirus Marburg A. Gorączka krwotoczna, którą wywołuje wirus Marburg. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza chorób zakaźnych oraz wynikiem testów laboratoryjnych.	–	–	✓	–	–	30%
75.	Filarioza A. Grupa tropikalnych chorób, które wywołują nicienie, powodujące niedrożność drobnych naczyń limfatycznych i krwionośnych, a w konsekwencji masywne obrzęki określane mianem słoniowaczyny. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza chorób zakaźnych lub chirurga oraz wynikiem testów laboratoryjnych.	–	–	✓	–	–	30%
76.	Gorączka Lassa A. Gorączka krwotoczna, którą wywołują arenawirusy. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza chorób zakaźnych oraz wynikiem testów laboratoryjnych.	–	–	✓	–	–	30%
77.	Gorączka Zachodniego Nilu A. Ostra choroba tropikalna wywołana Wirusem Zachodniego Nilu, przebiegająca z wysoką gorączką, nudnościami, wymiotami, trudnościami w połykaniu. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza chorób zakaźnych oraz wynikiem testów laboratoryjnych.	–	–	✓	–	–	30%
78.	Żółta gorączka A. Ostra choroba zakaźna, którą wywołuje wirus z rodziny Flaviviridae. Rozpoznanie kliniczne powinno być oparte na potwierdzeniu pobytu w regionie, w którym podejrzewa się lub stwierdzono występowanie przypadków żółtej gorączki i potwierdzone przez lekarza chorób zakaźnych oraz wynikiem testów laboratoryjnych.	–	–	✓	–	–	30%

POWTÓRNA OPINIA MEDYCZNA

WYKAZ CHOROÓB UPRAWNIAJĄCYCH DO UZYSKANIA POWTÓRNEJ OPINII MEDYCZNEJ

1	Choroba Alzheimera	A. Przewlekła i postępująca, degeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, w przebiegu której dochodzi do wystąpienia nieodwracalnych zaburzeń pamięci, funkcji poznawczych, osobowości i zachowania oraz zmiany nastroju. Rozpoznanie choroby powinno być potwierdzone przez lekarza neurologa lub psychiatrę. B. Zakres ochrony nie obejmuje innych postaci demencji oraz demencji wtórnej do nadużywania alkoholu, leków lub AIDS.
2	Choroba Parkinsona	A. Samoistna, postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, którego następstwem jest wystąpienie co najmniej dwóch z poniższych objawów choroby, tj.: a) drżenia spoczynkowego, b) spowolnienia ruchowego, c) plastycznego wzmożenia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej), d) niestabilności postawy, zmniejszających się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny. Rozpoznanie choroby powinno być potwierdzone przez neurologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje wszelkich postaci parkinsonizmu wtórnego (objawowego).
3	Choroby neuronu ruchowego	A. Rozpoznanie przez lekarza neurologa jednej z niżej wymienionych chorób (na podstawie standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tej choroby): a) stwardnienia zanikowego bocznego (łac. Sclerosis Lateralis Amyotrophica – SLA), b) postępującego zaniku mięśni (ang. Progressive Muscular Atrophy – PMA), c) pierwotnego stwardnienia bocznego (ang. Primary Lateral Sclerosis – PLS), d) postępującego porażenia opuszkowego (ang. Progressive Bulbar Palsy – PBP).
4	Cukrzyca typu 1 (insulinozależna)	A. Cukrzyca insulinozależna, o etiologii autoimmunologicznej, która wymaga leczenia insuliną w sposób ciągły. Diagnoza powinna być potwierdzona przez lekarza diabetologa.
5	Mycobakteriozy	A. Choroba wywołana przez prątki niegruźlicze (atypowe) rozpoznana przez lekarza specjalistę chorób płuc w oparciu o kryteria kliniczne i mikrobiologiczne obowiązujące w chwili rozpoznawania tego zachorowania.
6	Łagodny nowotwór mózgu o średnicy co najmniej 10 mm	A. Wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych, który nie budzi podejrzeń nowotworu złośliwego. Guz stwierdza neurolog lub neurochirurg na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Zakres ochrony obejmuje zmiany o średnicy co najmniej 10 mm. B. Zakres ochrony nie obejmuje: krwaków, ropni, ziarninaków ani tętniaków.
7	Niedokrwistość aplastyczna (apłazia szpiku)	A. Choroba spowodowana niewydolnością szpiku kostnego, której rezultatem jest pancytopenia, czyli wystąpienie łącznie: anemii, neutropenii i trombocytopenii (obniżenia ilości wszystkich linii komórek krwi – erytrocytów, leukocytów i trombocytów). Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza hematologa na podstawie badań laboratoryjnych wykazujących pancytopenię oraz wyniku trepanobiopsji wykazującego aplazję szpiku. B. Zakres ochrony nie obejmuje: ustępującej bez leczenia niedokrwistości aplastycznej, niedokrwistości polekowej, odwracalnej aplazji szpiku, przejściowej niewydolności szpiku, aplazji szpiku wskutek zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.
8	Przewlekła niewydolność nerek	A. Stadium przewlekłej choroby nerek, która rozpoczęła się w okresie ochrony, jest spowodowana nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek i charakteryzuje się trwałym (powyżej 3 miesięcy) obniżeniem wskaźnika filtracji kłębuszkowej (GFR) poniżej 60 mililitrów na minutę. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza nefrologa.
9	Nowotwór złośliwy	A. Niekontrolowany wzrost i rozprzestrzenianie się komórek nowotworowych poprzez naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek oraz tworzenie przerzutów do innych narządów. Rozpoznanie powinno być potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez patomorfologa. Zakres ochrony obejmuje również biopsję oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony. Za dzień rozpoznania nowotworu złośliwego przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego. Ochrona obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego zostanie pobrany w okresie ochrony, a data badania mikroskopowego potwierdzająca pierwsze rozpoznanie przypadnie po wygaśnięciu okresu ochrony. B. Zakres ochrony nie obejmuje: a) wszystkich nowotworów skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania T1bN0M0 lub wyższym według klasyfikacji AJCC lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa, b) nowotworu złośliwego gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 według klasyfikacji AJCC lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa, c) wszystkich zmian, w przypadku których po badaniu histopatologicznym stwierdzono stan przednowotworowy, d) raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ) (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer – AJCC, 8th Edition of the TNM Classification i następnych), e) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV.
10	Choroba aorty	A. Tętniak, rozwarstwienie lub zwężenie aorty piersiowej lub brzusznej rozpoznane przez kardiologa, kardi chirurga lub chirurga naczyniowego na podstawie badań obrazowych. Zakres ochrony obejmuje chorobę aorty rozpoznaną po raz pierwszy w okresie ochrony. B. Zakres ochrony nie obejmuje odgąteń aorty.
11	Choroba naczyń wieńcowych	A. Zespół chorobowy charakteryzujący się niedostatecznym ukrwieniem serca spowodowanym znaczącym zwężeniem lub zamknięciem światła co najmniej jednej tętnicy wieńcowej. Rozpoznanie choroby powinno być potwierdzone przez lekarza kardiologa. Data pierwszego rozpoznania choroby musi zawierać się w okresie ochrony.
12	Choroba zastawki serca	A. Nabyte zwężenie lub niedomykalność co najmniej jednej zastawki serca. Zakres ochrony obejmuje tylko przypadki wad zastawkowych serca kwalifikujące się, zgodnie z opinią lekarza kardiologa lub kardi chirurga do leczenia inwazyjnego (operacja na otwartym sercu lub zabieg śródnaczyniowy). Ubezpieczeniem objęta jest wada zastawki serca rozpoznana po raz pierwszy w okresie ochrony.

13	Stwardnienie rozsiane	A. Przewlekła choroba centralnego układu nerwowego o podłożu autoimmunologicznym charakteryzująca się występowaniem rozsianych zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym, przebiegającą z okresami rzutów i remisji lub o przebiegu postępującym. Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza neurologa na podstawie aktualnych międzynarodowych kryteriów diagnostycznych (kryteria McDonald). Pierwsze rozpoznanie powinno zostać postawione w okresie ochrony .
14	Głęboka śpiączka	A. Stan utraty przytomności z brakiem odruchu rogówkowego oraz brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby fizjologiczne: – 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 – którego skutkiem jest trwały ubytek neurologiczny, stwierdzony przez neurologa. Rozpoznanie powinno zostać postawione w okresie ochrony . B. Zakres ochrony nie obejmuje: – śpiączki powstałej wskutek spożycia alkoholu, użycia leków, narkotyków, środków chemicznych, – stanu śpiączki wywołanego lub przedłużanego sztucznie w celach terapeutycznych.
15	Udar mózgu	A. Nagłe uszkodzenie tkanki mózgowej (również mózdzku i rdzenia przedłużonego), które jest wywołane przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej (również krwotokiem podopajęczynowym), przy współistnieniu wszystkich poniższych okoliczności: – nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu, – obecność nowych zmian charakterystycznych dla schorzenia w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). B. Zakres ochrony nie obejmuje: – epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA), – 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).
16	Choroba przewlekła zagrażająca utratą kończyn	A. Zmiany naczyniowe (zwężenie lub niedrożność), do których dochodzi w przebiegu miażdżycy lub cukrzycy, w stadium zagrażającym amputacją kończyn lub ich części – zgodnie z opinią chirurga naczyniowego. Rozpoznanie miażdżycy tętnic lub cukrzycy powinno być postawione w okresie ochrony .
17	Istotne pogorszenie słuchu	A. Utrwalone pogorszenie słuchu (niedosłuch), w przypadku którego średnia arytmetyczna progów słyszalności dla któregoś ucha dla częstotliwości 500, 1000, 2000 i 4000 Hz jest wyższa niż 70 dB. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza otolaryngologa na podstawie wyniku badania audiometrycznego. Pierwsze rozpoznanie niedosłuchu powinno nastąpić w okresie ochrony .
18	Istotne pogorszenie wzroku	A. Obuoczna utrata ostrości wzroku powyżej 50% lub obuoczne ograniczenie pola widzenia poniżej 20 stopni, trwające co najmniej 3 miesiące (przy czym upływ 3 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony), potwierdzona specjalistycznym badaniem okulistycznym. B. Zakres ochrony nie obejmuje przypadków pogorszenia widzenia poddającego się korekcji okularowej.
19	Zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji	A. Zakażenie, które wystąpiło u osoby niechorującej na hemofilię, które zostało spowodowane przetoczeniem na terytorium Polski zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki przeprowadzenia transfuzji, w wyniku której doszło do zakażenia w okresie ochrony i nastąpienia serokonwersji w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.
20	Zapalenie mózgu	A. Ostra choroba zapalna mózgu o etiologii wirusowej lub bakteryjnej wymagająca leczenia szpitalnego i następstwa tej choroby. Rozpoznanie wirusowego lub bakteryjnego zapalenia mózgu powinno być postawione w okresie ochrony . B. Zakres ochrony nie obejmuje zapalenia mózgu ze współistniejącą infekcją HIV.
21	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	A. Ostra choroba zapalna opon mózgowo-rdzeniowych o etiologii wirusowej lub bakteryjnej wymagająca leczenia szpitalnego i następstwa tej choroby. Rozpoznanie wirusowego lub bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych powinno być postawione w okresie ochrony . B. Zakres ochrony nie obejmuje zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych ze współistniejącą infekcją HIV.
22	Ostry zawał serca	A. Ostre uszkodzenie mięśnia sercowego z klinicznymi cechami świeżego niedokrwienia mięśnia sercowego. Podstawą do stwierdzenia ostrego 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: 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. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – 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 ani niestabilnej choroby wieńcowej, – zawału serca przebiegłego w nieokreślonej przeszłości, który nie spełnia kryteriów ostrego zawału serca, w tym kryterium dotyczącego wzrostu lub spadku stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi.
23	Dystrofia	A. Choroba charakteryzująca się zmianami we włóknach mięśniowych i tkance łącznej mięśni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez neurologa w oparciu o stwierdzenie wszystkich następujących kryteriów: a) osłabienie i zaniki mięśni z osłabieniem odruchów ścięgowych bez zaburzeń czucia z prawidłowym obrazem płynu mózgowo-rdzeniowego, b) typowy obraz elektromiograficzny, c) rozpoznanie kliniczne potwierdzone wynikiem biopsji mięśni.

24	Niewydolność oddechowa wymagająca przewlekłego domowego leczenia tlenem	A. Nieodwracalne stadium choroby płuc, które spowodowało obniżenie wydolności oddechowej, które spełnia łącznie wszystkie poniżej określone warunki: a) wymaga stosowania codziennej tlenoterapii przez co najmniej 3 miesiące z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii), potwierdzonego przez specjalistę chorób płuc, b) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej niższe niż 60 mm Hg (pO₂ < 60 mm Hg), według wyniku badania gazometrycznego krwi tętniczej, wykonanego jako element kwalifikacji lekarskiej do domowego leczenia tlenem (DLT), c) występuje duszność spoczynkowa, gdy nie stosuje się suplementacji tlenowej w okresie domowego leczenia tlenem (DLT). Niewydolność oddechową wymagającą przewlekłego domowego leczenia tlenem stwierdza pulmonolog. Zakres ubezpieczenia obejmuje niewydolność oddechową wymagającą przewlekłego domowego leczenia tlenem z powodu choroby rozpoznanej w okresie ochrony.
25	Gruźlica pozapłucna z jednoczesnym zajęciem płuca leczona szpitalnie	A. Zakażenie prątkiem z grupy <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> w stadium aktywnej choroby z zajęciem co najmniej jednej spośród wymienionych struktur pozapłucnych: opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu, oraz z jednoczesnym zajęciem płuca. Podstawą do stwierdzenia gruźlicy są: a) objawy charakterystyczne dla aktywnej choroby, b) wyniki badań obrazowych i bakteriologicznych. Rozpoznanie gruźlicy płucnej i pozapłucnej musi nastąpić w okresie ochrony. B. Zakres ochrony nie obejmuje: a) takiego stanu, który opisany jest wyłącznie pozytywnym wynikiem skórnej próby tuberkulinowej, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwpłatkowe, b) bezobjawowej, nieaktywnej gruźlicy płuc, ujawnionej jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej.
26	Kardiomiopatia rozstrzeniowa powodująca obniżenie frakcji wyrzutowej lewej komory poniżej 35%	A. Pierwotna choroba mięśnia sercowego, która prowadzi do trwałej utraty zdolności do wysiłku ocenionej co najmniej jako II klasa wg NYHA (New York Heart Association). Kardiomiopatię rozstrzeniową rozpoznaje kardiolog na podstawie stwierdzenia obniżenia frakcji wyrzutowej lewej komory serca (ang. EF – Ejection Fraction) poniżej 35% w dwóch kolejnych badaniach echokardiograficznych, wykonanych w odstępie co najmniej 3 miesięcy. B. Zakres ochrony nie obejmuje kardiomiopatii alkoholowej.
27	Niewydolność wątroby	A. Nieodwracalne stadium choroby wątroby, w przebiegu której: a) hepatolog lub gastroenterolog stwierdził występowanie przewlekłej choroby wątroby, b) występował co najmniej jeden z wymienionych objawów przez co najmniej 3 miesiące – trwała żółtaczka, – wodobrzusze niepoddające się leczeniu, – encefalopatia wrotna, – żylaki przełyku (wystarczy jednokrotne stwierdzenie w badaniu gastrokopowym). Zakres ochrony obejmuje niewydolność wątroby spowodowaną chorobą wątroby rozpoznaną w okresie ochrony. B. Zakres ochrony nie obejmuje niewydolności wątroby powstałej na skutek spożywania alkoholu ani zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.
28	Toczeń rumieniowaty układowy	A. Choroba autoimmunologiczna, która przebiega z typowymi zmianami skórnymi, nadwrażliwością na słońce, dolegliwościami ze strony stawów i zaburzeniami immunologicznymi. Podstawą do stwierdzenia toczenia rumieniowatego układowego (SLE) są standardy medyczne opracowane przez EULAR/ACR (European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus) w 2019 r. lub ich kontynuacje. Rozpoznanie musi być postawione przez lekarza reumatologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje toczenia rumieniowatego poplekowego ani toczenia rumieniowatego krążkowego.
29	Twardzina układowa (sklerodermia uogólniona)	A. Przewlekła układowa choroba tkanki łącznej o charakterze autoimmunologicznym, która przebiega z postępującym rozlaniem włókniem 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. B. Zakres ochrony nie obejmuje: a) zlokalizowanych postaci sklerodermii (w tym linijne stwardnienia powłok lub ograniczone plamy – morphea), b) eozynofilowego zapalenia powięzi, c) zespołu CREST.
30	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	A. Nieswoista zapalna choroba jelita grubego (okrężnicy lub odbytnicy) obejmująca błonę śluzową i podśluzową. Rozpoznanie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego musi być postawione przez gastrologa (z uwzględnieniem wyniku badania histopatologicznego).
31	Choroba Leśniowskiego-Crohna	A. Nieswoista zapalna choroba jelita o przewlekłym przebiegu. Rozpoznanie choroby Leśniowskiego-Crohna musi być postawione przez gastrologa (z uwzględnieniem wyniku badania histopatologicznego).
32	Wady układu mięśniowo-szkieletowego powstałe wskutek wypadku lub chorób wymienionych w pkt 1-31	A. Wady powstałe wskutek wypadku lub chorób wymienionych w pkt 1-31 powyżej, uniemożliwiające wykonywanie przynajmniej jednej z niżej wymienionych czynności: a) kontrolowanie czynności fizjologicznych – samokontroli w zakresie oddawania kału i moczu oraz utrzymywanie higieny osobistej, b) ubieranie się – samodzielne ubieranie i rozbieranie się – bez konieczności pomocy drugiej osoby, c) mycie i toaletę – samodzielne wykonywanie czynności związanych z myciem i higieną osobistą – bez konieczności pomocy drugiej osoby, d) jedzenie – wszystkie czynności związane z samodzielnym jedzeniem gotowych posiłków.

WYKAZ POSTĘPOWAŃ MEDYCZNYCH DO ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO ZDROWE ŻYCIE UBEZPIECZONEGO, ZDROWE ŻYCIE MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ORAZ ZDROWE ŻYCIE DZIECKA

¹⁾ Okres jaki musi upłynąć pomiędzy datami rozpoczęcia pobytów w szpitalu wskazany dla danej pozycji, aby możliwa była kolejna wypłata świadczenia z tej samej pozycji, chyba, że przyczyną przeprowadzenia kolejnego postępowania medycznego będzie **wypadek**.

²⁾ Okres 5 lat odnosi się do postępowań medycznych dotyczących tej samej struktury wielokrotnie występującej, natomiast okres 18 miesięcy odnosi się do postępowań medycznych dotyczących takiej samej struktury, anatomicznie inaczej położonej.

³⁾ Okres jest liczony odrębnie dla lewego i prawego z narządów położonych symetrycznie.

⁴⁾ Okres jaki musi upłynąć pomiędzy datami rozpoczęcia pobytów w szpitalnym oddziale ratunkowym (lub izbie przyjęć) albo **ambulatorium**, aby możliwa była kolejna wypłata świadczenia z tej samej pozycji, chyba, że przyczyną przeprowadzenia kolejnego postępowania medycznego będzie **wypadek**.

Nr poz.	Postępowanie medyczne	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia	Minimalny okres między zdarzeniami ¹
Część 1. Wykaz Postępowań medycznych			
NEUROLOGIA			
1	Śpiączka pochodzenia nieurazowego (z wyłączeniem śpiączki farmakologicznej lub śpiączki cukrzycowej) leczona zachowawczo	6%	5 lat
2	Choroba nerwu rdzeniowego z wyłączeniem dyskopatii kręgosłupa leczona operacyjnie	5%	5 lat ³
3	Choroba nerwu rdzeniowego z wyłączeniem dyskopatii kręgosłupa leczona zachowawczo	4%	5 lat
4	Choroba nerwu czaszkowego (z wyłączeniem choroby nerwu wzrokowego) leczona zachowawczo	6%	5 lat
5	Choroba nerwu czaszkowego (z wyłączeniem choroby nerwu wzrokowego) leczona operacyjnie	7%	5 lat/18 mies. ²
6	Przemijający napad niedokrwienny mózgowia TIA (z wyłączeniem udaru niedokrwiennego mózgowia) leczony zachowawczo	8%	5 lat
7	Udar niedokrwienny mózgowia leczony zachowawczo lub technikami śródnaczyniowymi	13%	5 lat
8	Krwotok śródczaszkowy (z wyłączeniem krwotoku śródczaszkowego będącego skutkiem urazu) leczony zachowawczo	13%	5 lat
9	Krwotok śródczaszkowy (z wyłączeniem krwotoku śródczaszkowego będącego skutkiem urazu) leczony operacyjnie	16%	5 lat
10	Naczyniak mózgowia leczony metodami śródnaczyniowymi lub technikami radiologii interwencyjnej	26%	5 lat
11	Naczyniak mózgowia leczony operacyjnie z chirurgicznym otwarciem czaszki (z wyłączeniem metod śródnaczyniowych lub technik radiologii interwencyjnej)	62%	5 lat
12	Naczyniak rdzenia leczony metodami śródnaczyniowymi lub technikami radiologii interwencyjnej	26%	5 lat
13	Naczyniak rdzenia leczony operacyjnie (z wyłączeniem leczenia metodami śródnaczyniowymi lub metodami radiologii interwencyjnej)	29%	5 lat
14	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczony zachowawczo	8%	5 lat
15	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczony operacyjnie	17%	5 lat
16	Łagodny nowotwór śródczaszkowy (z wyłączeniem naczyniaków mózgowia) leczony zachowawczo	10%	5 lat
17	Łagodny nowotwór śródczaszkowy (z wyłączeniem naczyniaków mózgowia lub nowotworów łagodnych przysadki) leczony operacyjnie	19%	5 lat
18	Nowotwór złośliwy ośrodkowego układu nerwowego leczony zachowawczo	15%	5 lat
19	Nowotwór złośliwy śródczaszkowy (z wyłączeniem nowotworów złośliwych przysadki) leczony technikami radiologii interwencyjnej	26%	5 lat
20	Nowotwór złośliwy śródczaszkowy (z wyłączeniem nowotworów złośliwych przysadki) leczony operacyjnie	50%	5 lat
21	Guz kanału kręgowego leczony operacyjnie	24%	5 lat
22	Jamistość rdzenia kręgowego leczona operacyjnie	24%	5 lat

Nr poz.	Postępowanie medyczne	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia	Minimalny okres między zdarzeniami ¹
23	Wodogłowie nabyte leczone operacyjnie	21%	5 lat
24	Choroba Alzheimera lub choroba naczyniowa mózgu objawiająca się otępieniem leczona zachowawczo	11%	5 lat
25	Choroba Parkinsona lub zespół parkinsonowski leczone zachowawczo	7%	5 lat
26	Choroba Parkinsona lub zespół parkinsonowski leczone zabiegowo	13%	5 lat
27	Zespół Guillaina-Barrego leczony zachowawczo	6%	5 lat
28	Stwardnienie rozsiane leczone zachowawczo	7%	5 lat
29	Stwardnienie zanikowe boczne leczone zachowawczo	19%	5 lat
30	Stwardnienie zanikowe boczne leczone z zastosowaniem zabiegów tracheostomii lub przeżskórnej gastrostomii endoskopowej [PEG]	21%	5 lat
31	Poprzeczne zapalenie rdzenia, krwawk śródrdzeniowy lub zawał rdzenia powodujące porażenie czterokończynowe lub porażenie kończyn dolnych leczone zachowawczo	17%	5 lat
NARZĄD WZROKU			
32	Zapalenie tkanek oczodołu leczone zachowawczo	4%	5 lat
33	Krwawienie do przedniej komory oka (z wyłączeniem krwawienia spowodowanego urazem) leczone zachowawczo	4%	5 lat ³
34	Zaburzenia nerwu wzrokowego lub uszkodzenie drogi wzrokowej (z wyłączeniem leczenia skutków urazu oka) leczone zachowawczo	5%	5 lat
35	Choroba ciała szklatego leczona operacyjnie z wykonaniem witrektomii	14%	5 lat ³
36	Zaćma leczona operacyjnie metodą wszczepienia sztucznej soczewki	6%	5 lat ³
37	Półpasiec oczny, wrzód rogówki, zapalenie rogówki lub twardówki leczone zachowawczo	4%	5 lat ³
38	Zapalenie błony naczyniowej oka leczone zachowawczo lub metodami laserowymi	4%	5 lat ³
39	Choroba rogówki lub twardówki leczona zabiegowo (z wyłączeniem laserowej korekcji wady wzroku)	5%	5 lat
40	Choroba rogówki lub twardówki leczona operacyjnie (z wyłączeniem laserowej korekcji wady wzroku)	8%	5 lat
41	Choroba siatkówki leczona zachowawczo lub metodą iniekcji doszkliskowej (z wyłączeniem zamknięcia światła tętnicy środkowej siatkówki lub światła żyły środkowej siatkówki)	4%	5 lat
42	Zamknięcie światła żyły środkowej lub tętnicy środkowej siatkówki leczone zachowawczo	5%	5 lat
43	Choroba siatkówki (z wyłączeniem odwarstwienia siatkówki) leczona operacyjnie (z wyłączeniem metody iniekcji doszkliskowej)	8%	5 lat
44	Odwarstwienie siatkówki leczone operacyjnie	5%	5 lat
45	Jaskra leczona zachowawczo lub metodami laserowymi	4%	5 lat ³
46	Jaskra leczona operacyjnie	5%	5 lat ³
47	Choroba dróg odprowadzających tży leczona operacyjnie	4%	5 lat
48	Choroba powieki (z wyłączeniem nowotworu skóry powieki lub zmian zwyrodnieniowych spojówki) leczona operacyjnie	2%	5 lat ³
49	Choroba zwyrodnieniowa spojówki leczona operacyjnie	2%	5 lat ³
50	Nowotwór łagodny powieki leczony operacyjnie	4%	5 lat ³
51	Nowotwór złośliwy powieki leczony operacyjnie	8%	5 lat ³
52	Nowotwór złośliwy gałki ocznej leczone zachowawczo	6%	5 lat ³
53	Nowotwór złośliwy gałki ocznej leczony operacyjnie (z wyłączeniem jednoczesnego usunięcia gałki ocznej)	9%	5 lat ³
54	Nowotwór złośliwy gałki ocznej i oczodołu leczony operacyjnie z usunięciem gałki ocznej	10%	5 lat ³
OTOLARYNGOLOGIA			
55	Krwawienie z nosa (z wyłączeniem urazu nosa) leczone zachowawczo	1%	5 lat
56	Krwawienie z nosa (z wyłączeniem polipa i urazu nosa) leczone metodą zabiegową	2%	5 lat
57	Przerost małżowin nosa lub skrzywienie przegrody nosa (z wyłączeniem urazu nosa) leczone operacyjnie	2%	5 lat
58	Przerost lub zapalenie migdałków podniebiennych lub migdałka gardłowego leczone operacyjnie	4%	5 lat

Nr poz.	Postępowanie medyczne	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia	Minimalny okres między zdarzeniami ¹
59	Zaburzenia równowagi pochodzenia błędnikowego leczone zachowawczo	3%	5 lat
60	Zapalenie ucha środkowego leczone zachowawczo	3%	5 lat ³
61	Zapalenie ucha środkowego leczone drenażem jamy bębenkowej	3%	5 lat ³
62	Zapalenie ucha środkowego z uszkodzeniem kosteczek słuchowych leczone operacyjnie	9%	5 lat ³
63	Otoskleroza, perlak lub zapalenie ucha środkowego bez uszkodzenia kosteczek słuchowych leczone operacyjnie	5%	5 lat ³
64	Choroba ucha wewnętrznego leczona zachowawczo	4%	5 lat
65	Choroba ucha wewnętrznego leczona operacyjnie	6%	5 lat ³
66	Choroba jamy ustnej lub zatok przynosowych (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jamy ustnej lub ślinianki lub zatok) leczona zachowawczo	3%	5 lat
67	Choroba jamy ustnej (z wyłączeniem nowotworu jamy ustnej lub chorób ślinianki) leczona operacyjnie	5%	5 lat
68	Choroba ślinianki (z wyłączeniem nowotworu złośliwego ślinianki) leczona operacyjnie (z wyłączeniem całkowitego usunięcia ślinianki)	4%	5 lat ³
69	Choroba ślinianki (z wyłączeniem nowotworu złośliwego ślinianki) leczona operacyjnie z całkowitym usunięciem ślinianki	6%	5 lat ³
70	Nowotwór złośliwy ślinianki leczony operacyjnie	10%	5 lat ³
71	Choroba gardła lub krtani (z wyłączeniem choroby migdałka lub nowotworu złośliwego gardła lub krtani) leczona zachowawczo	3%	5 lat
72	Choroba gardła (z wyłączeniem nowotworu złośliwego gardła, przerostu lub zapalenia migdałków podniebiennych lub migdałka gardłowego) leczona operacyjnie	7%	5 lat
73	Choroba krtani (z wyłączeniem nowotworu złośliwego krtani) leczona operacyjnie	9%	5 lat
74	Polip nosa, nowotwór łagodny nosa, zapalenie lub nowotwór łagodny zatok przynosowych leczone operacyjnie	5%	5 lat
75	Nowotwór złośliwy zatok przynosowych leczony operacyjnie	10%	5 lat
76	Nowotwór złośliwy jamy ustnej leczony zachowawczo	6%	5 lat
77	Nowotwór łagodny jamy ustnej (z wyłączeniem nowotworu ślinianki) leczony operacyjnie	5%	5 lat
78	Nowotwór złośliwy jamy ustnej (z wyłączeniem nowotworu złośliwego ślinianki) leczony operacyjnie	10%	5 lat
79	Nowotwór złośliwy jamy nosowej (z wyłączeniem nowotworu złośliwego zatok) leczony operacyjnie	10%	5 lat
80	Nowotwór lub choroba zapalna wyrostka sutkowatego kości skroniowej leczone operacyjnie	7%	5 lat
81	Nowotwór złośliwy gardła leczony zachowawczo	6%	5 lat
82	Nowotwór złośliwy gardła leczony operacyjnie	14%	5 lat
83	Nowotwór złośliwy krtani leczony zachowawczo	6%	5 lat
84	Nowotwór złośliwy krtani leczony operacyjnie	22%	5 lat
UKŁAD ODDECHOWY			
85	Zapalenie oskrzeli leczone zachowawczo	3%	5 lat
86	Zapalenie płuc lub zapalenie opłucnej leczone zachowawczo, w tym zabiegiem torakocentezy	5%	5 lat
87	Choroba dróg oddechowych w trakcie diagnostyki wymagającej wykonania bronchoskopii, ale niewymagająca wykonania diagnostyki inwazyjnej (torakoskopii, mediastinoskopii lub innych metod inwazyjnej diagnostyki), o ile w trakcie hospitalizacji nie postawiono rozpoznania lub nie wdrożono leczenia	2%	5 lat
88	Choroba dróg oddechowych diagnozowana z zastosowaniem diagnostyki inwazyjnej: torakoskopii, mediastinoskopii lub innych metod inwazyjnej diagnostyki (z wyłączeniem choroby dróg oddechowych w trakcie diagnostyki wymagającej wykonania wyłącznie bronchoskopii), o ile w trakcie hospitalizacji nie postawiono rozpoznania lub nie wdrożono leczenia	5%	5 lat
89	Astma oskrzelowa leczona zachowawczo	5%	5 lat
90	Przewlekła obturacyjna choroba płuc leczona zachowawczo	5%	5 lat
91	Rozedma płuc leczona operacyjnie	6%	5 lat
92	Guz śródpiersia (z wyłączeniem nowotworu złośliwego) leczony operacyjnie	6%	5 lat
93	Rozstrzenie oskrzeli leczone zachowawczo	6%	5 lat

Nr poz.	Postępowanie medyczne	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia	Minimalny okres między zdarzeniami ¹
94	Rozstrzenie oskrzeli leczone operacyjnie	12%	5 lat
95	Odma opłucnej (z wyłączeniem odmy pourazowej) leczona zachowawczo	5%	5 lat
96	Odma opłucnej leczona drenażem ssącym opłucnowym lub płyn w jamie opłucnej leczony drenażem chirurgicznym jamy opłucnej (z wyłączeniem ropniaka opłucnej, zapalenia opłucnej, odmy pourazowej lub wysięku pourazowego)	6%	5 lat
97	Odma opłucnej (z wyłączeniem odmy pourazowej) leczona operacyjnie	12%	5 lat
98	Ropniak jamy opłucnej leczony drenażem lub metodą nakłuć opłucnej	6%	5 lat
99	Ropniak jamy opłucnej leczony operacyjnie	12%	5 lat
100	Ropień płuca leczony operacyjnie	18%	5 lat
101	Wysięk opłucnowy (z wyłączeniem wysięków zapalnych lub pourazowych) leczony zachowawczo	6%	5 lat
102	Włóknienie płuc lub choroba śródmiąższowa płuc (z wyłączeniem sarkoidozy płuc) leczone zachowawczo	6%	5 lat
103	Sarkoidoza płuc leczona zachowawczo	6%	5 lat
104	Nowotwór łagodny płuca leczony zachowawczo	5%	5 lat
105	Nowotwór łagodny płuca leczony operacyjnie	17%	5 lat
106	Nowotwór złośliwy płuca leczony zachowawczo	11%	5 lat
107	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%	5 lat
108	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	33%	5 lat
109	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej (z wyłączeniem nowotworów skóry) leczony zachowawczo	5%	5 lat
110	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej (z wyłączeniem nowotworów skóry) leczony operacyjnie	8%	5 lat
111	Nowotwór złośliwy śródpiersia leczony operacyjnie	18%	5 lat
112	Ostra niewydolność oddechowa (w tym obrzęk płuc) leczona z zastosowaniem respiratora	10%	5 lat
113	Niewydolność oddechowa leczona operacyjnie przeszczepem płuca	100%	5 lat
UKŁAD KRĄŻENIA			
114	Choroba serca i układu krążenia diagnozowana z zastosowaniem diagnostyki inwazyjnej (koronarografii lub innej angiografii wykonanych z wprowadzeniem cewnika do jam serca lub światła naczyń oraz z podaniem kontrastu)	2%	5 lat
115	Żylaki kończyny dolnej leczone operacyjnie lub zabiegowo	4%	5 lat ³
116	Zator tętnicy płucnej leczony zachowawczo (z wyłączeniem wrodzonych zaburzeń krzepnięcia)	16%	5 lat
117	Nadciśnienie tętnicze leczone zachowawczo	2%	5 lat
118	Zapalenie osierdzia leczone zachowawczo	9%	5 lat
119	Zapalenie mięśnia serca lub wsierdzia leczone zachowawczo	22%	5 lat
120	Choroba niedokrwienna serca (z wyłączeniem ciężkiej niewydolności serca w klasie III lub IV NYHA) leczona zachowawczo (z wyłączeniem inwazyjnych metod leczenia w tym angioplastyki, angioplastyki z implantacją stentu/stentów, pomostowania aortalno-wieńcowego)	5%	5 lat
121	Ostry zespół wieńcowy leczony wyłącznie zachowawczo bez stosowania angioplastyki	12%	5 lat
122	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznacyniową bez zastosowania stentu	11%	5 lat/18 mies. ²
123	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznacyniową z użyciem stentu	24%	5 lat/18 mies. ²
124	Niedrożność tętnicy wieńcowej leczona pomostowaniem tętnicy wieńcowej	44%	5 lat/18 mies. ²
125	Migotanie lub trzepotanie przedsionków leczone zachowawczo, w tym metodą kardiowersji	4%	5 lat
126	Zaburzenia rytmu serca (z wyjątkiem migotania i trzepotania przedsionków) leczone zachowawczo	5%	5 lat
127	Zaburzenia rytmu serca leczone metodą ablacji przezskórnej	21%	5 lat
128	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją wszczepienia stymulatora serca lub operacją implantacji automatycznego kardiowertera-defibrylatora lub kardiowertera –defibrylatora z funkcją resynchronizacji	30%	5 lat
129	Operacja wymiany stymulatora lub innego implantowanego urządzenia służącego do elektroterapii serca	26%	5 lat
130	Ciężka niewydolność serca (klasa III lub IV wg NYHA) leczona zachowawczo	17%	5 lat

Nr poz.	Postępowanie medyczne	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia	Minimalny okres między zdarzeniami ¹
131	Choroba naczyń obwodowych – zakrzepica lub niedrożność (z wyłączeniem zatorowości płucnej, chorób tętnic mózgowych, wieńcowych, chorób żył powierzchownych lub niezakrzepowego zapalenia naczyń) leczona zachowawczo	7%	5 lat
132	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią	25%	5 lat/18 mies. ²
133	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem	18%	5 lat/18 mies. ²
134	Tętniak tętnicy wewnątrzczaszkowej leczony technikami wewnątrznacyniowymi lub radiologii interwencyjnej	24%	5 lat
135	Tętniak tętnicy wewnątrzczaszkowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem tętniaków leczonych technikami wewnątrznacyniowymi lub radiologii interwencyjnej)	57%	5 lat
136	Niedrożność lub zwężenie naczyń (z wyłączeniem tętnicy szyjnej lub tętnicy wieńcowej) spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przeszkońną plastiką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu	17%	5 lat/18 mies. ²
137	Niedrożność lub zwężenie naczyń (z wyłączeniem tętnicy szyjnej lub tętnicy wieńcowej) spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone operacyjnie w celu udrożnienia tętnicy (z wyłączeniem metod wewnątrznacyniowych)	21%	5 lat/18 mies. ²
138	Tętniak aorty leczony techniką śródmaczyniową (z wyłączeniem leczenia przy użyciu protezy naczyniowej)	36%	5 lat
139	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone przy użyciu protezy naczyniowej (z wyłączeniem technik śródmaczyniowych)	45%	5 lat
140	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone operacyjnie (z wyłączeniem technik śródmaczyniowych)	45%	5 lat
141	Tętniak naczynia tętniczego (z wyłączeniem aorty i tętnic wewnątrzczaszkowych) leczony przy użyciu metod wewnątrznacyniowych	23%	5 lat
142	Tętniak naczynia tętniczego (z wyłączeniem aorty i tętnic wewnątrzczaszkowych) leczony operacyjnie (z wyłączeniem metod wewnątrznacyniowych)	23%	5 lat
143	Wada zastawkowa serca leczona zabiegowo metodami śródmaczyniowymi	22%	5 lat/18 mies. ²
144	Wada zastawkowa serca leczona operacyjnie (z wyłączeniem metod endowaskularnych lub operacji wymiany zastawki)	33%	5 lat/18 mies. ²
145	Wada zastawkowa serca leczona operacyjną wymianą zastawki serca	48%	5 lat/18 mies. ²
146	Niewydolność serca leczona operacyjnie przeszczepem serca	100%	5 lat
UKŁAD POKARMOWY			
147	Dolegliwości związane ze schorzeniami przewodu pokarmowego w trakcie diagnostyki, o ile nie postawiono rozpoznania lub nie wdrożono leczenia związanego z tymi dolegliwościami	2%	5 lat
148	Zapalenie przełyku, błony śluzowej żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo	4%	5 lat
149	Polipy przełyku lub żołądka leczone endoskopowo	4%	5 lat
150	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo	3%	5 lat
151	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczona operacyjnie	11%	5 lat
152	Zwężenie odźwiernika leczone metodą endoskopową	9%	5 lat
153	Żylaki przełyku lub żołądka leczone metodą endoskopową	5%	5 lat
154	Żylaki przełyku lub żołądka leczone operacyjnie (z wyłączeniem metody endoskopowej)	6%	5 lat
155	Zapalenie wyrostka robaczkowego (z wyłączeniem zapalenia wyrostka robaczkowego powikłanego rozlanym zapaleniem otrzewnej) leczone operacyjnie	4%	5 lat
156	Zapalenie wyrostka robaczkowego powikłane rozlanym zapaleniem otrzewnej leczone operacyjnie	7%	5 lat
157	Przepuklina pachwinowa, mosznowa lub udowa leczone operacyjnie	4%	5 lat ³
158	Przepuklina nabyta rozworu przełykowego przepony leczone operacyjnie	5%	5 lat
159	Przepuklina brzuszna, w tym przepuklina w bliźnie pooperacyjnej (z wyłączeniem przepuklin: rozworu przełykowego przepony, pachwinowej, mosznowej i udowej) leczona operacyjnie	5%	5 lat
160	Żylaki odbytu leczone operacyjnie lub zabiegowo	5%	5 lat
161	Szczelina odbytu, przetoka odbytu lub odbytnicy, ropień odbytu lub odbytnicy leczone operacyjnie lub zabiegowo	6%	5 lat
162	Polipy jelita grubego leczone metodą endoskopową	3%	5 lat
163	Choroba jelita grubego (z wyłączeniem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego lub nowotworu złośliwego jelita grubego) leczona operacyjnie	9%	5 lat

Nr poz.	Postępowanie medyczne	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia	Minimalny okres między zdarzeniami ¹
164	Przewlekła choroba zapalna jelita (z wyłączeniem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego) leczona zachowawczo	6%	5 lat
165	Ostre zapalenie żółdkowo-jelitowe leczone zachowawczo	3%	5 lat
166	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone zachowawczo	9%	5 lat
167	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	5 lat
168	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%	5 lat
169	Niedrożność jelit leczona zachowawczo	7%	5 lat
170	Zrosty jelitowe leczone operacyjnie	9%	5 lat
171	Niedrożność lub martwica jelita leczona operacyjnie	10%	5 lat
172	Ostre niedokrwienie jelita leczone operacyjnie	13%	5 lat
173	Choroba jelita cienkiego (z wyłączeniem niedrożności lub martwicy jelit, ostrego niedokrwienia jelit, zrostów jelitowych, a także ich powikłań) leczona operacyjnie bez wykonania ileostomii	18%	5 lat
174	Choroba jelita cienkiego (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit, zrostów jelitowych, a także ich powikłań) leczona operacyjnie z wykonaniem ileostomii	22%	5 lat
175	Nowotwór złośliwy przewodu pokarmowego lub przestrzeni zaotrzewnowej leczony zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jamy ustnej i gardła lub nowotworu złośliwego żołądka leczonego z wykonaniem endoskopii)	12%	5 lat
176	Zwężenie przetyku spowodowane chorobą nowotworową leczone metodą endoskopową	6%	5 lat
177	Nowotwór złośliwy przetyku leczony operacyjnie	16%	5 lat
178	Nowotwór złośliwy żołądka leczony zachowawczo z wykonaniem endoskopii	14%	5 lat
179	Nowotwór złośliwy żołądka leczony operacyjnie	24%	5 lat
180	Nowotwór złośliwy przestrzeni zaotrzewnowej leczony operacyjnie	17%	5 lat
181	Nowotwór złośliwy jelita grubego (z wyłączeniem nowotworu odbytowo-odbytoowego) leczony operacyjnie bez wykonania kolostomii	18%	5 lat
182	Nowotwór złośliwy jelita grubego (z wyłączeniem nowotworu odbytowo-odbytoowego) leczony operacyjnie z wykonaniem kolostomii	22%	5 lat
183	Nowotwór złośliwy odbytowo-odbytowy leczony operacyjnie	17%	5 lat
184	Kamica pęcherzyka żółciowego, zapalenie pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych leczone zachowawczo	5%	5 lat
185	Choroba trzustki, wątroby lub dróg żółciowych (z wyłączeniem nowotworu) leczone endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną ECPW	5%	5 lat
186	Kamica, polip pęcherzyka żółciowego lub kamica przewodowa leczone operacyjnie	7%	5 lat
187	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony zachowawczo	12%	5 lat
188	Ostre zapalenie trzustki leczone zachowawczo	9%	5 lat
189	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%	5 lat
190	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	33%	5 lat
191	Choroba wątroby (z wyłączeniem nowotworu złośliwego wątroby, stłuszczenia wątroby lub niewydolności wątroby) leczona zachowawczo	6%	5 lat
192	Niewydolność lub marskość wątroby (z wyłączeniem marskości alkoholowej) leczona zachowawczo	11%	5 lat
193	Ropień wątroby leczony operacyjnie	17%	5 lat
194	Łagodna zmiana ogniskowa wątroby lub choroba śledziony leczone operacyjnie	17%	5 lat
195	Nowotwór złośliwy wątroby leczony zachowawczo	18%	5 lat
196	Nowotwór złośliwy wątroby leczony operacyjnie	28%	5 lat
197	Nowotwór złośliwy trzustki leczony zachowawczo	21%	5 lat
198	Nowotwór złośliwy trzustki, wątroby lub dróg żółciowych leczony endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną (ECPW)	14%	5 lat
199	Nowotwór złośliwy trzustki leczony operacyjnie	32%	5 lat

Nr poz.	Postępowanie medyczne	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia	Minimalny okres między zdarzeniami ¹
200	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie	18%	5 lat
201	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony zachowawczo	15%	5 lat
202	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony operacyjnie	27%	5 lat
203	Niewydolność wątroby (z wyłączeniem alkoholowej marskości wątroby) leczona operacyjnie przeszczepem wątroby	100%	5 lat
UKŁAD RUCHU			
204	Złamanie kości ręki leczone zachowawczo	3%	nie dotyczy
205	Złamanie kości ręki leczone operacyjnie	5%	nie dotyczy
206	Urazowe uszkodzenie struktur stawu ręki (z wyłączeniem stawu promieniowo-nadgarstkowego lub kości nadgarstka) leczone operacyjnie	5%	nie dotyczy
207	Urazowe uszkodzenie struktur stawu promieniowo-nadgarstkowego lub złamanie kości nadgarstka leczone operacyjnie	5%	nie dotyczy
208	Złamanie trzonu kości przedramienia leczone zachowawczo	3%	nie dotyczy
209	Złamanie trzonu kości przedramienia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	4%	nie dotyczy
210	Złamanie trzonu kości przedramienia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	6%	nie dotyczy
211	Złamanie trzonu kości ramiennej leczone zachowawczo	2%	nie dotyczy
212	Złamanie trzonu kości ramiennej leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	nie dotyczy
213	Złamanie trzonu kości ramiennej leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	11%	nie dotyczy
214	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu ramiennego leczone endoprotezoplastyką częściową	22%	nie dotyczy
215	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu ramiennego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	32%	nie dotyczy
216	Urazowe uszkodzenie struktur stawu łokciowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki lub artroskopii leczniczej)	8%	nie dotyczy
217	Choroba zwyrodnieniowa stawu ramiennego leczona endoprotezoplastyką częściową	22%	5 lat ³
218	Choroba zwyrodnieniowa stawu ramiennego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	32%	5 lat ³
219	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu łokciowego leczone endoprotezoplastyką częściową	19%	nie dotyczy
220	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu łokciowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	28%	nie dotyczy
221	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki lub artroskopii leczniczej)	8%	5 lat ³
222	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona endoprotezoplastyką częściową	19%	5 lat ³
223	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	28%	5 lat ³
224	Złamanie kości obręczy kończyny górnej (obojczyk, łopatką) leczone zachowawczo	3%	nie dotyczy
225	Złamanie kości obręczy kończyny górnej (obojczyk, łopatką) leczone operacyjnie	8%	nie dotyczy
226	Złamanie wielomiejscowe kości kończyny górnej z uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie	13%	nie dotyczy
227	Urazowe uszkodzenie struktur stawu obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie (z wyłączeniem artroskopii leczniczej i endoprotezoplastyki)	8%	nie dotyczy
228	Choroba zwyrodnieniowa stawu obręczy kończyny górnej leczona operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%	5 lat ³
229	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości ramienia leczona operacyjnie	17%	nie dotyczy
230	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości nadgarstka leczona operacyjnie	8%	nie dotyczy
231	Amputacja urazowa kończyny górnej w obrębie palców ręki leczona operacyjnie	5%	nie dotyczy
232	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości łokcia leczona operacyjnie	13%	nie dotyczy
233	Złamanie kości stopy leczone zachowawczo	3%	nie dotyczy
234	Urazowe uszkodzenie struktur kostnych stopy leczone operacyjnie	6%	nie dotyczy
235	Nabyte zniekształcenie kośćlate palucha leczone operacyjnie	4%	5 lat ³
236	Nabyte zniekształcenie palców stopy (z wyłączeniem zniekształcenia kośćatego palucha) leczone operacyjnie	5%	5 lat ³

Nr poz.	Postępowanie medyczne	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia	Minimalny okres między zdarzeniami ¹
237	Złamanie kości kończyny dolnej w obrębie kostek goleni (z wyłączeniem złamania wielomiejscowego kości kończyny dolnej z jednoczesnym uszkodzeniem struktur stawowych) leczone operacyjnie	6%	nie dotyczy
238	Złamanie trzonu kości podudzia lub kostek goleni leczone zachowawczo	2%	nie dotyczy
239	Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	nie dotyczy
240	Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	11%	nie dotyczy
241	Złamanie trzonu lub końca bliższego kości udowej leczone zachowawczo	8%	nie dotyczy
242	Złamanie trzonu lub końca bliższego kości udowej leczone operacyjnie	15%	nie dotyczy
243	Złamanie wielomiejscowe kości kończyny dolnej z jednoczesnym uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie	20%	nie dotyczy
244	Złamanie kości obu kończyn dolnych z przemieszczeniem leczone operacyjnie	44%	nie dotyczy
245	Pourazowa różnica w długości kości leczona operacyjnie	15%	nie dotyczy
246	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu kolanowego leczone endoprotezoplastyką częściową	21%	nie dotyczy
247	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu kolanowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	30%	nie dotyczy
248	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu kolanowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%	5 lat ³
249	Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego leczona endoprotezoplastyką częściową	21%	5 lat ³
250	Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	30%	5 lat ³
251	Złamanie kości stawu kolanowego leczone zachowawczo	4%	nie dotyczy
252	Złamanie kości biodrowej (w tym kości miednicy) leczone zachowawczo	5%	nie dotyczy
253	Złamanie panewki stawu biodrowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki)	19%	nie dotyczy
254	Urazowe zwłknięcie stawu biodrowego leczone zachowawczo	4%	nie dotyczy
255	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką częściową	18%	nie dotyczy
256	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	26%	nie dotyczy
257	Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego leczona endoprotezoplastyką częściową	18%	5 lat ³
258	Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	26%	5 lat ³
259	Złamanie kości obręczy kończyny dolnej leczone operacyjnie	9%	nie dotyczy
260	Urazowe uszkodzenie mięśnia obręczy kończyny dolnej leczone zachowawczo	4%	nie dotyczy
261	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone zachowawczo (z wyłączeniem stawu biodrowego)	3%	5 lat
262	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodami zabiegowymi: ostrykiwanie, leczenie z zastosowaniem komórek macierzystych, osocza	4%	5 lat
263	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodą artroskopii operacyjnej (z wyłączeniem artroskopii diagnostycznej lub artroskopii operacyjnej z użyciem implantów mocujących)	4%	5 lat ³
264	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodą artroskopii operacyjnej z użyciem implantów mocujących	7%	5 lat ³
265	Usunięcie materiału zespalającego z miednicy lub kości udowej	6%	nie dotyczy
266	Usunięcie materiału zespalającego (z wyłączeniem usunięcia materiału zespalającego z miednicy lub kości udowej)	6%	nie dotyczy
267	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości biodra lub uda leczona operacyjnie	17%	nie dotyczy
268	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości kolana leczona operacyjnie	13%	nie dotyczy
269	Amputacja urazowa stopy lub palców stopy	8%	nie dotyczy
270	Amputacja całej kończyny dolnej z przyczyn chorobowych	22%	5 lat
271	Amputacja kończyny dolnej z przyczyn chorobowych na wysokości podudzia	11%	5 lat
272	Amputacja kończyny dolnej z przyczyn chorobowych na wysokości stawu skokowego	8%	5 lat
273	Amputacja części stopy lub palców stopy z przyczyn chorobowych	4%	5 lat

Nr poz.	Postępowanie medyczne	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia	Minimalny okres między zdarzeniami ¹
274	Zakażenie tkanek miękkich w obrębie kikuta kończyny leczone operacyjnie	13%	5 lat ³
275	Złamanie kości kręgosłupa (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa w przebiegu choroby nowotworowej) leczone zachowawczo	9%	nie dotyczy
276	Złamanie kości kręgosłupa wskutek urazu leczone operacyjnie	17%	nie dotyczy
277	Uraz kręgosłupa (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa lub złamania kości obręczy kończyny dolnej) leczony zachowawczo	6%	nie dotyczy
278	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgów leczone operacyjnie	17%	5 lat
279	Dyskopatia kręgosłupa z zespołem neurologicznym leczona operacyjnie (z wyłączeniem małoinwazyjnych metod zabiegowych)	7%	5 lat
280	Dyskopatia kręgosłupa z zespołem neurologicznym leczona zachowawczo lub małoinwazyjnymi metodami zabiegowymi	4%	5 lat
281	Skrzywienie kręgosłupa leczone operacyjnie z zastosowaniem implantów	46%	5 lat
282	Osteoporoza bez złamań osteoporotycznych leczona zachowawczo	4%	5 lat
283	Osteoporoza ze złamaniami osteoporotycznymi leczona operacyjnie (z wyłączeniem złamania osteoporotycznego trzonów kręgów)	10%	5 lat
284	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone zachowawczo	11%	5 lat
285	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone operacyjnie	19%	5 lat
286	Zakażenie stawu lub tkanek okostawowych narządu ruchu (z wyłączeniem boreliozy) leczone zachowawczo	9%	5 lat
287	Zapalenie stawu lub tkanek okostawowych narządu ruchu (z wyłączeniem boreliozy, zakażenia stawu lub tkanek okostawowych narządu ruchu lub zapalenia stawów w przebiegu układowej choroby tkanki łącznej) leczone zachowawczo	4%	5 lat
288	Jąłowa martwica kości leczona zachowawczo	8%	5 lat
289	Jąłowa martwica kości leczona operacyjnie	11%	5 lat ³
290	Choroba układu mięśniowego (z wyłączeniem choroby mięśnia obręczy kończyny dolnej) leczona zachowawczo	4%	5 lat
291	Choroba układu mięśniowego leczona operacyjnie	4%	5 lat
292	Urazowe uszkodzenie mięśnia leczone operacyjnie	7%	nie dotyczy
293	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej (z wyłączeniem kości kręgosłupa) leczony zachowawczo	10%	5 lat
294	Nowotwór łagodny tkanki kostnej leczony operacyjnie	3%	5 lat
295	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczony zachowawczo	9%	5 lat
296	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczony operacyjnie	21%	5 lat
297	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej (z wyłączeniem kości kręgosłupa) leczony operacyjnie	11%	5 lat
SKÓRA			
298	Nowotwór łagodny skóry (z wyłączeniem nowotworu sutka, nowotworu powieki, torbieli włosowej lub znamion barwnikowych) leczony operacyjnie	3%	5 lat
299	Choroba alergiczna skóry leczona zachowawczo	2%	5 lat
300	Choroba ropna skóry, choroba pęcherzowa skóry (z wyłączeniem chorób zakaźnych) leczone zachowawczo	5%	5 lat
301	Choroba ropna skóry, owrzodzenie skóry lub martwica skóry (z wyłączeniem martwicy będącej skutkiem urazu) leczone zabiegowo (z wyłączeniem przeszczepu skóry)	5%	5 lat
302	Owrzodzenie podudzi leczone operacyjnie przeszczepem skóry	18%	5 lat ³
303	Toczeń skórny, rumień guzowaty (z wyłączeniem rumienia guzowatego towarzyszącego sarkoidozie lub chorobom zapalnym jelit) leczony zachowawczo	8%	5 lat
304	Łuszczyca skóry lub choroba wynikająca z nadmiernego rogowacenia skóry (z wyłączeniem łuszczycy stawowej) leczona zachowawczo	8%	5 lat
305	Liszaj płaski leczony zachowawczo	3%	5 lat
306	Martwicze zapalenie skóry leczone zachowawczo	7%	5 lat
307	Torbiel włosowa leczona operacyjnie	3%	5 lat
308	Choroba sutka diagnozowana z zastosowaniem biopsji gruboigłowej lub chirurgicznej	2%	5 lat ³

Nr poz.	Postępowanie medyczne	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia	Minimalny okres między zdarzeniami ¹
309	Choroba sutka (z wyłączeniem nowotworu sutka lub rekonstrukcji sutka po uprzednim operacyjnym leczeniu nowotworu sutka) leczona operacyjnie	4%	5 lat ³
310	Nowotwór łagodny sutka leczony operacyjnie	4%	5 lat ³
311	Nowotwór złośliwy sutka leczony zachowawczo	6%	5 lat ³
312	Nowotwór złośliwy sutka leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych lub z procedurą węzła wartowniczego	8%	5 lat ³
313	Nowotwór złośliwy sutka leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych (z wyłączeniem nowotworu złośliwego sutka leczonego operacyjnie z zastosowaniem jedynie procedury węzła wartowniczego)	15%	5 lat ³
314	Przerzuty raka sutka do węzłów chłonnych leczone operacyjnie	8%	5 lat
315	Nowotwór złośliwy skóry tułowia, głowy (z wyłączeniem nowotworu złośliwego skóry twarzy lub szyi) leczony operacyjnie	8%	5 lat
316	Nowotwór złośliwy skóry twarzy lub szyi leczony operacyjnie	9%	5 lat
317	Nowotwór złośliwy skóry kończyny górnej leczony operacyjnie	8%	5 lat ³
318	Nowotwór złośliwy skóry kończyny dolnej leczony operacyjnie	8%	5 lat ³
ENDOKRYNOLOGIA			
319	Cukrzyca leczona zachowawczo	7%	5 lat
320	Śpiączka cukrzycowa leczona zachowawczo	8%	5 lat
321	Choroba narządu układu wydzielania wewnętrznego (z wyłączeniem cukrzycy, śpiączki cukrzycowej, nowotworu przysadki mózgowej lub nowotworu złośliwego tarczycy) leczona zachowawczo	6%	5 lat
322	Choroba tarczycy (z wyłączeniem nowotworu złośliwego) leczona operacyjnie	7%	5 lat
323	Nowotwór złośliwy tarczycy leczony operacyjnie	11%	5 lat
324	Nowotwór złośliwy tarczycy leczony zachowawczo	9%	5 lat
325	Choroba przytarczyc leczona operacyjnie	13%	5 lat
326	Choroba przysadki mózgowej leczona operacyjnie	23%	5 lat
327	Choroba nadnerczy leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego)	12%	5 lat ³
328	Nowotwór złośliwy nadnercza leczony operacyjnie	15%	5 lat ³
UKŁAD MOCZOWY			
329	Dolegliwości związane ze schorzeniami układu moczowego w trakcie diagnostyki, o ile nie postawiono ostatecznego rozpoznania lub nie wdrożono leczenia	2%	5 lat
330	Zakażenie układu moczowego (z wyłączeniem gruźlicy układu moczowego) lub kółka nerkowa leczone zachowawczo	3%	5 lat
331	Kamica układu moczowego leczona zachowawczo bez ESWL	3%	5 lat
332	Kamica układu moczowego leczona falą uderzeniową generowaną pozaustrojowo (ESWL)	5%	5 lat
333	Choroby zapalne nerek (z wyłączeniem zakażenia układu moczowego, zapalenia cewki moczowej lub pęcherza moczowego) leczone zachowawczo	3%	5 lat
334	Choroba układu moczowego leczona metodami endoskopii przezcewkowej	6%	5 lat
335	Choroba pęcherza moczowego leczona operacyjnie z zastosowaniem urostomii	11%	5 lat
336	Przewlekła niewydolność nerek leczona zachowawczo	8%	5 lat
337	Ostra niewydolność nerek leczona dializą	12%	5 lat
338	Choroba układu moczowego leczona operacyjnie z zastosowaniem urostomii (z wyłączeniem choroby pęcherza moczowego leczonej operacyjnie z zastosowaniem urostomii)	8%	5 lat
339	Choroba nerek, moczowodu lub pęcherza moczowego (z wyłączeniem nowotworu złośliwego, przetok lub gruźlicy układu moczowego) leczone operacyjnie (z wyłączeniem leczenia z zastosowaniem urostomii lub kamicy układu moczowego leczonej z użyciem ESWL lub chorób układu moczowego leczonych metodami endoskopii przezcewkowej)	14%	5 lat
340	Choroba cewki moczowej leczona operacyjnie lub zabiegowo	8%	5 lat
341	Nietrzymanie moczu (z wyłączeniem nietrzymania moczu w przebiegu wypadania narządu rodne) leczone metodami laserowymi	6%	5 lat

Nr poz.	Postępowanie medyczne	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia	Minimalny okres między zdarzeniami ¹
342	Nietrzymanie moczu (z wyłączeniem nietrzymania moczu w przebiegu wypadania narządu rodowego) leczone operacyjnie	8%	5 lat
343	Przetoki układu moczowego leczone operacyjnie	17%	5 lat
344	Choroba nowotworowa układu moczowego leczona zachowawczo	9%	5 lat
345	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego (z wyłączeniem nowotworu o dużym zaawansowaniu miejscowym) leczony operacyjnie	17%	5 lat
346	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego o dużym zaawansowaniu miejscowym leczony operacyjnie wycięciem pęcherza moczowego wraz z nacieczonymi innymi częściami układu moczowego (nerki, moczowodu, cewki moczowej) lub narządów sąsiednich (z wyłączeniem węzłów chłonnych i przerzutów odległych)	27%	5 lat
347	Nowotwór złośliwy nerki lub moczowodu leczony operacyjnie	21%	5 lat ³
348	Niewydolność nerek leczona operacyjnie przeszczepem nerki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	40%	5 lat
349	Niewydolność nerek leczona operacyjnie przeszczepem nerki z powikłanym przebiegiem leczenia	48%	5 lat
MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE			
350	Łagodny rozrost gruczołu krokowego diagnozowany z zastosowaniem biopsji	2%	5 lat
351	Choroba męskich narządów płciowych (z wyłączeniem przepukliny mosznowej, chorób przenoszonych drogą płciową, a także nowotworów) leczona zachowawczo	3%	5 lat
352	Choroba męskich narządów płciowych (z wyłączeniem choroby napletka, przepukliny mosznowej, chorób przenoszonych drogą płciową lub nowotworów złośliwych) leczona operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	5%	5 lat
353	Choroba męskich narządów płciowych (z wyłączeniem choroby napletka, przepukliny mosznowej, chorób przenoszonych drogą płciową lub nowotworów złośliwych) leczona operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	6%	5 lat
354	Choroba napletka leczona operacyjnie	2%	5 lat
355	Nowotwór złośliwy męskich narządów płciowych leczony zachowawczo	6%	5 lat
356	Nowotwór złośliwy prącia leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	8%	5 lat
357	Nowotwór złośliwy prącia leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	13%	5 lat
358	Nowotwór złośliwy jądra leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	9%	5 lat ³
359	Nowotwór złośliwy jądra leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	15%	5 lat ³
360	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczony operacyjnie z zastosowaniem prostatektomii częściowej	13%	5 lat
361	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczony operacyjnie z zastosowaniem prostatektomii radykalnej	17%	5 lat
ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE			
362	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona z zastosowaniem wytyżeczkowania leczniczego lub diagnostycznego macicy, biopsji macicy, histeroskopowego usunięcia polipa lub mięśniaka macicy	3%	5 lat
363	Choroba żeńskich narządów płciowych (z wyłączeniem nowotworu jajnika, jajowodu lub macicy) leczona zachowawczo	4%	5 lat
364	Choroba szyjki macicy leczona konizacją chirurgiczną/elektrokonizacją lub przy użyciu elektrokoagulacji, elektrokauteryzacji, krioterapii, laseroterapii	5%	5 lat
365	Choroba gruczołu Bartholína leczona zabiegowo	4%	5 lat
366	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona operacyjnie (z wyłączeniem chorób nowotworowych, obniżenia i wypadania żeńskich narządów płciowych, niepłodności, a także z wyłączeniem chorób szyjki macicy leczonych konizacją chirurgiczną/elektrokonizacją lub przy użyciu elektrokoagulacji, elektrokauteryzacji, krioterapii, laseroterapii, lub histeroskopowego usunięcia polipa lub mięśniaka)	6%	5 lat
367	Obniżenie lub wypadanie żeńskich narządów płciowych lub wysiłkowe nietrzymanie moczu leczone operacyjnie	8%	5 lat
368	Nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo	4%	5 lat
369	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo	10%	5 lat ³
370	Torbiel jajnika, nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	5 lat ³
371	Torbiel jajnika, nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	10%	5 lat ³
372	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych	11%	5 lat ³
373	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	14%	5 lat ³

Nr poz.	Postępowanie medyczne	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia	Minimalny okres między zdarzeniami ¹
374	Nowotwór złośliwy macicy, sromu lub pochwy leczony zachowawczo	8%	5 lat
375	Nowotwór łagodny macicy leczony operacyjnie	8%	5 lat
376	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych	11%	5 lat
377	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	12%	5 lat
378	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	14%	5 lat
379	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie z wycięciem węzłów chłonnych	17%	5 lat
HEMATOLOGIA			
380	Niedokrwistość leczona przetoczeniem krwi (z wyłączeniem leczenia związanego z porodem lub połogiem lub skutków leczenia operacyjnego, a także skutków leczenia urazu) lub zaburzenie hemostazy, skaza krwotoczna leczone zachowawczo (z wyłączeniem dziedzicznych zaburzeń krzepnięcia krwi, zakrzepicy i wtórnej małopłytkowości spowodowanej chorobą rozrostową układu krwiotwórczego lub będącej wynikiem chemio- i/lub radioterapii)	5%	5 lat
381	Choroba hematologiczna leczona operacyjnie usunięciem śledziony	12%	5 lat
382	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego lub limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone zachowawczo	17%	5 lat
383	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego lub limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone autologicznym lub izogenicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku (w tym także komórek macierzystych wyizolowanych z krwi obwodowej)	70%	5 lat
384	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego lub limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone allogenicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku	80%	5 lat
TRAUMATOLOGIA			
385	Uraz wielonarządowy lub uraz wielomiejscowy narządu ruchu wymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii	11%	nie dotyczy
386	Złamanie kości sklepienia lub podstawy czaszki (z wyłączeniem kości twarzoczaszki) leczone zachowawczo	4%	nie dotyczy
387	Złamanie kości sklepienia lub podstawy czaszki (z wyłączeniem kości twarzoczaszki) leczone operacyjnie	9%	nie dotyczy
388	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy leczony zachowawczo	25%	nie dotyczy
389	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy leczony operacyjnie	30%	nie dotyczy
390	Uraz głowy ze wstrząśnięciem mózgu leczony zachowawczo	5%	nie dotyczy
391	Uraz nosa lub ucha (z wyłączeniem złamania kości twarzoczaszki) leczony zachowawczo (w tym z zastosowaniem tamponady)	3%	nie dotyczy
392	Złamanie kości twarzoczaszki leczone zachowawczo	4%	nie dotyczy
393	Uraz nosa lub ucha (z wyłączeniem złamania kości twarzoczaszki) leczony operacyjnie	4%	nie dotyczy
394	Złamanie kości twarzoczaszki bez złamania oczodołu leczone operacyjnie	8%	nie dotyczy
395	Złamanie kości twarzoczaszki ze złamaniem oczodołu leczone operacyjnie	21%	nie dotyczy
396	Uraz oka lub otaczających je tkanek miękkich leczony zachowawczo	4%	nie dotyczy
397	Uraz oka lub otaczających je tkanek miękkich leczony operacyjnie	6%	nie dotyczy
398	Urazowe uszkodzenie struktur stawu skroniowo-żuchwowego leczone operacyjnie	10%	nie dotyczy
399	Uraz gardła lub krtani leczony zachowawczo	3%	nie dotyczy
400	Uraz gardła lub krtani leczony operacyjnie	7%	nie dotyczy
401	Uraz klatki piersiowej ze stłuczeniem płuca lub krwiakiem opłucnej albo odmą opłucnej ze złamaniem jednego lub więcej żeber leczony zachowawczo lub drenażem opłucnej	10%	nie dotyczy
402	Uraz narządów klatki piersiowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem urazu klatki piersiowej leczonego wyłącznie drenażem chirurgicznym opłucnej)	12%	nie dotyczy
403	Uraz narządów jamy brzusznej lub układu moczowo-płciowego leczony zachowawczo	7%	nie dotyczy
404	Uraz narządów jamy brzusznej (z wyłączeniem urazu narządów układu moczowo-płciowego) leczony operacyjnie	11%	nie dotyczy
405	Uraz narządów układu moczowo-płciowego leczony operacyjnie	13%	nie dotyczy
406	Rana otwarta skóry zaopatrzona chirurgicznie	3%	nie dotyczy
407	Rozległe oparzenie skóry (obejmujące co najmniej 10 % TBSA – Total Body Surface Area) leczone zachowawczo	7%	nie dotyczy

Nr poz.	Postępowanie medyczne	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia	Minimalny okres między zdarzeniami ¹
408	Rozległy ubytek lub martwica skóry kończyny górnej wywołane urazem leczone operacyjnie	13%	nie dotyczy
409	Rozległy ubytek lub martwica skóry kończyny dolnej wywołane urazem leczone operacyjnie	13%	nie dotyczy
410	Rozległy ubytek lub martwica skóry tułowia, szyi lub owłosionej skóry głowy wywołane urazem leczone operacyjnie	11%	nie dotyczy
411	Rozległy ubytek lub martwica skóry twarzy wywołane urazem leczone operacyjnie	28%	nie dotyczy
CHOROBY UKŁADOWE LUB OGÓLNOUSTROJOWE			
412	Reumatoidalne zapalenie stawów, toczень układowy, twardzina układowa, zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa, zapalenie naczyń z martwicą leczone zachowawczo	9%	5 lat
413	Choroba reumatyczna leczona zachowawczo (z wyłączeniem reumatoidalnego zapalenia stawów, tocznia układowego, twardziny układowej, zeszytniającego zapalenia stawów kręgosłupa, zapalenia naczyń z martwicą)	5%	5 lat
414	Zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych leczone zachowawczo z wyłączeniem zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych leczonego zachowawczo w warunkach OIOM lub sali intensywnego nadzoru neurologicznego	6%	5 lat
415	Choroba infekcyjna ośrodkowego układu nerwowego (z wyłączeniem neuroboreliozy), zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych leczone zachowawczo w warunkach OIOM lub sali intensywnego nadzoru neurologicznego	18%	5 lat
416	Choroba zakaźna leczona zachowawczo (z wyłączeniem zapalenia gardła, krtani, ucha lub tkanek oczodołu, płuca ocnego, chorób przenoszonych drogą płciową, zakażenia układu moczowego, układu kostnego, stawów lub tkanek okołostawowych, zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, choroby infekcyjnej ośrodkowego układu nerwowego leczonej zachowawczo w warunkach OIOM lub sali intensywnego nadzoru neurologicznego, zatrucia lub zakażenia pokarmowego lub chorób zapalnych płuc lub oskrzeli)	6%	5 lat
417	Wstrząs septyczny leczony zachowawczo	9%	5 lat
418	Otyłość leczona metodami endoskopii przezprzełykowej (z wyłączeniem leczenia zachowawczego, leczenia operacyjnego metodą otwartą, leczenia laparoskopowego lub liposukcji)	4%	5 lat
419	Otyłość leczona operacyjnie metodą otwartą lub laparoskopowo	5%	5 lat
420	Inne postępowanie medyczne niewymienione w części 1 powyżej, przeprowadzone w trakcie pobytu w szpitalu trwającego powyżej 5 dni	3%	5 lat
Część 2. POSTĘPOWANIE MEDYCZNE BEZ HOSPITALIZACJI			
Nr poz.	Postępowanie medyczne	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia	Minimalny okres między zdarzeniami ⁴
421	Postępowanie medyczne wymienione w części 1 przeprowadzone w trakcie pobytu w szpitalnym oddziale ratunkowym SOR lub w izbie przyjęć	1%	12 miesięcy
422	Postępowanie medyczne wymienione w części 1 (z wyłączeniem działu „Skóra”) przeprowadzone w trakcie pobytu w ambulatorium o ile zostanie wykonane z chirurgicznym rozcięciem skóry lub gruczołów skórnych	2%	12 miesięcy
Część 3. OKOLICZNOŚCI WYPŁATY ŚWIADCZENIA RYCZAŁTOWEGO			
Nr poz.	Okoliczności wypłaty	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia	
423	Medyczne zalecenie poddania się chemio-, radio-, hormono-, immuno- lub dializoterapii w związku z przeprowadzonym postępowaniem medycznym zastosowanym w leczeniu choroby nowotworowej lub choroby nerek	10%	
424	Stacjonarne leczenie rehabilitacyjne w związku z zespołem ostrego niedokrwienia serca/ zawałem serca/ operacją serca/ udarem mózgu, prowadzone w sanatorium/ szpitalu uzdrowiskowym/ stacjonarnym zakładzie rehabilitacji, rozpoczęte w okresie 12 miesięcy od ostatniego dnia hospitalizacji, podczas której zastosowano postępowanie medyczne w związku z powyższymi schorzeniami	20%	

Świadczenie lekowe

Typy postępowań medycznych	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia z tytułu świadczenia lekowego
Postępowanie medyczne zastosowane w leczeniu zachowawczym, za wyjątkiem zachowawczego leczenia nowotworu złośliwego	6%
Postępowanie medyczne zastosowane w leczeniu operacyjnym/ zabiegowym, za wyjątkiem operacyjnego leczenia nowotworu złośliwego	3%
Postępowanie medyczne zastosowane w leczeniu nowotworu złośliwego	20%
Postępowanie medyczne zastosowane w leczeniu nowotworu złośliwego, a następnie zastosowanie zaleconych przez onkologa: chemioterapii niestandardowej lub innej nowoczesnej metody leczenia nowotworu złośliwego, o ile na dzień zastosowania: – znajdowały się w Rejestrze Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, prowadzonym przez Prezesa Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub stanowiły produkt leczniczy dopuszczony do obrotu na podstawie pozwolenia wydanego przez Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską oraz – nie zaliczały się do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – niezależnie od tego, czy Ubezpieczony miał prawo do korzystania z tych świadczeń.	100%

TABELA POWAŻNYCH STANÓW CHOROBYCH

Lp.	Choroby i operacje	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia
1	Operacja aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii A. Operacja chirurgiczna tętniaka, zwężenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej lub brzusznej (z wyłączeniem ich odgałęzień), wykonana drogą laparotomii lub torakotomii. Operacja ta polega na usunięciu patologicznie zmienionej części aorty lub usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej protezą naczyniową. Zakres ochrony obejmuje operację: a) aorty piersiowej – wykonywaną drogą torakotomii; b) aorty brzusznej – wykonywaną drogą laparotomii B. Zakres ochrony nie obejmuje operacji, które wykorzystują techniki śródnaczyniowe, w tym przezskórnych operacji naprawczych, polegających na wprowadzeniu stentu albo stentgraftu do aorty.	100%
2	Pomostowanie aortalno-wieńcowe (Bypass) A. Operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej w celu zlikwidowania zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej przez wszczepienie pomostu omijającego. Operację tę poprzedza badanie, które wykazuje zwężenie tętnicy wieńcowej. B. Zakres ochrony nie obejmuje przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA), ani innych zabiegów na tętnicach wieńcowych, które są wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i które wykorzystują techniki cewnikowania naczyń wieńcowych, w tym techniki laserowe.	100%
3	Operacja zastawek serca A. Operacja kardiologiczna 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.	100%
4	Porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji A. Całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn (oceniona jako stopień 0 lub I w skali Lovetta), którą spowodowały wypadek lub choroba oraz która nie rokuje poprawy i występuje przez co najmniej 3 kolejne miesiące. Rozpoznanie i zakres zmian stwierdza neurolog. B. Zakres ochrony nie obejmuje: a) osłabienia siły mięśni, które przejawia się w postaci niedowładów, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych). b) porażenia kończyn w przebiegu choroby neuronu ruchowego, stwardnienia rozsianego, łagodnego guza kanału kręgowego ani postępującego porażenia nadjądrowego.	100%
5	Udar mózgu skutkujący trwałym ubytkiem neurologicznym A. Nagłe uszkodzenie tkanki mózgowej (również mózdzku i rdzenia przedłużonego), które jest wywołane przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej (również krwotokiem podpajęczynówkowym), przy współistnieniu wszystkich poniższych okoliczności: – nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu, – obecność nowych trwałych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania, – obecność nowych zmian charakterystycznych dla schorzenia w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). B. Zakres ochrony nie obejmuje: – epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA) ani odwracalnego niedokrwienego deficytu neurologicznego (RIND), – zawału mózgu ani krwawienia śródczaszkowego na skutek urazu spowodowanego wypadkiem, – wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych, – patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawału nerwu wzrokowego lub siatkówki), – innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych (w tym udaru mózgu – nawet rozpoznanego w czasie pobytu w szpitalu lub przez neurologa, ale który miał miejsce w bliżej nieokreślonej przeszłości, czyli bez wystąpienia nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu).	100%
6	Ostry zawał serca A. Ostre uszkodzenie mięśnia sercowego z klinicznymi cechami świeżego niedokrwienia mięśnia sercowego. Podstawą do stwierdzenia 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 niedokrwienych zmian w elektrokardiogramie: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie zatańka T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa, c) pojawienie się patologicznych zatańków 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. B. Zakres ochrony nie obejmuje: a) 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 ani niestabilnej choroby wieńcowej, b) zawału serca przebiegu w nieokreślonej przeszłości, który nie spełnia kryteriów ostrego zawału serca, w tym kryterium dotyczącego wzrostu lub spadku stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi.	100%

Objaśnienia do przypisów w tabeli poniżej:

¹⁾ Okres jaki musi upłynąć pomiędzy datami rozpoczęcia pobytów w szpitalu wskazany dla danej pozycji, aby możliwa była kolejna wypłata świadczenia z tej samej pozycji, chyba, że przyczyną przeprowadzenia kolejnego postępowania medycznego będzie **wypadek**.

²⁾ Okres 5 lat odnosi się do postępowań medycznych dotyczących tej samej struktury wielokrotnie występującej, natomiast okres 18 miesięcy odnosi się do postępowań medycznych dotyczących takiej samej struktury, anatomicznie inaczej położonej.

³⁾ Okres jest liczony odrębnie dla lewego i prawego z narządów położonych symetrycznie

Lp.	Postępowanie Medyczne	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia	minimalny okres między zdarzeniami ¹
7	Guz kanału kręgowego leczony operacyjnie	24%	5 lat
8	Jamistość rdzenia kręgowego leczona operacyjnie	24%	5 lat
9	Krwotok śródczaszkowy leczony operacyjnie	13%	5 lat
10	Krwotok śródczaszkowy leczony zachowawczo	8%	5 lat
11	Łagodny nowotwór śródczaszkowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem nowotworów łagodnych przysadki i naczynek)	19%	5 lat
12	Naczyniak mózgu leczony metodami śródnaczyniowymi	30%	5 lat
13	Naczyniak mózgu leczony operacyjnie z wyłączeniem metod śródnaczyniowych	40%	5 lat
14	Naczyniak rdzenia leczony metodami śródnaczyniowymi	21%	5 lat
15	Naczyniak rdzenia leczony operacyjnie z wyłączeniem metod śródnaczyniowych	24%	5 lat
16	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych leczone operacyjnie z wyłączeniem metod śródnaczyniowych (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	22%	5 lat / 18 mies ²
17	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych leczone metodami śródnaczyniowymi (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	18%	5 lat / 18 mies ²
18	Niedrożność tętnicy wieńcowej leczona pomostowaniem tętnicy wieńcowej	38%	5 lat / 18 mies ²
19	Niewydolność serca leczona przeszczepem serca	100%	5 lat
20	Nowotwór złośliwy ośrodkowego układu nerwowego leczony zachowawczo	15%	5 lat
21	Nowotwór złośliwy śródczaszkowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem nowotworów złośliwych przysadki)	50%	5 lat
22	Operacja wymiany stymulatora serca	26%	5 lat
23	Ostry zespół wieńcowy leczony zachowawczo	10%	5 lat
24	Poprzeczne zapalenie rdzenia, krwiak śródrdzeniowy lub zawał rdzenia powodujące porażenie czterokończynowe lub porażenie kończyn dolnych leczone zachowawczo	17%	5 lat
25	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczone operacyjnie	17%	5 lat
26	Stwardnienie zanikowe boczne powodujące niedowład czterokończynowy lub niedowład kończyn dolnych leczone zachowawczo	14%	5 lat
27	Tętniak tętnicy wewnątrzczaszkowej leczony metodami śródnaczyniowymi	25%	5 lat / 18 mies ²
28	Tętniak tętnicy wewnątrzczaszkowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem metod śródnaczyniowych)	35%	5 lat / 18 mies ²
29	Tętniak aorty leczony metodami śródnaczyniowymi	30%	5 lat
30	Tętniak aorty leczony operacyjnie z wyłączeniem metod śródnaczyniowych	40%	5 lat
31	Tętniak naczynia tętniczego leczony metodami śródnaczyniowymi (z wyłączeniem tętnic wewnątrzczaszkowych lub aorty)	20%	5 lat / 18 mies ²
32	Tętniak naczynia tętniczego leczony operacyjnie (z wyłączeniem metod śródnaczyniowych i z wyłączeniem tętnic wewnątrzczaszkowych lub aorty)	25%	5 lat / 18 mies ²
33	Udar niedokrwieny mózgowia leczony zachowawczo lub przy użyciu technik śródnaczyniowych	10%	5 lat
34	Wada zastawkowa serca leczona zabiegowo metodami śródnaczyniowymi	30%	5 lat / 18 mies ²
35	Wada zastawkowa serca leczona operacyjnie (z wyłączeniem metod śródnaczyniowych i z wyłączeniem operacji wymiany zastawki)	40%	5 lat / 18 mies ²
36	Wada zastawkowa serca leczona operacyjnie z otwarciem klatki piersiowej oraz wymianą zastawki serca	50%	5 lat / 18 mies ²
37	Wodogłowie nabyte leczone operacyjnie	21%	5 lat
38	Wszczepienie stymulatora serca	26%	5 lat
39	Zaburzenia rytmu serca leczone zabiegiem ablacji przezskórnej lub metodą CARTO	18%	5 lat
40	Zapalenie mięśnia serca i wsierdzia leczone zachowawczo	19%	5 lat

Lp.	Postępowanie Medyczne	Wysokość świadczenia wyrażona w % sumy ubezpieczenia	minimalny okres między zdarzeniami ¹
41	Zapalenie zakrzepowe żył głębokich kończyn dolnych i miednicy małej leczone operacyjnie	14%	5 lat ³
42	Zator tętnicy płucnej leczony zachowawczo	14%	5 lat
43	Niedrożność lub zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią	22%	5 lat ³
44	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem	16%	5 lat ³
45	Niedrożność lub zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznacyniową bez zastosowania stentu	20%	5 lat / 18 mies ²
46	Niedrożność lub zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznacyniową z użyciem stentu	24%	5 lat / 18 mies ²

LECZENIE UBEZPIECZONEGO W ZAKRESIE CHIRURGII JEDNEGO DNIA

ZABIEGI CHIRURGII JEDNEGO DNIA	
1. Operacje przepuklin:	
a.	operacja przepukliny pachwinowej jednostronnej
b.	operacja przepukliny pachwinowej obustronnej
c.	operacja przepukliny mosznowej jednostronnej
d.	operacja przepukliny mosznowej obustronnej
e.	operacja przepukliny z zastosowaniem siatki polipropylenowej
f.	operacja przepukliny pępkowej
g.	operacja przepukliny w kresie białej
h.	operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej
i.	operacje innych przepuklin przedniej ściany brzucha
j.	operacje przepukliny udowej
2. Operacje torbieli:	
a.	usunięcie torbieli najądrza
b.	usunięcie torbieli włosowatej okolicy krzyżowej
c.	usunięcie torbieli wątroby
d.	usunięcie torbieli nerki
e.	usuwanie torbieli i brodawczaków w zakresie gardła i jamy ustnej
3. Operacje żyłaków kończyn dolnych:	
a.	operacja żyłaków kończyn dolnych metodą endoskopową
b.	operacja żyłaków kończyn dolnych metodą klasyczną – chirurgiczne wycięcie, stripping
4. Operacje wyrostka robaczkowego i pęcherza żółciowego:	
a.	wycięcie wyrostka robaczkowego metodą klasyczną
b.	wycięcie wyrostka robaczkowego metodą laparoskopową
c.	wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą klasyczną
d.	wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą laparoskopową (cholecystectomy)
5. Operacje odbytnicy i okolic odbytu:	
a.	operacja żyłaków odbytu metodą klasyczną (sposobem Milligan-Morgan)
b.	operacja żyłaków odbytu metodą LONGO
c.	operacja szczeliny odbytu
d.	operacja przetoki odbytu
6. Operacje jąder, najądrzy, powrózka nasiennego i pęcherza moczowego:	
a.	operacja wodniaka jądra, powrózka nasiennego
b.	wycięcie jądra lub najądrza
c.	operacja stulejki
d.	laparoskopowa operacja żyłaków powrózka nasiennego

ZABIEGI CHIRURGII JEDNEGO DNIA	
e.	klasyczna operacja żyłaków powrózka nasiennego
f.	rozszerzenie i kalibracja cewki moczowej
7. Operacje stawów:	
a.	artroskopia stawu kolanowego
b.	chirurgiczne otwarcie stawu kolanowego
c.	rekonstrukcja więzadeł pobocznych lub krzyżowych stawu kolanowego
d.	artroskopowe wycięcie błony maziowej
e.	artroskopowy szew łąkotki
f.	operacja stawu obojczykowo-barkowego
g.	artroskopia stawu barkowego
h.	otwarte nastawienie zwichnięcia stawu obojczykowo-barkowego
i.	artroskopowe operacyjne nastawienie zwichnięcia stawu obojczykowo-barkowego
j.	artroskopia stawu skokowego
8. Operacje otolaryngologiczne:	
a.	chirurgiczna operacja zatoki szczękowej
b.	endoskopowa operacja zatoki szczękowej
c.	polipektomia nosa
d.	septoplastyka nosa
e.	usunięcie migdałka gardłowego (adenectomy)
f.	usunięcie migdałków podniebiennych (tonsillectomy)
g.	przecięcie migdałków podniebiennych (tonsillotomy)
h.	usunięcie migdałka gardłowego i przecięcie migdałków podniebiennych (adenotonsillotomy)
i.	usunięcie ślinianki podżuchowej
j.	usunięcie ślinianki przyusznej
9. Operacje z zakresu chirurgii ręki:	
a.	odroczone szycie ścięgna ręki
b.	uwolnienie kanatu nadgarstka
c.	wycięcie ganglionu nadgarstka
d.	uwolnienie przykurczu Dupuytren'a
e.	uwolnienie i transpozycja nerwu łokciowego
10. Operacje z zakresu ginekologii:	
a.	operacyjne usunięcie przydatków
b.	laparoskopowe usunięcie przydatków
c.	konizacja szyjki macicy
d.	nacięcie gruczołu Bartholina wraz z marsupializacją

ZABIEGI CHIRURGII JEDNEGO DNIA	
e.	wyłuszczenie gruczołu Bartholina
f.	usuwanie polipów narządu rodneho
g.	chirurgiczne usunięcie kłykcín narządu rodneho
h.	histeroskopowe usunięcie polipa
i.	wyłuszczenie mięśniaków macicy metodą laparoskopową
j.	wyłuszczenie mięśniaków macicy metodą klasyczną
k.	histeroskopowe usunięcia mięśniaka
l.	operacyjne i laparoskopowe usunięcie jajnika
ł.	laparoskopowe usunięcie torbieli jajnika
m.	wyżeczowanie frakcjonowane kanału szyjki i jamy macicy

ZABIEGI CHIRURGII JEDNEGO DNIA	
11.	Operacje z zakresu okulistyki:
a.	operacja gradówki
b.	operacja kępek żółtych
c.	wycięcie cysty spojówki
d.	operacje brodawek powiek
e.	operacja usunięcia zaćmy
12.	Inne operacje:
a.	usunięcie materiału zespalającego z kości
b.	wycięcie ganglionu dołu podkolanowego
c.	wycięcie kaletki łokciowej lub kolanowej

ZABIEGI OPERACYJNE UBEZPIECZONEGO

ZABIEGI OPERACYJNE	KATEGORIA
I. ZABIEGI OPERACYJNE NA UKŁADZIE NERWOWYM	
1. Zabieg wycięcia tkanek mózgu lub pnia mózgu	E
2. Inne zabiegi operacyjne na czaszce, mózgu i oponach mózgowych	D
3. Zabiegi operacyjne na rdzeniu kręgowym i strukturach kanatu kręgowego	C
4. Zabiegi operacyjne na nerwach czaszkowych i obwodowych, z wyjątkiem zabiegów wymienionych w ppkt 6-8	C
5. Zabiegi operacyjne na nerwach sympatycznych lub zwojach nerwowych	C
6. Rekonstrukcja, wycięcie zmiany lub operacje naprawcze nerwów obwodowych	B
7. Zabieg operacyjny zespołu cieśni nadgarstka	A
8. Zabieg operacyjny zespołu rowka nerwu łokciowego	A
II. ZABIEGI OPERACYJNE W ZAKRESIE UKŁADU WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO	
1. Zabiegi operacyjne tarczycy i przytarczyc	C
2. Zabiegi operacyjne w zakresie innych gruczołów dokrewnych, z wyjątkiem zabiegów wymienionych w ppkt 3 i 4	C
3. Wycięcie lub zniszczenie przysadki mózgowej	D
4. Zabiegi operacyjne szyszynki	D
III. ZABIEGI OPERACYJNE W ZAKRESIE OKA	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie powiek, z wyjątkiem zabiegów rekonstrukcyjnych wymienionych w ppkt. 2 i 11	B
2. Zabieg operacyjny rekonstrukcji powiek	C
3. Zabiegi operacyjne w zakresie układu łzowego	B
4. Zabiegi operacyjne w zakresie spojówki, z wyjątkiem zabiegów wymienionych w ppkt 12	B
5. Zabiegi operacyjne w zakresie rogówki, z wyjątkiem zabiegów wymienionych w ppkt 12	B
6. Zabiegi operacyjne w zakresie tęczówki, ciała rzęskowego, twardówki i komory przedniej oka	C
7. Zabiegi operacyjne w zakresie soczewki	B
8. Zabiegi operacyjne w zakresie siatkówki, naczyńówki, ciała szklatego i tylnej komory oka	C
9. Zabiegi operacyjne w zakresie mięśni okoruchowych	B
10. Zabiegi operacyjne w zakresie gałek ocznych	C
11. Zabieg operacyjny rekonstrukcji oczodołu i aparatu ochronnego oka z wyjątkiem zabiegu operacyjnego rekonstrukcji powiek	E
12. Zabieg operacyjny usuwania ciała obcego oka	A
IV. ZABIEGI OPERACYJNE W ZAKRESIE UCHA	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie ucha zewnętrznego, z wyjątkiem zabiegów wymienionych w ppkt 4	B
2. Zabiegi rekonstrukcyjne i inne zabiegi operacyjne w zakresie ucha środkowego	C
3. Zabiegi operacyjne w zakresie ucha wewnętrznego	D
4. Zabieg operacyjny szcicia małżowiny usznej	A
V. ZABIEGI OPERACYJNE W ZAKRESIE NOSA, JAMY USTNEJ, GARDŁA I TWARZOCZASZKI	
1. Zabiegi operacyjne usuwania migdałków podniebiennych, gardłowych, języczka podniebienia miękkiego	A
2. Zabieg operacyjny punkcji zatok obocznych nosa	A
3. Zabiegi operacyjne w zakresie nosa, jamy ustnej i gardła, z wyjątkiem zabiegów wymienionych w ppkt. 1, 2, 6 i 7	B
4. Zabiegi operacyjne w zakresie zatok obocznych nosa, z wyjątkiem punkcji	C
5. Zabiegi operacyjne w zakresie ślinianek i przewodów ślinowych	C

ZABIEGI OPERACYJNE		KATEGORIA
6.	Zabiegi rekonstrukcyjne w obrębie twarzoczaszki (w tym z elementami neurochirurgii podstawy czaszki), w zakresie nosa (tylko pełne odtworzenie), szczęki, żuchwy	E
7.	Zabiegi rekonstrukcyjne języka i podniebienia twardego	D
VI. ZABIEGI OPERACYJNE W ZAKRESIE UKŁADU ODDECHOWEGO		
1.	Zabiegi operacyjne w zakresie układu oddechowego, z wyjątkiem zabiegów operacyjnych w zakresie krtani i tchawicy	D
2.	Zabiegi operacyjne w zakresie krtani i tchawicy, z wykluczeniem tracheotomii	C
3.	Zabieg operacyjny odmy opłucnej, stałej tracheotomii	B
4.	Zabieg operacyjny przeszczepu płuc	E
6.	Zabieg operacyjny endoskopowego usuwania ciała obcego w drogach oddechowych	A
VII. ZABIEGI OPERACYJNE NA UKŁADZIE SERCOWO-NACZYNIOWYM		
1.	Zabiegi operacyjne podwiązania i wycięcia żyłaków, usuwania skrzepliny	B
2.	Zabiegowe leczenie tętniaków pourazowych, naczynek, przetok tętniczo-żylnych	C
3.	Zabieg operacyjny przeszczepu serca	E
4.	Zabiegi operacyjne wewnątrznaczyniowe żyłaków	A
5.	Zabiegi operacyjne nakłucia tamponady osierdzia	A
6.	Zabiegi operacyjne wewnątrznaczyniowe tętnicze	A
7.	Zabiegi operacyjne na układzie sercowo-naczyniowym, z wyjątkiem zabiegów operacyjnych wymienionych w ppkt. 1-6	D
VIII. ZABIEGI OPERACYJNE W ZAKRESIE UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO I LIMFATYCZNEGO		
1.	Zabiegi operacyjne w zakresie układu krwiotwórczego i limfatycznego, z wykluczeniem biopsji szpiku	B
2.	Zabiegi operacyjne rekonstrukcyjne układu limfatycznego	C
IX. ZABIEGI OPERACYJNE W ZAKRESIE UKŁADU TRAWIENNEGO		
1.	Zabiegi operacyjne w zakresie układu trawiennego, z wyjątkiem zabiegów operacyjnych wymienionych w ppkt. 2- 9	C
2.	Zabiegi operacyjne na wyrostku robaczkowym	B
3.	Zabiegi operacyjne odbytu	B
4.	Zabiegi operacyjne naprawcze przepuklin	B
5.	Zabiegi operacyjne endoskopowego usuwania ciała obcego z górnych dróg pokarmowych	A
6.	Zabiegi operacyjne endoskopowe dróg żółciowych	A
7.	Zabiegi operacyjne polipektomii endoskopowej	A
8.	Zabiegi operacyjne kolektomii, całkowitego wycięcia jelita cienkiego, żołądka lub przetyku	D
9.	Zabiegi operacyjne przeszczepu trzustki, wątroby, jelita	E
X. ZABIEGI OPERACYJNE W ZAKRESIE UKŁADU MOCZOWEGO		
1.	Zabiegi operacyjne nerki, z wyjątkiem zabiegów operacyjnych wymienionych w ppkt. 2 i 3	C
2.	Zabieg operacyjny całkowitego wycięcia nerki	D
3.	Zabieg operacyjny przeszczepu nerki	E
4.	Zabiegi operacyjne moczowodu	B
5.	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	B
6.	Zabiegi operacyjne cewki moczowej z wyłączeniem zwężania ujścia zewnętrznego cewki moczowej	C
7.	Zabiegi operacyjne stulejki i zwężenia ujścia zewnętrznego cewki moczowej	B
8.	Zabiegi operacyjne odtwórcze pęcherza moczowego	D
9.	Inne zabiegi operacyjne w obrębie układu moczowego	B
XI. ZABIEGI OPERACYJNE I OPERACJE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH		
1.	Zabiegi operacyjne i operacje męskich narządów płciowych	B
2.	Zabiegi operacyjne spodziectwa	C

ZABIEGI OPERACYJNE	KATEGORIA
XII. ZABIEGI OPERACYJNE I OPERACJE GINEKOLOGICZNE	
1. Zabiegi operacyjne żeńskich narządów płciowych	B
2. Zabiegi operacyjne dotyczące macicy z naruszeniem ciągłości pełnej grubości ściany trzonu macicy	C
3. Zabieg operacyjny całkowitego wycięcia macicy	C
4. Zabieg operacyjny całkowitego wycięcia macicy z przydatkami	D
XIII. ZABIEGI POŁOŻNICZE	
1. Zabiegi położnicze, z wyjątkiem zabiegu operacyjnego cięcia cesarskiego	B
2. Rozwiązanie ciąży mnogiej przez cięcie cesarskie	B
XIV. ZABIEGI OPERACYJNE W ZAKRESIE UKŁADU KOSTNO-STAWOWEGO I ZABIEGI OPERACYJNE NA WIĘZADŁACH	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie układu kostno-stawowego (w tym zabiegi w zakresie kręgosłupa i krążka międzykręgowego) i zabiegi na więzadłach, z wyjątkiem zabiegów operacyjnych wymienionych w ppkt. 3, 4 i 6	C
2. Zabiegi operacyjne wyłącznie na tkankach miękkich poza więzadłami	B
3. Zabiegi operacyjne w zakresie układu kostno-stawowego i więzadeł dłoni i stóp	B
4. Przeszkórna laserowa dekompresja krążka międzykręgowego	B
5. Zabiegi operacyjne kończyn wymagające tężnie przeszczepu mięśni, ścięgien, mikrochirurgii naczyń i nerwów	E
6. Zabiegi operacyjne replantacji w obrębie kończyn z wyjątkiem palców (zastosowanie mikrochirurgii)	E
XV. ZABIEGI OPERACYJNE NA POWŁOKACH CIAŁA	
1. Mastektomia	C
2. Zabiegi operacyjne wycięcia węzłów chłonnych (pachowych, nadobojczykowych i innych)	A
3. Przeszczep skóry	B
XVI. ZABIEGI OPERACYJNE W TRYBIE AMBULATORYJNYM	
1. Zabiegi operacyjne wymienione w pkt I- XV wykonane w trakcie pobytu w ambulatorium , o ile zostaną wykonane z chirurgicznym rozcięciem skóry lub gruczołów skórnych	A

WYSTĄPIENIE U UBEZPIECZONEGO POWIKŁAŃ POOPERACYJNYCH

RODZAJ PRZEPROWADZANEGO ZABIEGU OPERACYJNEGO	POWIKŁANIE POOPERACYJNE BĘDĄCE NASTĘPSTWEM PRZEPROWADZANEGO ZABIEGU OPERACYJNEGO	KATEGORIA POWIKŁANIA
Operacja usunięcia przepukliny brzusznej – zabieg operacyjny przeprowadzany metodą klasyczną lub laparoskopową, mający na celu usunięcie istniejącego worka przepukliny	• usunięcie jądra • przecięcie tętnicy jądrowej • uszkodzenie tętnicy udowej • obrzęk niedokrwienny kończyny • pełnościenne uszkodzenie jelita cienkiego lub grubego • pełnościenne uszkodzenie pęcherza moczowego	A A A A A A
Usunięcie tarczycy – zabieg operacyjny polegający na całkowitym lub częściowym usunięciu gruczołu	• porażenie jednej lub obu strun głosowych powodujące trwającą powyżej trzech miesięcy dysfunkcję narządu głosu	B
Usunięcie żyłaków kończyn dolnych – zabieg operacyjny polegający na usunięciu żyłakowato zmienionych żył powierzchownych kończyn dolnych	• uszkodzenie tętnicy udowej z upośledzeniem ukrwienia kończyny potwierdzone badaniem przedmiotowym po upływie trzech miesięcy od zabiegu operacyjnego • utrzymujące się powyżej trzech miesięcy objawy uszkodzenia nerwu strzałkowego	B B
Usunięcie żyłaków odbytu – zabieg operacyjny polegający na usunięciu żyłakowato zmienionych żył okolicy odbytu	• nietrzymanie stolca	B
Zabiegi operacyjne przeprowadzane na jelicie grubym	• pełnościenne uszkodzenie moczowodu • pełnościenne uszkodzenie pęcherza moczowego • całkowite rozejście się rany pooperacyjnej z wypadnięciem trzewi • rozejście się zespolenia jelitowego • wytonienie sztucznego odbytu • pełnościenne uszkodzenie ściany dwunastnicy	A A B B B A
Zabiegi operacyjne przeprowadzone w zakresie jamy brzusznej	• jatrogenne usunięcie śledziony • uszkodzenie dróg żółciowych z założeniem drenażu	A A
Usunięcie tętniaka tętnicy głównej – zabieg operacyjny polegający na usunięciu nieprawidłowo zmienionego odcinka ściany tętnicy	• martwica jelita z założeniem sztucznego odbytu • niedokrwienne uszkodzenie rdzenia kręgowego wraz z wystąpieniem niedowładu lub porażenia kończyn dolnych, trwającym powyżej trzech miesięcy od zabiegu operacyjnego	B B
Operacyjne leczenie kamicy układu moczowego – zabieg operacyjny polegający na chirurgicznym usunięciu złożu z nerki lub dróg moczowych	• uszkodzenie tętnicy nerkowej • uszkodzenie moczowodu z przetoką moczową	B B
Operacyjne usunięcie gruczolaka stercza – zabieg operacyjny polegający na usunięciu gruczolaka stercza poprzez powłoki brzuszne	• nietrzymanie moczu (nie dotyczy następstw radykalnego usunięcia stercza), utrzymujące się przez okres co najmniej trzech miesięcy od zabiegu operacyjnego	A
Elektroresekcja gruczolaka stercza – endoskopowy zabieg operacyjny , polegający na chirurgicznym usunięciu części gruczołu przy użyciu energii elektrycznej	• pełnościenne uszkodzenie pęcherza moczowego	A
Usunięcie macicy, usunięcie przydatków, usunięcie mięśniaków macicy – zabieg operacyjny polegający na usunięciu macicy, przydatków lub mięśniakowato zmienionych fragmentów mięśniówki macicy przeprowadzony przez powłoki brzuszne lub metodą laparoskopową	• pełnościenne uszkodzenie ściany pęcherza moczowego • pełnościenne uszkodzenie ściany moczowodu • powstanie przetoki moczowodowo-pochwowej • powstanie przetoki pęcherzowo-macicznej	A A B B
Usunięcie mięśniaków macicy – zabieg operacyjny polegający na usunięciu mięśniakowato zmienionych fragmentów mięśniówki macicy w trakcie histeroskopii	• przebicie jamy macicy z koniecznością operacyjnego otwarcia jamy brzusznej	B
Cięcie cesarskie – zabieg operacyjny polegający na zabiegowym zakończeniu porodu poprzez nacięcie powłok brzusznych i macicy oraz ręcznym wydobyciu płodu	• przetoka pęcherzowo-maciczna	B
Operacje ortopedyczne – zabiegi operacyjne przeprowadzone na tkance kostnej	• utrzymujące się powyżej trzech miesięcy objawy uszkodzenia jednego ze wskazanych nerwów: nerwu strzałkowego, kulszowego bądź promieniowego • zator tłuszczowy powodujący ostry zespół niewydolności płucnej	B B
Operacje torakochirurgiczne, zabiegi operacyjne przebiegające z otwarciem jamy opłucnej	• utrzymujące się powyżej trzech miesięcy objawy uszkodzenia nerwu przeponowego	B
Kardiochirurgiczne zabiegi operacyjne	• tamponada serca • rozejście się mostka • blok całkowity wymagający implantacji układu symulującego serca na stałe • wyprucie się implantowanej sztucznej zastawki	B B B B
Operacje okulistyczne – zabiegi operacyjne przeprowadzane wewnątrz gałki ocznej	• krwotok wypierający w trakcie zabiegu operacyjnego na gałce ocznej, skutkujący trwałą utratą widzenia w tym oku • zaćma wtórna jako powikłanie operacji wewnątrzgałkowych	B A

TABELA STANÓW CHOROBOWYCH, UPRAWNIAJĄCYCH UBEZPIECZONEGO DO SKORZYSTANIA Z TELEOPIEKI KARDIOLOGICZNEJ

NAZWA CHOROBY	KOD ICD 10
Reumatyczna niedomykalność zastawki tętnicy głównej	I06.1
Reumatyczne zwężenie lewego ujścia tętniczego z niedomykalnością zastawek	I06.2
Inne wady reumatyczne zastawki tętnicy głównej	I06.8
Zwężenie zastawki trójdzielnej	I07.0
Niedomykalność zastawki trójdzielnej	I07.1
Zwężenie zastawki trójdzielnej z niedomykalnością	I07.2
Inne wady zastawki trójdzielnej	I07.8
Wady zastawek dwudzielnej i tętnicy głównej	I08.0
Wady zastawek dwudzielnej i trójdzielnej	I08.1
Wady zastawek tętnicy głównej i trójdzielnej	I08.2
Skojarzone wady zastawek dwudzielnej, trójdzielnej i tętnicy głównej	I08.3
Inne wady skojarzone wielu zastawek	I08.8
Reumatyczne zapalenie mięśnia serca	I09.0
Przewlekłe reumatyczne zapalenie osierdza	I09.2
Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	I10
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca, z (zastoinową) niewydolnością serca	I11.0
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca bez (zastoinowej) niewydolności serca	I11.9
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek	I12
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, z niewydolnością nerek	I12.0
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, bez niewydolności nerek	I12.9
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek	I13
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z (zastoinową) niewydolnością serca	I13.0
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z niewydolnością nerek	I13.1

NAZWA CHOROBY	KOD ICD 10
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, tak z (zastoinową) niewydolnością serca jak i niewydolnością nerek	I13.2
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, nieokreślona	I13.9
Dusznicza niestabilna	I20.0
Dusznicza bolesna z udokumentowanym skurczem naczyń wieńcowych	I20.1
Inne postaci duszniczy bolesnej	I20.8
Dusznicza bolesna, nieokreślona	I20.9
Choroba serca i naczyń krwionośnych w przebiegu miażdżycy	I25.0
Choroba serca w przebiegu miażdżycy	I25.1
Stary (przebyty) zawał serca	I25.2
Tętniak serca	I25.3
Tętniak naczyń wieńcowych	I25.4
Kardiomiopatia niedokrwienna	I25.5
"Ciche" (nieme) niedokrwienie serca	I25.6
Inne postaci przewlekłej choroby niedokrwiennej serca	I25.8
Przewlekła choroba niedokrwienna serca, nieokreślona	I25.9
Zator płucny ze wzmianką o ostrym sercu płucnym	I26.0
Zator płucny bez wzmianki o ostrym sercu płucnym	I26.9
Pierwotne nadciśnienie płucne	I27.0
Choroba serca w przebiegu kifoskoliozy	I27.1
Inne określone zespoły sercowo-płucne	I27.8
Zespół sercowo-płucny, nieokreślony	I27.8
Przetoka tętniczko-żylna naczyń płucnych	I28.0
Tętniak tętnicy płucnej	I28.1
Inne określone choroby naczyń płucnych	I28.8
Choroba naczyń płucnych, nieokreślona	I28.9
Ostre nieokreślone samoistne zapalenie osierdza	I30.0
Ostre zapalenie osierdza, nieokreślone	I30.9

NAZWA CHOROBY	KOD ICD 10
Przewlekłe zarostowe zapalenie osierdza	I31.0
Przewlekłe zaciskające zapalenie osierdza	I31.1
Krwak osierdza niesklasyfikowany gdzie indziej	I31.2
Płyn w worku osierdziowym (niezapalny)	I31.3
Inne określone choroby osierdza	I31.8
Choroba osierdza, nieokreślona	I31.9
Zapalenie osierdza w chorobach bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.0
Zapalenie osierdza w innych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.1
Zapalenie osierdza w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.8
Ostre i podostre zakaźne zapalenie wsierdza	I33.0
Ostre zapalenie wsierdza, nieokreślone	I33.9
Niedomykalność zastawki dwudzielnej	I34.0
Wypadanie płatk(-ów) zastawki dwudzielnej	I34.1
Niereumatyczne zwężenie zastawki dwudzielnej	I34.2
Inne niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej	I34.8
Niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej, nieokreślone	I34.9
Zwężenie zastawki tętnicy głównej	I35.0
Niedomykalność zastawki tętnicy głównej	I35.1
Zwężenie zastawki tętnicy głównej z niedomykalnością	I35.2
Inne zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej	I35.8
Zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej, nieokreślone	I35.9
Niereumatyczne zwężenie zastawki trójdzielnej	I36.0
Niereumatyczna niedomykalność zastawki trójdzielnej	I36.1
Niereumatyczne zwężenie zastawki trójdzielnej z niedomykalnością	I36.2

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

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

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

WYKAZ CHOROÓB ZAWODOWYCH

WYKAZ CHOROÓB ZAWODOWYCH	
1.	Zatrucia ostre albo przewlekłe lub ich następstwa wywołane przez substancje chemiczne
2.	Gorączka metaliczna
3.	Pylice płuc:
1)	pylica krzemowa
2)	pylica górników kopalń węgla
3)	pylico-gruźlica
4)	pylica spawaczy
5)	pylica azbestowa oraz pozostałe pylice krzemianowe
6)	pylica talkowa
7)	pylica grafitowa
8)	pylice wywołane pyłami metali
4.	Choroby opłucnej lub osierdzia wywołane pyłem azbestu:
1)	rozległe zgrubienia opłucnej
2)	rozległe blaszki opłucnej lub osierdzia
3)	wysięk opłucnowy
5.	Przewlekłe obturacyjne zapalenie oskrzeli, które spowodowało trwałe upośledzenie sprawności wentylacyjnej płuc z obniżeniem natężonej objętości wydechowej pierwszo sekundowej (FEV1) poniżej 60 % wartości należnej, wywołane narażeniem na pyły lub gazy drażniące, jeżeli w ostatnich 10 latach pracy zawodowej co najmniej w 30 % przypadków stwierdzono na stanowisku pracy przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń
6.	Astma oskrzelowa
7.	Zewnętrzne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych: postać ostra i podostra, postać przewlekła
8.	Ostre uogólnione reakcje alergiczne
9.	Byssinoza
10.	Beryloza
11.	Choroby płuc wywołane pyłem metali twardych
12.	Alergiczny nieżyt nosa
13.	Zapalenie obrzękowe krtani o podłożu alergicznym
14.	Przedziurawienie przegrody nosa wywołane substancjami o działaniu żrącym lub drażniącym
15.	Przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym, trwającym co najmniej 15 lat:
1)	guzki głosowe twarde
2)	wtórne zmiany przerostowe fałdów głosowych
3)	niedowład mięśni wewnętrznych krtani z wrzecionowatą niedomykalnością fonacyjną głosu i trwałą dysfonią
16.	Choroby wywołane działaniem promieniowania jonizującego:
1)	ostra choroba popromienna uogólniona po napromieniowaniu całego ciała lub przeważającej jego części
2)	ostra choroba popromienna o charakterze zmian zapalnych lub zapalno-martwiczych skóry i tkanki podskórnej

WYKAZ CHOROÓB ZAWODOWYCH	
3)	przewlekłe popromienne zapalenie skóry
4)	przewlekłe uszkodzenie szpiku kostnego
5)	zaćma popromienna
17.	Nowotwory złośliwe powstałe w następstwie działania czynników występujących w środowisku pracy, uznanych za rakotwórcze u ludzi:
1)	rak płuca, rak oskrzela
2)	międzybłoniak opłucnej albo otrzewnej
3)	nowotwór układu krwiotwórczego
4)	nowotwór skóry
5)	nowotwór pęcherza moczowego
6)	nowotwór wątroby
7)	rak krtani
8)	nowotwór nosa i zatok przynosowych
9)	nowotwory wywołane działaniem promieniowania jonizującego z prawdopodobieństwem indukcji przekraczającym 10 %
18.	Choroby skóry:
1)	alergiczne kontaktowe zapalenie skóry
2)	kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia
3)	trądzik olejowy, smarowy lub chlorowy o rozległym charakterze
4)	drożdżakowe zapalenie skóry rąk u osób pracujących w warunkach sprzyjających rozwojowi drożdżaków chorobotwórczych
5)	grzybice skóry u osób stykających się z materiałem biologicznym pochodzącym od zwierząt
6)	pokrzywka kontaktowa
7)	fotodermatozy zawodowe
19.	Przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy:
1)	przewlekłe zapalenie ścięgna i jego pochewki
2)	przewlekłe zapalenie kaletki maziowej
3)	przewlekłe uszkodzenie tkanki u osób wykonujących pracę w pozycji klęczącej lub kucznej
4)	przewlekłe zapalenie okostawowe barku
5)	przewlekłe zapalenie nadkłykcia kości ramiennej
6)	zmęczeniowe złamanie kości.
20.	przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy:
1)	zespół cieśni w obrębie nadgarstka
2)	zespół rowka nerwu łokciowego
3)	zespół kanatu de Guyona
4)	uszkodzenie nerwu strzałkowego wspólnego u osób wykonujących pracę w pozycji kucznej

WYKAZ CHOROÓB ZAWODOWYCH	
21.	obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu typu ślimakowego lub czuciowonerwowego spowodowany hałasem, wyrażony podwyższeniem progu słuchu o wielkości co najmniej 45 dB w uchu lepiej słyszącym, obliczony jako średnia arytmetyczna dla częstotliwości audiometrycznych 1,2 i 3 kHz
22.	Zespół wibracyjny:
1)	postać naczyniowo-nerwowa
2)	postać kostno-stawowa
3)	postać mieszana: naczyniowo-nerwowa i kostno-stawowa.
23.	Choroby wywołane pracą w warunkach podwyższonego ciśnienia atmosferycznego:
1)	choroba dekompresyjna
2)	urazy ciśnieniowe
3)	następstwa oddychania mieszaninami gazowymi pod zwiększonym ciśnieniem.
24.	Choroby wywołane działaniem wysokich albo niskich temperatur otoczenia:

WYKAZ CHOROÓB ZAWODOWYCH	
1)	udar cieplny albo jego następstwa
2)	wyczerpanie cieplne albo jego następstwa
3)	odmroziny
25.	Choroby układu wzrokowego wywołane czynnikami fizycznymi, chemicznymi lub biologicznymi:
1)	alergiczne zapalenie spojówek
2)	ostre zapalenie spojówek wywołane promieniowaniem nadfioletowym
3)	epidemiczne wirusowe zapalenie spojówek lub rogówki
4)	zwyrodnienie rogówki wywołane czynnikami drażniącymi
5)	zaćma wywołana działaniem promieniowania podczerwonego lub długofalowego nadfioletowego
6)	centralne zmiany zwyrodnieniowe siatkówki i naczyńówki wywołane krótkofalowym promieniowaniem podczerwonym lub promieniowaniem widzialnym z obszaru widma niebieskiego
26.	Choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa.

KALECTWO UBEZPIECZONEGO – TABELA TRWAŁYCH USZCZERBKÓW NA ZDROWIU W WYNIKU WYPADKU

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
I	Uszkodzenia neurologiczne po urazach głowy:	
A	porażenie połowicze utrwalone – całkowita i nieodwracalna utrata władzy (funkcji) w 2 kończynach połowy ciała wskutek porażenia (0-1 w skali Lovetta) spowodowanego uszkodzeniem mózgu; trwałość porażenia ustala się na podstawie wyniku badania neurologa, przeprowadzonego po upływie 6 miesięcy od zajścia wypadku	100
B	niedowład połowiczy utrwalony – częściowa i nieodwracalna utrata władzy (funkcji) w 2 kończynach połowy ciała (2-3 w skali Lovetta) wskutek uszkodzenia mózgu; trwałość niedowładu ustala się na podstawie wyniku badania neurologa, przeprowadzonego po upływie 6 miesięcy od zajścia wypadku	40
C	utrata mowy – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy, potwierdzona specjalistycznym badaniem lekarza otolaryngologa lub neurologa; trwałość schorzenia ustala się na podstawie badania specjalistycznego, przeprowadzonego po upływie 6 miesięcy od zajścia wypadku	60
II	Uszkodzenia narządu wzroku, słuchu:	
A	utrata wzroku w jednym oku – całkowita i nieodwracalna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji); trwałość schorzenia ustala się na podstawie badania lekarza okulisty, przeprowadzonego po upływie 6 miesięcy od zajścia wypadku	30
B	utrata wzroku w obu oczach – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji); trwałość schorzenia ustala się na podstawie badania lekarza okulisty, przeprowadzonego po upływie 6 miesięcy od zajścia wypadku	100
C	utrata słuchu w jednym uchu – całkowita, nieodwracalna i nienaprawialna utrata słuchu w jednym uchu, potwierdzona specjalistycznym badaniem lekarza otolaryngologa i badaniem audiometrycznym; trwałość schorzenia ustala się na podstawie badania specjalistycznego, przeprowadzonego po upływie 6 miesięcy od zajścia wypadku	15
D	utrata słuchu obustronna – całkowita, nieodwracalna i nienaprawialna utrata słuchu w obu uszach, potwierdzona specjalistycznym badaniem lekarza otolaryngologa i badaniem audiometrycznym; trwałość schorzenia ustala się na podstawie badania specjalistycznego, przeprowadzonego po upływie 6 miesięcy od zajścia wypadku	60
III	Uszkodzenia klatki piersiowej:	
A	amputacja jednego płuca	30
B	amputacja całkowita jednej piersi	15
IV	Uszkodzenia jamy brzusznej i narządów moczowo-płciowych:	
A	utrata fizyczna śledziony	20
B	utrata fizyczna jednej nerki	20
C	częściowa amputacja prącia	15
D	całkowita amputacja prącia	40
E	utrata fizyczna jednego jądra lub jajnika	20
F	utrata fizyczna obu jąder lub jajników	40
G	utrata fizyczna macicy i pochwy	30
V	Uszkodzenia kręgosłupa / uszkodzenia rdzenia skutkujące poniższymi deficytami:	
A	porażenie całkowite utrwalone – całkowita i nieodwracalna utrata władzy (funkcji) czterech kończyn wskutek porażenia (0-1 w skali Lovetta) spowodowanego uszkodzeniem rdzenia; trwałość porażenia ustala się na podstawie wyniku badania neurologa, przeprowadzonego po upływie 6 miesięcy od zajścia wypadku	100

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
B	niedowład dużego stopnia utrwalony – głęboka i nieodwracalna utrata funkcji 4 kończyn (2-3 w skali Lovetta) wskutek uszkodzenia rdzenia; trwałość niedowładu ustala się na podstawie wyniku badania lekarza neurologa, przeprowadzonego po upływie 6 miesięcy od zajścia wypadku	80
C	porażenie całkowite obu kończyn dolnych utrwalone – całkowita i nieodwracalna utrata władzy (funkcji) obu kończyn dolnych wskutek porażenia (0-1 w skali Lovetta) spowodowanego uszkodzeniem rdzenia; trwałość porażenia ustala się na podstawie wyniku badania neurologa, przeprowadzonego po upływie 6 miesięcy od zajścia wypadku	90
D	niedowład obu kończyn dolnych, z możliwością poruszania się z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego	40
E	całkowita pourazowa utrata funkcji kończyny dolnej	40
F	porażenie całkowite obu kończyn górnych utrwalone – całkowita i nieodwracalna utrata władzy (funkcji) obu kończyn górnych wskutek porażenia (0-1 w skali Lovetta) spowodowanego uszkodzeniem rdzenia; trwałość porażenia ustala się na podstawie wyniku badania neurologa, przeprowadzonego po upływie 6 miesięcy od zajścia wypadku	100
G	niedowład obu kończyn górnych utrwalony – nieodwracalna utrata funkcji obu kończyn górnych (2-3 w skali Lovetta) wskutek uszkodzenia; trwałość niedowładu ustala się na podstawie wyniku badania neurologa, przeprowadzonego po upływie 6 miesięcy od zajścia wypadku	60
H	całkowita pourazowa utrata funkcji kończyny górnej	50
I	zaburzenia funkcji zwieraczy bez niedowładów (zespół stażka końcowego)	20
VI Uszkodzenia kończyn górnych		
A	amputacja kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym	70
B	amputacja kończyny wraz z łopatką	75
C	amputacja kończyny na poziomie ramienia	65
D	amputacja obu kończyn górnych na poziomie ramienia	90
E	amputacja w stawie łokciowym	60
F	amputacja kończyny w obrębie przedramienia	55
G	amputacja dłoni na poziomie nadgarstka	50
H	amputacja pięciu palców jednej ręki – wszystkich paliczków	50
I	amputacja kciuka – obu paliczków	15
J	amputacja palca wskazującego – wszystkich paliczków	12
K	amputacja innego palca (niż kciuk i palec wskazujący) – wszystkich paliczków	7
VII Uszkodzenia kończyn dolnych		
A	amputacja kończyny dolnej przez wyłuszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między- lub podkłętarzowej	80
B	amputacja obu kończyn dolnych przez wyłuszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między- lub podkłętarzowej	90
C	amputacja kończyny na poziomie uda	70
D	amputacja kończyny na poziomie kolana	65
E	amputacja kończyny w obrębie podudzia	60
F	amputacja stopy w obrębie śródstopia	25
G	amputacja stopy w stawie Lisfranca	35
H	amputacja stopy w stawie Choparta	40
I	amputacja stopy w całości	50
J	amputacja obu stóp	70
K	amputacja całego palucha – obu paliczków	12

SKALA LOVETTA

0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej

1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej

2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 20% prawidłowej siły mięśniowej

3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej

4° – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej

5° – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej

TABELA TRWAŁYCH USZCZERBKÓW NA ZDROWIU – ZAKRES DLA ŚWIADCZEŃ PROPORCJONALNYCH I PROGRESYWNYCH

Punkt	Pozycja (Kod uszczerbku)	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
A			
1		PORAŻENIA I NIEDOWŁADY PO URAZACH WEWNĄTRZCZASZKOWYCH	
	001	Porażenie lub głęboki niedowład połowiczny, porażenie lub głęboki niedowład obu kończyn dolnych, uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie (0°-2° wg Lovetta)	100%
	002	Umiarkowany niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych (3° wg Lovetta)	60%
	003	Niewielki niedowład połowiczny 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 LOVETTA: 0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej 1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej 2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 20% prawidłowej siły mięśniowej 3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej 4° – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej 5° – 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 rzadkimi napadami poniżej 2 miesięcznie	10%
		Podstawę rozpoznania padaczki są: napady padaczkowe, 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%
	022	Encefalopatia pourazowa z niewielkimi zmianami otępiennymi lub niewielkim deficytem neurologicznym	25%

Punkt	Pozycja (Kod uszczerbku)	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
		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, NADCIŻYNNOŚĆ 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, BŁOCKOWEGO, 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 (oba nerwy) – 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%

Punkt	Pozycja (Kod uszczerbku)	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
	048	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu promieniowego powyżej odejścia gałęzi do mięśnia trójętowego ramienia	30%
	049	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu promieniowego poniżej odejścia gałęzi do mięśnia trójętowego 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 zastónowego	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. Uwaga: w przypadku współistniejących uszkodzeń nerwów, przy ocenie stopnia uszczerbku z pozycji 272-309 uwzględnia się połowę wartości uszczerbku przewidzianej za uszkodzenie nerwów całkowite lub częściowe w pkt. 14.			
B			
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%

Punkt	Pozycja (Kod uszczerbku)	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
C			
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 albo 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 być 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 cm2 – 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%

Punkt	Pozycja (Kod uszczerbku)	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku																																																																																																																																																
D																																																																																																																																																			
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																																																																																																																																																	
		<table><tr><td> Oko prawe Oko lewe </td><td>1,0</td><td>0,9</td><td>0,8</td><td>0,7</td><td>0,6</td><td>0,5</td><td>0,4</td><td>0,3</td><td>0,2</td><td>0,1</td><td>0</td></tr><tr><td>1,0</td><td>0%</td><td>2,5%</td><td>5%</td><td>7,5%</td><td>10%</td><td>12,5%</td><td>15%</td><td>20%</td><td>25%</td><td>30%</td><td>35%</td></tr><tr><td>0,9</td><td>2,5%</td><td>5%</td><td>7,5%</td><td>10%</td><td>12,5%</td><td>15%</td><td>20%</td><td>25%</td><td>30%</td><td>35%</td><td>40%</td></tr><tr><td>0,8</td><td>5%</td><td>7,5%</td><td>10%</td><td>12,5%</td><td>15%</td><td>20%</td><td>25%</td><td>30%</td><td>35%</td><td>40%</td><td>45%</td></tr><tr><td>0,7</td><td>7,5%</td><td>10%</td><td>12,5%</td><td>15%</td><td>20%</td><td>25%</td><td>30%</td><td>35%</td><td>40%</td><td>45%</td><td>50%</td></tr><tr><td>0,6</td><td>10%</td><td>12,5%</td><td>15%</td><td>20%</td><td>25%</td><td>30%</td><td>35%</td><td>40%</td><td>45%</td><td>50%</td><td>55%</td></tr><tr><td>0,5</td><td>12,5%</td><td>15%</td><td>20%</td><td>25%</td><td>30%</td><td>35%</td><td>40%</td><td>45%</td><td>50%</td><td>55%</td><td>60%</td></tr><tr><td>0,4</td><td>15%</td><td>20%</td><td>25%</td><td>30%</td><td>35%</td><td>40%</td><td>45%</td><td>50%</td><td>55%</td><td>60%</td><td>65%</td></tr><tr><td>0,3</td><td>20%</td><td>25%</td><td>30%</td><td>35%</td><td>40%</td><td>45%</td><td>50%</td><td>55%</td><td>60%</td><td>65%</td><td>70%</td></tr><tr><td>0,2</td><td>25%</td><td>30%</td><td>35%</td><td>40%</td><td>45%</td><td>50%</td><td>55%</td><td>60%</td><td>65%</td><td>70%</td><td>80%</td></tr><tr><td>0,1</td><td>30%</td><td>35%</td><td>40%</td><td>45%</td><td>50%</td><td>55%</td><td>60%</td><td>65%</td><td>70%</td><td>80%</td><td>90%</td></tr><tr><td>0</td><td>35%</td><td>40%</td><td>45%</td><td>50%</td><td>55%</td><td>60%</td><td>65%</td><td>70%</td><td>80%</td><td>90%</td><td>100%</td></tr></table>	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%	
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 szklami zarówno w przypadku zmętnienia rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzeń siatkówki lub nerwu wzrokowego. Dwojenie wymagające podczas pracy zastąpienia 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, DRAŻĄCYCH, 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																																																																																																																																																	
		<table><tr><td>Zwężenie do stopni</td><td>przy nienaruszonym drugim oku</td><td>w obojgu oczach</td><td>przy całkowitej utracie widzenia w drugim oku</td></tr><tr><td>60</td><td>0%</td><td>0%</td><td>35%</td></tr><tr><td>50</td><td>5%</td><td>10%</td><td>45%</td></tr><tr><td>40</td><td>10%</td><td>20%</td><td>55%</td></tr><tr><td>30</td><td>15%</td><td>40%</td><td>65%</td></tr><tr><td>20</td><td>20%</td><td>60%</td><td>75%</td></tr><tr><td>10</td><td>25%</td><td>75%</td><td>85%</td></tr><tr><td>poniżej 10</td><td>35%</td><td>90%</td><td>100%</td></tr></table>	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%																																																																																																																	
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%																																																																																																																																																

Punkt	Pozycja (Kod uszczerbku)	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku																																				
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 z poz. 097 i pola widzenia z poz. 102																																				
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																																							
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, szумы uszne – bez upośledzenia słuchu	3%																																				
37		USZKODZENIE UCHA WEWNĘTRZNEGO																																					
	122	Uszkodzenie części słuchowej ucha wewnętrznego	Ocena wg tabeli upośledzenia słuchu z poz. 126																																				
	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																																							
<table><tr><th></th><th>ucho prawe</th><th>0 – 25 dB</th><th>26 – 40 dB</th><th>41 – 70 dB</th><th>powyżej 70 dB</th></tr><tr><th>ucho lewe</th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th></tr><tr><td>0 – 25 dB</td><td></td><td>0%</td><td>5%</td><td>10%</td><td>20%</td></tr><tr><td>26 – 40 dB</td><td></td><td>5%</td><td>15%</td><td>20%</td><td>30%</td></tr><tr><td>41 – 70 dB</td><td></td><td>10%</td><td>20%</td><td>30%</td><td>40%</td></tr><tr><td>powyżej 70 dB</td><td></td><td>20%</td><td>30%</td><td>40%</td><td>50%</td></tr></table>					ucho prawe	0 – 25 dB	26 – 40 dB	41 – 70 dB	powyżej 70 dB	ucho lewe						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%
	ucho prawe	0 – 25 dB	26 – 40 dB	41 – 70 dB	powyżej 70 dB																																		
ucho lewe																																							
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.																																							

Punkt	Pozycja (Kod uszczerbku)	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
F			
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 PRZĘŁYKU	
	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			
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	

Punkt	Pozycja (Kod uszczerbku)	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
	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 PRZEONOWE	
	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	
		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 jakiegokolwiek 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. Fracja wyrzutowa jest zwykle wyrażana w procentach jako stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Fracja wyrzutowa określa zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności serca.	
H			
50		USZKODZENIE POWŁOK JAMY BRZUSZNEJ	
	168	Przetoki skórne, przewlekłe powikłania ropne, znaczne ubytki skórne i mięśniowe	10%
51		USZKODZENIA ŻOŁĄDKA, JELITA, SIECI, KREZKI	
	169	Uszkodzenie bez trwałych zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	5%

Punkt	Pozycja (Kod uszczerbku)	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku																																			
	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 trwałych 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																																				
		<table> <tr> <th rowspan="2">Badany parametr</th><th colspan="3">Punkty</th></tr> <tr> <th>1</th><th>2</th><th>3</th></tr> <tr> <td>Albumina (g/dl) w surowicy</td><td>Powyżej 3,5</td><td>3,5-2,8</td><td>Poniżej 2,8</td></tr> <tr> <td>Bilirubina w surowicy (mg/d)</td><td>Poniżej 2</td><td>2-3</td><td>Powyżej 3</td></tr> <tr> <td>Czas protrombinowy (sek. powyżej normy)</td><td>Do 4</td><td>4-6</td><td>Powyżej 6</td></tr> <tr> <td>Wodobrzusze</td><td>Brak</td><td>+</td><td>++</td></tr> <tr> <td>Encefalopatia</td><td>Brak</td><td>I st.-II st.</td><td>III st.-IV st.</td></tr> <tr> <td>Suma punktów</td><td>5-6</td><td>7-9</td><td>10-15</td></tr> <tr> <td>Grupa</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td></tr> </table>	Badany parametr	Punkty			1	2	3	Albumina (g/dl) w surowicy	Powyżej 3,5	3,5-2,8	Poniżej 2,8	Bilirubina w surowicy (mg/d)	Poniżej 2	2-3	Powyżej 3	Czas protrombinowy (sek. powyżej normy)	Do 4	4-6	Powyżej 6	Wodobrzusze	Brak	+	++	Encefalopatia	Brak	I st.-II st.	III st.-IV st.	Suma punktów	5-6	7-9	10-15	Grupa	A	B	C	
Badany parametr	Punkty																																					
	1	2	3																																			
Albumina (g/dl) w surowicy	Powyżej 3,5	3,5-2,8	Poniżej 2,8																																			
Bilirubina w surowicy (mg/d)	Poniżej 2	2-3	Powyżej 3																																			
Czas protrombinowy (sek. powyżej normy)	Do 4	4-6	Powyżej 6																																			
Wodobrzusze	Brak	+	++																																			
Encefalopatia	Brak	I st.-II st.	III st.-IV st.																																			
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																																				

Punkt	Pozycja (Kod uszczerbku)	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
	196	Uszkodzenia dużych naczyń jamy brzusznej i miednicy leczone operacyjnie	10%
I			
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			
68		USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA SZYJNEGO	
	222	Skręcenie, stłuczenie kręgosłupa szyjnego – wygojone z niewielką dysfunkcją	3%

Punkt	Pozycja (Kod uszczerbku)	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
	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 zeszczywnieniem 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 zeszczywnieniem 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 zeszczywnieniem, 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 orzeczanego 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%

Punkt	Pozycja (Kod uszczerbku)	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
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 kręgosłupa), 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			
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 zeszywnienie stawu barkowego: ustawienie czynnościowo korzystne	30%
276		Całkowite zeszywnienie 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%

Punkt	Pozycja (Kod uszczerbku)	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
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, zwłknięcie stawu – wygojone z ograniczeniem ruchomości stawu do 1/3 normy	5%
	291	Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej, zwłknięcie 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, zwłknięcie stawu – wygojone z ograniczeniem ruchomości powyżej 2/3 normy	20%
	293	Całkowite zeszywnienie 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 rzepekomy – 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, zwłknięcia kości nadgarstka – z ograniczeniem ruchomości do 1/3 zakresu normy	5%
	307	Złamania, zwłknięcia kości nadgarstka – z ograniczeniem ruchomości od 1/3 do 2/3 zakresu normy	10%
	308	Złamania, zwłknięcia kości nadgarstka – z ograniczeniem ruchomości powyżej 2/3 zakresu normy	20%
	309	Całkowite zeszywnienie 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.	

Punkt	Pozycja (Kod uszczerbku)	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
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	Złamanie i zwichnięcia I kości śródręcza – bez przemieszczenia lub ograniczenia ruchomości kciuka	3%
	319	Złamanie 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 palec	1,5%
	328	Złamanie jednego paliczka palca wskazującego wygojone z przemieszczeniem i trwałym ograniczeniem ruchomości – za każdy palec	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 palec	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 palec	3%
	339	Utrata palców III, IV lub V z kością śródręcza	12%
	340	Złamanie paliczka palca III, IV, V – za każdy palec	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 granicząca 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%.	

Punkt	Pozycja (Kod uszczerbku)	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
L			
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 i statyki	10%
	350	Złamanie w odcinku przednim i tylnym miednicy (typ Malgaigne'a) – z zaburzeniami chodu i statyki	20%
	351	Złamanie izolowane – talerz biodrowy, kołec 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			
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 zeszytnienie 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 wyluszczenie 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%.	

Punkt	Pozycja (Kod uszczerbku)	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
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 zeszczywnienie 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 tkanki	2%
	385	Całkowite uszkodzenie tkanki	5%
	386	Inne skutki urazów stawu kolanowego – nawracające stany zapalne, ropne, troficzne, chondromalacja	2%
	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 wiktająca 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, skokowej lub innej kości stępu bez przemieszczeń – wygojone bez istotnych zaburzeń funkcji	3%

Punkt	Pozycja (Kod uszczerbku)	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
	404	Złamanie kości piętowej, skokowej lub innej kości stępu z przemieszczeniami, zniekształceniem, ograniczeniem ruchomości – niewielkiego stopnia	5%
	405	Złamanie kości piętowej, skokowej lub innej kości stępu z przemieszczeniami, zniekształceniem, ograniczeniem ruchomości – średniego stopnia	10%
	406	Złamanie kości piętowej, skokowej lub innej 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	2%
	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%
	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			
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 od 0,5 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%

Punkt	Pozycja (Kod uszczerbku)	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
	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			
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 6 miesięcy 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%

TABELA TRWAŁYCH USZCZERBKÓW NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
1. PORAŻENIA I NIEDOWŁADY POCHODZENIA MÓZGOWEGO (UWZGLĘDNIAJĄC SKALĘ LOVETTA):		
a.	porażenie połowicze lub porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie (0-1° według skali Lovetta)	100
b.	głęboki niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych znacznie utrudniający sprawność kończyn (2° do 3° według skali Lovetta)	60-80
c.	średniego stopnia niedowład połowiczy lub niedowład obu kończyn dolnych (3°-4° według skali Lovetta)	40-60
d.	nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych (4° lub 4/5° według skali Lovetta), dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostatecznej precyzji ruchów	5-40
e.	porażenie kończyny górnej (0-1° według skali Lovetta) z niedowładem kończyny dolnej (3-4° według skali Lovetta)	prawej: 70-90 lewej: 60-80
f.	niedowład kończyny górnej (3-4° według skali Lovetta) z porażeniem kończyny dolnej (0-1° według skali Lovetta)	prawej: 70-90 lewej: 60-80
g.	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (0-1° według skali Lovetta)	prawej: 50-60 lewej: 40-50
h.	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (2°-2/3° według skali Lovetta)	prawej: 30-50 lewej: 20-40
i.	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (3-4° według skali Lovetta)	prawej: 10-30 lewej: 5-20
j.	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (0-1° według skali Lovetta)	40-50
k.	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (2-2/3° według skali Lovetta)	25-40
l.	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (3-3/4° według skali Lovetta)	15-25
ł.	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (4-4/5° według skali Lovetta)	5-15
UWAGA: W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego oceniamy dodatkowo procent uszczerbku według punktu 5 niniejszej tabeli uwzględniając, że całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi należy oceniać według punktu od 1 j do 1 ł niniejszej tabeli oddzielnie dla każdej kończyny.		
SKALA LOVETTA 0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej, 1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej, 2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 20% prawidłowej siły mięśniowej, 3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej, 4° – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej 5° – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej		
2. ZESPOŁY POZAPIRAMIDOWE:		
a.	utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100
b.	znacznego stopnia zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju i samoobstugę, nie wymagający opieki osób trzecich	41-70
c.	średniego stopnia zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju i samoobstugę, nie wymagający opieki osób trzecich	21-40
d.	nieznacznego stopnia zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju i samoobstugę, nie wymagający opieki osób trzecich	11-20
e.	zaznaczony zespół pozapiramidowy	5-10
3. ZABURZENIA RÓWNOWAGI I ZABURZENIA SPRAWNOŚCI RUCHOWEJ (ATAKSJA, DYSMETRIA) POCHODZENIA CENTRALNEGO, ZESPOŁY MÓZDŻKOWE:		
a.	uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100
b.	utrudniające w dużym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	41-80
c.	utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	11-40
d.	utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową, dyskretnie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	1-10

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
4.	PADACZKA (LECZONA) JAKO IZOLOWANE NASTĘPSTWO USZKODZENIA MÓZGU:	
a.	padaczka z zaburzeniami psychicznymi, charakteropatią, otępieniem uniemożliwiająca samodzielną egzystencję	71-100
b.	padaczka z rzadkimi napadami, ale ze zmianami otępiennymi znacznie utrudniającą samodzielne funkcjonowanie	50-70
c.	padaczka z bardzo częstymi napadami uogólnionymi – 3 napady w tygodniu i więcej	31-40
d.	padaczka z napadami uogólnionymi – powyżej 2 na miesiąc, a poniżej 3 napadów w tygodniu	21-30
e.	padaczka z napadami uogólnionymi – 2 i mniej na miesiąc	11-20
f.	padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	1-10
UWAGA: Podstawą rozpoznania padaczki są: napady padaczkowe, zmiany w zapisie EEG z cechami charakterystycznymi dla tej choroby, dokumentacja leczenia neurologicznego z badaniami TK/MR		
5.	ZABURZENIA MOWY:	
a.	afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agramią i aleksją	100
b.	afazja całkowita motoryczna	60
c.	afazja w znacznym stopniu utrudniająca porozumiewanie się	41-59
d.	afazja w umiarkowanym i niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	21-40
e.	afazja nieznacznego stopnia, afazja amnestyczna, dyskretne zaburzenia mowy, dysfazja	10-20
6.	POURAZOWE ZESPOŁY PODWZGÓRZOWE I INNE UTRWALONE ZABURZENIA WEWNĄTRZYDZIELNICZE Z POTWIERDZONYM POCHODZENIEM OŚRODKOWYM (MOCZÓWKA PROSTA, CUKRZYCA, NADCIŻYNNOŚĆ TARCZYCY ITP.):	
a.	znacznie upośledzające czynność ustroju	31-50
b.	nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20-30
7.	USZKODZENIE CZĘŚCIOWE LUB CAŁKOWITE NERWÓW RUCHOWYCH GAŁKI OCZNEJ (NERWY: OKORUCHOWY, BLOCZKOWY, ODWODZĄCY):	
a.	z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	21-30
b.	z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	11-20
c.	z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	5-10
d.	zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	1-10
8.	USZKODZENIE CZĘŚCIOWE LUB CAŁKOWITE NERWU TRÓJDZIELNEGO – W ZALEŻNOŚCI OD STOPNIA USZKODZENIA:	
a.	czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)	1-10
b.	ruchowe	1-10
c.	czuciowo-ruchowe	2-20
9.	USZKODZENIE NERWU TWARZOWEGO:	
a.	izolowane uszkodzenie centralne	2-10
UWAGA: Uszkodzenie centralne nerwu twarzowego lub innych nerwów czaszkowych współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu oceniamy według punktu 1 niniejszej tabeli.		
10.	UTRWALONE USZKODZENIE CZĘŚCIOWE LUB CAŁKOWITE NERWÓW JĘZYKOWO-GARDŁOWEGO I BŁĘDNIEGO – W ZALEŻNOŚCI OD STOPNIA ZABURZEŃ MOWY, POŁYKANIA, ODDECHU, KRĄŻENIA I FUNKCJI PRZEWODU POKARMOWEGO:	
a.	dużego stopnia	26-50
b.	średniego stopnia	11-25
c.	niewielkiego stopnia	5-10
11.	USZKODZENIE CZĘŚCIOWE LUB CAŁKOWITE NERWU DODATKOWEGO – W ZALEŻNOŚCI OD STOPNIA USZKODZENIA	3-15
12.	USZKODZENIE CZĘŚCIOWE LUB CAŁKOWITE NERWU PODJĘZYKOWEGO – W ZALEŻNOŚCI OD STOPNIA USZKODZENIA	5-20
13.	USZKODZENIE SERCA LUB OSIERDZIA:	
a.	Uszkodzenie serca z zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory (LVEF >= 55%)	5-10
b.	Uszkodzenie serca z łagodnie zmniejszoną frakcją wyrzutową lewej komory (LVEF 50-54%)	11-15

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
c.	Uszkodzenie serca z umiarkowaną zmniejszoną frakcją wyrzutową lewej komory (LVEF 40-49%)	16-30
d.	Uszkodzenie serca z istotnie zmniejszoną frakcją wyrzutową lewej komory (LVEF 30-39%)	31-50
e.	Uszkodzenie serca z upośledzoną frakcją wyrzutową lewej komory (LVEF <30%)	51-80

Stopień uszczerbku z tytułu przebytego zawału serca oceniamy na podstawie badania klinicznego oraz badania ECHO serca wykonanych po okresie 3 miesięcy od zawału serca

DEFINICJA LVEF (ang. left ventricle ejection fraction) – FRAKCJA WYRZUTOWA LEWEJ KOMORY:

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.

TABELA USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA

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

RODZAJ USZCZERBKU NA ZDROWIU		Procent uszczerbku na zdrowiu
3)	uraz stawu kolanowego	5
4)	uraz stawu skokowego	3
5)	uraz stawu barkowego	7
6)	uraz stawu łokciowego	3
7)	uraz stawu nadgarstkowego	3
8)	uraz stawu w obrębie śródreżca i palców dłoni (maksymalnie za wiele urazów w obrębie śródreżca i palców dłoni – 5%)	1 (max. 5)
9.	Uszkodzenia jamy brzusznej i narządów moczowo-płciowych	
1)	utrata fizyczna śledziony	15
2)	utrata fizyczna jednej nerki	20
3)	częściowa amputacja prącia	10
4)	całkowita amputacja prącia	30
5)	utrata fizyczna jednego jądra lub jajnika	10
6)	utrata fizyczna obu jąder lub jajników	30
7)	utrata fizyczna macicy i pochwy	30
10.	Uszkodzenia kończyn górnych	
1)	złamanie łopatki	4
2)	złamanie obojczyka	4
3)	amputacja kończyny w stawie ramiennieo-łopatkowym	70
4)	amputacja kończyny wraz z łopatką	75
5)	złamanie trzonu kości ramiennej	10
6)	amputacja kończyny na poziomie ramienia	65
7)	amputacja obu kończyn górnych na poziomie ramienia	90
8)	złamania dalszej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej	7
9)	amputacja w stawie łokciowym	60
10)	złamania dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia	8
11)	złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia	7
12)	amputacja kończyny w obrębie przedramienia lub nadgarstka	50
13)	złamania nadgarstka	5
14)	amputacja dłoni na poziomie nadgarstka	50
15)	złamania pojedynczej kości śródreżca	3
16)	złamania kości śródreżca – trzech lub więcej	8
17)	amputacja w zakresie kciuka (z wyjątkiem częściowej utraty opuszki)	5
18)	amputacja paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawnego lub obu paliczków	15
19)	złamania kciuka	3
20)	amputacja fragmentu opuszki palca	1
21)	amputacja w obrębie paliczka palca wskazującego (z wyjątkiem częściowej utraty opuszki)	4
22)	amputacja paliczka paznokciowego i/lub paliczka środkowego	7
23)	amputacja trzech paliczków	10
24)	złamania palca wskazującego	3
25)	amputacja dwóch lub trzech paliczków w zakresie palców III, IV lub V	5
26)	złamania w obrębie jednego palca dłoni w zakresie palca III, IV lub V	2
27)	złamania w obrębie dwóch lub trzech palców jednej dłoni w zakresie palców III, IV lub V	4

RODZAJ USZCZERBKU NA ZDROWIU		Procent uszczerbku na zdrowiu
28)	złamania w obrębie dwóch lub trzech palców jednej dłoni w zakresie palców III, IV lub V, przy jednoczesnym złamaniu w obrębie palca wskazującego	6
29)	amputacja pięciu palców jednej ręki	40
11.	Uszkodzenia kończyn dolnych	
1)	złamania bliższego końca kości udowej (złamania szyjki, złamania przez- i podkrętarzowe, złamania krętarzy)	15
2)	amputacja kończyny dolnej przez wytuszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między- lub podkrętarzowej	75
3)	amputacja obu kończyn dolnych przez wytuszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między- lub podkrętarzowej	90
4)	złamania kości udowej	15
5)	amputacja kończyny na poziomie uda	55
6)	złamania nasad tworzących staw kolanowy i rzepki	10
7)	amputacja kończyny na poziomie kolana	50
8)	złamania jednej lub obu kości podudzia	10
9)	amputacja kończyny w obrębie podudzia	45
10)	złamania w obrębie stawu skokowo-goleniowego lub stawu skokowo-piętowego	5
11)	złamania kości skokowej lub piętowej	5
12)	złamania kości stępu	4
13)	złamania jednej lub dwóch kości śródstopia (za każdą kość)	2
14)	złamania trzech i więcej kości śródstopia	5
15)	amputacja stopy w obrębie śródstopia	20
16)	amputacja stopy w stawie Lisfranca	25
17)	amputacja stopy w stawie Choparta	30
18)	amputacja stopy w całości	35
19)	amputacja obu stóp	70
20)	amputacja w obrębie paliczka paznokciowego i utrata całego paliczka	3
21)	amputacja całego palucha	8
22)	złamania palucha	2
23)	amputacja w zakresie palców stopy II, III, IV lub V (za każdy palec)	3
24)	złamania w obrębie jednego palca stopy w zakresie palca II, III, IV lub V	1,5
25)	złamania w obrębie dwóch lub więcej palców jednej stopy w zakresie palców II, III, IV lub V	3
26)	złamania w obrębie dwóch lub więcej palców jednej stopy w zakresie palców II, III, IV lub V, przy jednoczesnym złamaniu w obrębie palucha	4
12.	Utrata lub złamanie zęba stałego	
1)	siekaczy i kłów (za każdy ząb)	1,5
2)	pozostałych zębów (za każdy ząb)	1
13.	Urazowa utrata zęba mlecznego	1
14.	Rana cięta, szarpana lub miażdżona	
1)	w obrębie twarzy, szyi, dłoni	2
2)	w obrębie pozostałych części ciała	1
15.	Wstrząśnienie mózgu	4
16.	Oparzenia	
1)	II stopnia (< 2% powierzchni ciała)	2
2)	II stopnia (2-14% powierzchni ciała)	4
3)	II stopnia (15-30% powierzchni ciała)	7

RODZAJ USZCZERBKU NA ZDROWIU		Procent uszczerbku na zdrowiu
4)	II stopnia (> 30% powierzchni ciała)	30
5)	III stopnia (<5% powierzchni ciała)	4
6)	III stopnia (5-15% powierzchni ciała)	7
7)	III stopnia (>15% powierzchni ciała)	30
8)	dróg oddechowych leczone w warunkach szpitalnych	10
17.	Odmrożenia co najmniej II stopnia:	
1)	palca dłoni lub stopy	1
2)	nosa lub ucha	3
3)	więcej niż jednego palca dłoni lub stopy	4

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ Z UMOWY

OPODATKOWANIE KWOT OTRZYMANYCH Z TYTUŁU UBEZPIECZEŃ MAJĄTKOWYCH I OSOBOWYCH

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

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

Przychody z tytułu udziału w funduszach kapitałowych (w myśl art. 17 ust. 1 pkt 5 ustawy o PIT) są przychodami z kapitałów pieniężnych. Zgodnie z art. 30b ust. 1 pkt 5 ustawy o PIT, dochód z tytułu udziału w funduszach kapitałowych podlega opodatkowaniu 19% podatkiem dochodowym, który deklarowany i opłacany jest przez podatnika na zasadzie samoobliczenia. Na podstawie art. 24 ust. 15 ustawy o PIT dochodem z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia zawartą na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej, w przypadku ubezpieczeń związanych z funduszami kapitałowymi, jest różnica między wypłaconą kwotą świadczenia a sumą składek wpłaconych do zakładu ubezpieczeń, które zostały przekazane na fundusz kapitałowy. Dochód, o którym mowa powyżej, w rocznej deklaracji podatkowej, podatnik pomniejsza o straty z tytułu udziału w funduszach kapitałowych oraz inne straty z kapitałów pieniężnych i praw majątkowych, poniesione w roku podatkowym oraz na zasadach określonych w art. 9 ust. 3 ustawy o PIT – o straty poniesione w latach poprzednich.

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

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

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

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

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

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

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

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU USTAWY O PODATKU OD SPADKÓW I DAROWIZN

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

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

EGZEKUCJA SĄDOWA ŚWIADCZEŃ I ODSZKODOWAŃ

Zgodnie z art. 831 § 1 pkt 5 kodeksu postępowania cywilnego nie podlegają egzekucji świadczenia z tytułu ubezpieczeń osobowych oraz odszkodowania z ubezpieczeń majątkowych, w granicach określonych w drodze rozporządzenia przez Ministrów Finansów i Sprawiedliwości. Stosownie do § 1 i 2 rozporządzenia Ministrów Finansów i Sprawiedliwości z dnia 4 lipca 1986 r. w sprawie określenia granic, w jakich świadczenia z ubezpieczeń osobowych i odszkodowania z ubezpieczeń majątkowych nie podlegają egzekucji sądowej, świadczenia pieniężne z tytułu ubezpieczeń osobowych i odszkodowania z tytułu ubezpieczeń majątkowych nie podlegają egzekucji sądowej w trzech czwartych częściach tych świadczeń i odszkodowań. Ograniczenia egzekucji nie dotyczą egzekucji mającej na celu zaspokojenie roszczeń alimentacyjnych oraz składki należnej zakładowi ubezpieczeń z tytułu ubezpieczeń osobowych i majątkowych.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA JAKO KOSZT UZYSKANIA PRZYCHODU

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

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA JAKO PRZYCHÓD PRACOWNIKA

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

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

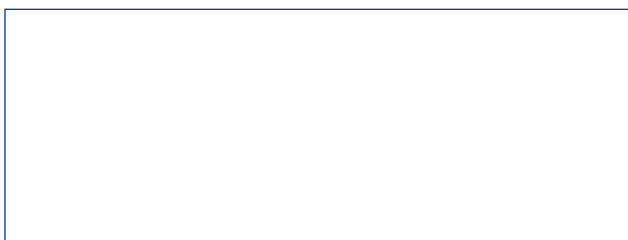
[illegible]

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