

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Allianz Rodzina

Indeks GZ13



Dołączamy do usługi e-Doręczenia

Szanowni Państwo,

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

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

AE:PL-73604-64978-TAJBC-22

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

Z wyrazami szacunku

Allianz

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ALLIANZ RODZINA

W tabeli wskazujemy istotne informacje o ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Pojęcia zdefiniowane w o.w.u., mają znaczenie nadane im w o.w.u. Ilekroć w tabeli poniżej wskazujemy na postanowienie, w którego treści odwołujemy się do pojęć zdefiniowanych w §97 o.w.u. (pojęcia zdefiniowane są wyróżnione w treści o.w.u. pogrubionym drukiem), to każdorazowo dane postanowienie należy odczytywać łącznie z brzmieniem definicji pojęcia mającego zastosowanie do danego świadczenia.

NAZWA ŚWIADCZENIA	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA	
	Przesłanki wypłaty świadczeń	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia
Śmierć Ubezpieczonego	§2 ust. 1; §79; §80; §81; §97	§2 ust. 2 i 3; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §81 ust. 2; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku oraz assistance pogrzebo- wy w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub człon- ka rodziny w następstwie wypadku	§3 ust. 1, 3, 5; Tabela nr 1; Tabela nr 2; §79; §80; §81; §97	§3 ust. 7-11; łączne wysokości limitów wskazane w Tabeli nr 1 i Tabeli nr 2; §68 ust. 1 i 3; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §81 ust. 2; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy	§4 ust. 1; §79; §80; §81; §97	§4 ust. 3; §68 ust. 1 i 3; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §81 ust. 2; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	§5 ust. 1; §79; §80; §81; §97	§5 ust. 3; §68 ust. 1 i 3; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §81 ust. 2; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy	§6 ust. 1; §79; §80; §81; §97	§6 ust. 3; §68 ust. 1 i 3; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §81 ust. 2; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	§7 ust. 1; §79; §80; §81; §97	§7 ust. 3-5; §68; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §81 ust. 2; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97

Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	§8 ust. 1 i 3; Tabela nr 3; §79; §80; §97; postanowienia oznaczone literą A w Załączniku nr 1 w części „Zakres optymalny” lub „Zakres rozszerzony”	§8 ust. 4-15; zakres terytorialny, maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania i wysokości limitów wskazane w Tabeli nr 3; §68; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97; postanowienia oznaczone literą B w Załączniku nr 1 w części „Zakres optymalny” lub „Zakres rozszerzony”
Wystąpienie u Ubezpieczonego wczesnej postaci nowotworu	§9 ust. 1-4; §79; §80; §97	§9 ust. 5-8; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Assistance onkologiczny	§10 ust. 1, 4-6, 8, 13, Tabela nr 4, Tabela nr 5; Tabela nr 6, §79; §80; §97	§10 ust. 2-3, 7-13; maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania i wysokości limitów wskazane w Tabeli nr 4; wysokości limitów wskazane w Tabeli nr 5; Tabela nr 5: 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 6; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Powtórna opinia medyczna	§11 ust. 1 i 2; §79; §80; §97; postanowienia oznaczone literą A w Załączniku nr 3	§11 ust. 3-8; §68 ust. 1 i 2; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97; postanowienia oznaczone literą B w Załączniku nr 3
Zakażenie Ubezpieczonego wirusem HIV w następstwie wypadku przy pracy, pomimo przejścia leczenia antyretrowirusowego	§12 ust. 1; §79; §80; §97	§12 ust. 3 i 4; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Zakażenie Ubezpieczonego wirusem zapalenia wątroby typu B lub C w następstwie wypadku przy pracy	§13 ust. 1; §79; §80; §97	§13 ust. 3 i 4; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97

Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu	§14 ust. 1, 3-4; §79; §80; §97	§14 ust. 2-3, 5-9; §68; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku	§15 ust. 1, 3-4; §79; §80; §97	§15 ust. 2-3, 5-8; §68 ust. 1 i 3; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM	§16 ust. 1, 3-4; §79; §80; §97	§16 ust. 2-3, 5-6; §68; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku przy pracy	§17 ust. 1, 3-4; §79; §80; §97	§17 ust. 2-3, 5-8; §68 ust. 1 i 3; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego	§18 ust. 1, 3-4; §79; §80; §97	§18 ust. 2-3, 5-7; §68 ust. 1 i 3; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy	§19 ust. 1, 3-4; §79; §80; §97	§19 ust. 2-3, 5-7; §68 ust. 1 i 3; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu	§20 ust. 1, 3-4; §79; §80; §97	§20 ust. 2-3, 5-8; §68; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym po pobycie w szpitalu w następstwie wypadku, ostrego zawału serca, udaru mózgu lub z powodu zabiegu operacyjnego	§21 ust. 1 i 3; §79; §80; §97	§21 ust. 2-3, 5-11; §68; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Koszty leków po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	§22 ust. 1; §79; §80; §97	§22 ust. 3-6; §68; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu	§23 ust. 1; §79; §80; §97	§23 ust. 2-5; §68; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Pobyt w sanatorium po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	§24 ust. 1; §79; §80; §97	§24 ust. 2-5; §68; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Leczenie Ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia	§25 ust. 1; §79; §80; §97; Załącznik nr 4	§25 ust. 1-6; §68; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97

Zabiegi operacyjne Ubezpieczonego	§26 ust. 1 i 2; §79; §80; §97; Załącznik nr 5	§26 ust. 3-8; §68; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97; Załącznik nr 5: pkt V ppkt 2, pkt VI ppkt 2, pkt VIII ppkt 1, pkt XIII ppkt 1, pkt XV ppkt 1
Wystąpienie u Ubezpieczonego powikłań pooperacyjnych	§27 ust. 1 i 2; §79; §80; §97; Załącznik nr 6	§27 ust. 3-6; §68; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	§28 ust. 1 i 2; Tabela nr 7; §79; §80; §97	§28 ust. 3-10; §68; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Kardiologiczne leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	§29 ust. 1; §79; §80; §97	§29 ust. 3-7; §68; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Teleopieka kardiologiczna	§30 ust. 1-2, 4-6; §79; §80; §97; Załącznik nr 7	§30 ust. 3, 8-11; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Leczenie przewlekłej choroby narządu mowy lub słuchu Ubezpieczonego	§31 ust. 1; §79; §80; §97	§31 ust. 2; §68 ust. 1 i 2; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Wystąpienie u Ubezpieczonego niezdolności do pracy z powodu choroby zawodowej	§32 ust. 1; §79; §80; §97; Załącznik nr 8	§32 ust. 2; §68 ust. 1 i 2; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Wystąpienie u Ubezpieczonego całkowitej niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji	§33 ust. 1 i 2; §79; §80; §97	§33 ust. 4-6; §68; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku	§34 ust. 1, 3-5; §79; §80; §97; Załącznik nr 9; Załącznik nr 10	§34 ust. 7-12; §68 ust. 1 i 3; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97; zapis w pkt VI Załącznika nr 9 po literze K od słów „*UWAGA”; zapisy w Załączniku nr 10, od słów „Uwagi” lub „Uwaga”, znajdujące się: a) powyżej Tabeli trwałych uszczerbków na zdrowiu, b) w lit. C1, C5, F1, H1.05, I1-I3, K1, Ł1, P2, c) w wierszu pod lit. P6.02

Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	§35 ust. 1 i 2; §79; §80; §97; Załącznik nr 11	§35 ust. 3-9; §68; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97; zapisy pod poszczególnymi tabelami w Załączniku nr 11, 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	§36 ust. 1; §79; §80; §97	§36 ust. 2 i 3; §68 ust. 1 i 3; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Leczenie Ubezpieczonego w Polsce w następstwie wypadku	§37 ust. 1; Tabela nr 8; §79; §80; §97; Załącznik nr 2	§37 ust. 2-9; zakres terytorialny, maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania i wysokości limitów wskazane w Tabeli nr 8; §68 ust. 1 i 3; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Koszty leczenia Ubezpieczonego poniesione w Polsce w następstwie wypadku	§38 ust. 1; §79; §80; §97	§38 ust. 1, 3-6; §68 ust. 1 i 3; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Świadczenia assistance i telemedycyna	§39 ust. 1, 3-4, 9-10 Tabela nr 9, Tabela nr 10; §79; §80; §97	§39 ust. 2, 4-10; zakres terytorialny, limit łączny i podlimity wskazane w Tabeli nr 9; Tabela nr 9: a) Rozdział I pkt 1 zdanie ostatnie, b) Rozdział I pkt 2, 4 i 10 oraz Rozdział II – każdorazowo postanowienia dotyczące przypadków wymagających pilnej interwencji medycznej, c) Rozdział I pkt 7 lit. a. i b. każdorazowo począwszy od słów: „świadczenie jest realizowane (...)”, d) Rozdział I pkt 9 zdanie ostatnie, e) Rozdział IV pkt 1 po lit. l., pkt 2 po lit. i., pkt 3 po lit. h. każdorazowo począwszy od słów: „informacje, o których mowa (...)”, f) Rozdział V oraz Rozdział V lit. a.-c. każdorazowo informacje zawarte w nawiasach; zakres terytorialny, limit łączny i sumy ubezpieczenia assistance wskazane w Tabeli nr 10; Tabela nr 10: a) Rozdział I pkt 1 zdanie ostatnie,

		b) Rozdział I pkt 2, 4 i 12 oraz Rozdział II – każdorazowo postanowienia dotyczące przypadków wymagających pilnej interwencji medycznej, c) Rozdział I pkt 7 lit. a. i b.každorazowo począwszy od słów: „świadczanie jest realizowane (...)”, d) Rozdział I pkt 9 począwszy od słów „o ile usługa (...)”, e) Rozdział I pkt 11 zdanie ostatnie, f) Rozdział IV oraz Rozdział IV lit. a.-c. każdorazowo informacje zawarte w nawiasach; §68; §69; §70; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Śmierć małżonka albo partnera	§40 ust. 1; §79; §80; §97	§1 ust. 3; §40 ust. 2-4; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Śmierć małżonka albo partnera w następstwie wypadku	§41 ust. 1; §79; §80; §97	§1 ust. 3; §41 ust. 3; §69 ust. 1 i 3; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Śmierć małżonka albo partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego	§42 ust. 1; §79; §80; §97	§1 ust. 3; §42 ust. 3; §69 ust. 1 i 3; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Śmierć małżonka albo partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	§43 ust. 1; §79; §80; §97	§1 ust. 3; §43 ust. 3-6; §69; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Poważne zachorowanie małżonka albo partnera	§44 ust. 1, 3-4, 19; Tabela nr 11; §79; §80; §97; postanowienia oznaczone literą A w Załączniku nr 1 w części „Zakres optymalny”	§1 ust. 3; §44 ust. 4-19; zakres terytorialny, maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania i wysokości sum ubezpieczenia assistance wskazane w Tabeli nr 11; §69; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97; postanowienia oznaczone literą B w Załączniku nr 1 w części „Zakres optymalny”
Leczenie małżonka albo partnera w szpitalu	§45 ust. 1, 3-4; §79; §80; §97	§1 ust. 3; §45 ust. 2-3, 5-10; §69; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Leczenie małżonka albo partnera w szpitalu w następstwie wypadku	§46 ust. 1, 3-4; §79; §80; §97	§1 ust. 3; §46 ust. 2-3, 5-8; §69 ust. 1 i 3; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97

Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w następstwie wypadku	§47 ust. 1 i 2; §79; §80; §97; Załącznik nr 10	§1 ust. 3; §47 ust. 3-8; §69 ust. 1 i 3; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97; zapisy w Załączniku nr 10, rozpoczynające się od „Uwagi” lub „Uwaga”, znajdujące się: a) powyżej Tabeli trwałych uszczerbków na zdrowiu, b) w lit. C1, C5, F1, H1.05, I1-I3, K1, Ł1, P2, c) w wierszu pod lit. P6.02
Koszty leczenia małżonka albo partnera poniesione w Polsce w następstwie wypadku	§48 ust. 1; §79; §80; §97	§1 ust. 3; §48 ust. 1, 3-6; §69 ust. 1 i 3; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Urodzenie się dziecka	§49 ust. 1-4, 6; Tabela nr 12; Tabela nr 13; §79; §80; §97	§49 ust. 4-6; zakres terytorialny i limity wskazane w Tabeli nr 12; Tabela nr 12: a) Rozdział II pkt 1 po średniku, b) Rozdział II pkt 3 zdanie ostatnie, c) Rozdział II pkt 4 zdanie ostatnie; wysokości sum ubezpieczenia asystan- ce i limitów wskazane w Tabeli nr 13; Tabela nr 13: a) Rozdział II pkt 1 po średniku, b) Rozdział II pkt 4 zdanie ostatnie, c) Rozdział II pkt 5 zdanie ostatnie; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Urodzenie się dziecka z niską oceną w skali Apgar	§50; §79; §80; §97	§77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Zdiagnozowanie u dziecka wady wrodzonej	§51 ust. 1-3; §79; §80; §97; Załącz- nik nr 12	§51 ust. 4-7; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Urodzenie się martwego dziecka	§52 ust. 1 i 2; §79; §80; §97	§52 ust. 3; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Poronienie albo urodzenie się martwego dziecka	§53 ust. 1 i 2; §79; §80; §97	§1 ust. 3; §53 ust. 3 i 4; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Śmierć dziecka	§54 ust. 1; §79; §80; §97	§54 ust. 2 i 3; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Śmierć dziecka w następ- stwie wypadku	§55 ust. 1; §79; §80; §97	§55 ust. 2; §70 ust. 1 i 3; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97

Poważne zachorowanie dziecka	§56 ust. 1, 3-4, 17; Tabela nr 14; §79; §80; §97; postanowienia oznaczone literą A w Załączniku nr 1 w części „Poważne zachorowanie dziecka”	§56 ust. 4-17; zakres terytorialny, maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania i wysokości sum ubezpieczenia assistance wskazane w Tabeli nr 14; §70; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97; postanowienia oznaczone literą B w Załączniku nr 1 w części „Poważne zachorowanie dziecka”
Leczenie dziecka w szpitalu	§57 ust. 1, 3-5; §79; §80; §97	§57 ust. 2-3, 6-10; §70; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Leczenie dziecka w szpitalu w następstwie wypadku	§58 ust. 1, 3-4; §79; §80; §97	§58 ust. 2-3, 5-8; §70 ust. 1 i 3; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Opieka nad dzieckiem po pobycie dziecka w szpitalu	§59 ust. 1 i 2; §79; §80; §97	§59 ust. 3-7; §70; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Uszczerbek na zdrowiu dziecka w następstwie wypadku lub pogryzienie dziecka przez psa	§60 ust. 1-3; §79; §80; §97; Załącznik nr 13	§60 ust. 4-12; §70 ust. 1 i 3; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97; Załącznik nr 13 pkt 8 ppkt 8 informacja zawarta w nawiasie
Koszty leczenia dziecka poniesione w Polsce w następstwie wypadku	§61 ust. 1; §79; §80; §97	§61 ust. 1, 3-6; §70 ust. 1 i 3; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Osierocenie dziecka	§62 ust. 1 i 2; §79; §80; §97	§62 ust. 4-6; §74 ust. 2; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Śmierć rodzica Ubezpieczonego	§63 ust. 1; §79; §80; §97	§63 ust. 2-4; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Śmierć rodzica Ubezpieczonego lub śmierć rodzica małżonka albo rodzica partnera	§64 ust. 1; §79; §80; §97	§1 ust. 3; §64 ust. 2-5; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Śmierć rodzica Ubezpieczonego lub śmierć rodzica małżonka albo rodzica partnera w następstwie wypadku	§65 ust. 1; §79; §80; §97	§1 ust. 3; §65 ust. 2 i 3; §71 ust. 1 i 3; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97

Świadczenia assistance związane z rodzicem Ubezpieczonego	§66 ust. 1-2, 8; §79; §80; Tabela nr 15; §97	§66 ust. 2-8; wysokości sum ubezpieczenia assistance wskazane w Tabeli nr 15; Tabela nr 15: a) Rozdział I pkt 1, pkt 2, pkt 3 po średniku, b) Rozdział I pkt 4 po pierwszym średniku, c) Rozdział I pkt 5 postanowienie dotyczące przypadków wymagających pilnej interwencji medycznej, d) Rozdział I pkt 12 od myślnika od słów: „zapewnimy jedno z poniższych świadczeń (...)”, e) Rozdział I pkt 14 po słowach „rodzica Ubezpieczonego” f) Rozdział I pkt 15 po pierwszym średniku, g) Rozdział III pkt 1 i 2 postanowienia dotyczące przypadków wymagających pilnej interwencji medycznej, h) Rozdział III pkt 3 po pierwszym średniku; §71; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97
Poważne zachorowanie rodzica Ubezpieczonego	§67 ust. 1, 3-4, 17; Tabela nr 16; §79; §80; §97; postanowienia oznaczone literą A w Załączniku nr 1 w części „Poważne zachorowanie rodzica”	§67 ust. 4-17; zakres terytorialny, maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania i wysokości sum ubezpieczenia assistance wskazane w Tabeli nr 16; §71; §77 ust. 12; §83 ust. 5; §85 ust. 3; §97; postanowienia oznaczone literą B w Załączniku nr 1 w części „Poważne zachorowanie rodzica”

SPIS TREŚCI

WSTĘP DO UBEZPIECZENIA	13
CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE	14
§ 1. Zakres ubezpieczenia	14
§ 2. Śmierć Ubezpieczonego	14
ŚWIADCZENIA DODATKOWE	14
ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z UBEZPIECZONYM	14
§ 3. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku oraz assistance pogrzebowy w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub członka rodziny w następstwie wypadku	14
§ 4. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy	15
§ 5. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	15
§ 6. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy	15
§ 7. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	15
§ 8. Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	16
§ 9. Wystąpienie u Ubezpieczonego wczesnej postaci nowotworu	17
§ 10. Assistance onkologiczny	17
§ 11. Powtórna opinia medyczna	20
§ 12. Zakażenie Ubezpieczonego wirusem HIV w następstwie wypadku przy pracy, pomimo przejścia leczenia antyretrowirusowego	21
§ 13. Zakażenie Ubezpieczonego wirusem zapalenia wątroby typu B lub C w następstwie wypadku przy pracy	21
§ 14. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu	21
§ 15. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku	22
§ 16. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM	22
§ 17. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku przy pracy	22
§ 18. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego	23
§ 19. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy	23
§ 20. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu	24
§ 21. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym po pobycie w szpitalu w następstwie wypadku, ostrego zawału serca, udaru mózgu lub z powodu zabiegu operacyjnego	24
§ 22. Koszty leków po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	25
§ 23. Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu	25
§ 24. Pobyt w sanatorium po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	25
§ 25. Leczenie Ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia	25
§ 26. Zabiegi operacyjne Ubezpieczonego	26
§ 27. Wystąpienie u Ubezpieczonego powikłań pooperacyjnych	26
§ 28. Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	27
§ 29. Kardiologiczne leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	28
§ 30. Teleopieka kardiologiczna	28
§ 31. Leczenie przewlekłej choroby narządu mowy lub słuchu Ubezpieczonego	28
§ 32. Wystąpienie u Ubezpieczonego niezdolności do pracy z powodu choroby zawodowej	29
§ 33. Wystąpienie u Ubezpieczonego całkowitej niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji	29
§ 34. Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku	29
§ 35. Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	30
§ 36. Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku	30
§ 37. Leczenie Ubezpieczonego w Polsce w następstwie wypadku	30
§ 38. Koszty leczenia Ubezpieczonego poniesione w Polsce w następstwie wypadku	31
§ 39. Świadczenia assistance i telemedycyna	31
ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z MAŁŻONKIEM ALBO PARTNEREM	37
§ 40. Śmierć małżonka albo partnera	37
§ 41. Śmierć małżonka albo partnera w następstwie wypadku	37
§ 42. Śmierć małżonka albo partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego	37
§ 43. Śmierć małżonka albo partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	37
§ 44. Poważne zachorowanie małżonka albo partnera	37
§ 45. Leczenie małżonka albo partnera w szpitalu	39
§ 46. Leczenie małżonka albo partnera w szpitalu w następstwie wypadku	39
§ 47. Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w następstwie wypadku	40
§ 48. Koszty leczenia małżonka albo partnera poniesione w Polsce w następstwie wypadku	40
ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z DZIECKIEM	40
§ 49. Urodzenie się dziecka	40
§ 50. Urodzenie się dziecka z niską oceną w skali Apgar	43
§ 51. Zdiagnozowanie u dziecka wady wrodzonej	43
§ 52. Urodzenie się martwego dziecka	43
§ 53. Poronienie albo urodzenie się martwego dziecka	43
§ 54. Śmierć dziecka	43
§ 55. Śmierć dziecka w następstwie wypadku	43
§ 56. Poważne zachorowanie dziecka	43
§ 57. Leczenie dziecka w szpitalu	45
§ 58. Leczenie dziecka w szpitalu w następstwie wypadku	45
§ 59. Opieka nad dzieckiem po pobycie dziecka w szpitalu	45

§ 60. Uszczerbek na zdrowiu dziecka w następstwie wypadku lub pogryzienie dziecka przez psa	46
§ 61. Koszty leczenia dziecka poniesione w Polsce w następstwie wypadku	46
§ 62. Osierocenie dziecka	47
ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z RODZICEM UBEZPIECZONEGO LUB RODZICEM MAŁŻONKA ALBO RODZICEM PARTNERA	47
§ 63. Śmierć rodzica Ubezpieczonego	47
§ 64. Śmierć rodzica Ubezpieczonego lub śmierć rodzica małżonka albo rodzica partnera	47
§ 65. Śmierć rodzica Ubezpieczonego lub śmierć rodzica małżonka albo rodzica partnera w następstwie wypadku	47
§ 66. Świadczenia assistance związane z rodzicem Ubezpieczonego	48
§ 67. Poważne zachorowanie rodzica Ubezpieczonego	50
OGÓLNE WYŁĄCZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI	51
§ 68. Wyłączenia odpowiedzialności związane z Ubezpieczonym	51
§ 69. Wyłączenia odpowiedzialności związane z małżonkiem albo partnerem	52
§ 70. Wyłączenia odpowiedzialności związane z dzieckiem	52
§ 71. Wyłączenia odpowiedzialności związane z rodzicem Ubezpieczonego lub rodzicem małżonka albo rodzicem partnera	52
OBOWIAZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO ZWIĄZANE Z ZAWIERANIEM LUB PRZYSTĄPIENIEM DO UMOWY	53
§ 72. Zawarcie umowy	53
§ 73. Przystąpienie do umowy	53
§ 74. Podanie przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego okoliczności, o które pytamy	53
§ 75. Suma ubezpieczenia	53
§ 76. Objęcie ochroną nowych osób w trakcie obowiązywania umowy	54
§ 77. Składka	54
§ 78. Informacje o warunkach umowy	54
ZDARZENIE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM – I CO DALEJ	54
§ 79. Zgłoszenie zdarzenia	54
§ 80. Zasady ustalania i wypłaty świadczeń	54
§ 81. Na rzecz kogo realizujemy świadczenie	55
JAKIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY	55
§ 82. Początek ochrony	55
§ 83. Zawieszenie ochrony	55
§ 84. Przedłużenie umowy	56
§ 85. Zmiany w umowie	56
§ 86. Koniec ochrony	56
§ 87. Odstąpienie od umowy	56
§ 88. Wypowiedzenie umowy	56
§ 89. Wystąpienie z umowy	56
§ 90. Rozwiązanie umowy	56
§ 91. Skrócenie okresu karencji	57
§ 92. Indywidualna kontynuacja ubezpieczenia	57
§ 93. Jak złożyć reklamację	57
§ 94. Jak inaczej można rozwiązać spór	57
§ 95. Obowiązujące przepisy prawa	57
§ 96. Właściwość sądów	57
DEFINICJE	57
§ 97. Definicje	58
§ 98. Skrót	61
Załącznik nr 1 – Wykaz poważnych zachorowań	62
Załącznik nr 2 – Wykaz procedur medycznych	70
Załącznik nr 3 – Powtórna opinia medyczna	72
Załącznik nr 4 – Leczenie Ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia	73
Załącznik nr 5 – Zabiegi operacyjne Ubezpieczonego	74
Załącznik nr 6 – Wystąpienie u Ubezpieczonego powikłań pooperacyjnych	76
Załącznik nr 7 – Tabela stanów chorobowych, uprawniających Ubezpieczonego do skorzystania z teleopieki kardiologicznej	77
Załącznik nr 8 – Wykaz chorób zawodowych	79
Załącznik nr 9 – Tabela trwałych chorób i uszkodzeń na zdrowiu – zakres podstawowy	80
Załącznik nr 10 – Tabela trwałych uszczerbków na zdrowiu – zakres rozszerzony	82
Załącznik nr 11 – Tabela trwałych uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	91
Załącznik nr 12 – Kategorie wad wrodzonych	94
Załącznik nr 13 – Tabela uszczerbku na zdrowiu dziecka	95
Załącznik nr 14 – Opodatkowanie świadczeń z umowy	97

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 „Allianz Rodzina” na rachunek **Ubezpieczonych**.

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

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

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

Gdy piszemy **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 Ubezpieczonego 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 „Allianz Rodzina” 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 śmiercią Ubezpieczonego, o które może zostać rozszerzony zakres ochrony na podstawie wybranego **wariantu** lub **pakietu**.

Ochrona danych osobowych

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

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

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

CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

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

§ 1. ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. W umowach zawieranych na podstawie tych o.w.u. ochrona zawsze obejmuje śmierć Ubezpieczonego. Jeżeli umowa to przewiduje, zakres ochrony może zostać rozszerzony również o inne świadczenia dodatkowe wskazane w tych o.w.u.
2. Ważne jest to, że będziemy świadczyć ochronę na rzecz Ubezpieczonego tylko w zakresie wybranym przez Ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia potwierdzimy w **certyfikacie**.
3. 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 pozostawał będzie w związku małżeńskim z inną osobą niż wskazany **partner**.

§ 2. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

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

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

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

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 określonej w umowie.
2. Wysokość świadczenia za śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku wskażemy w umowie i w **certyfikacie** łącznie z wysokością świadczenia za śmierć Ubezpieczonego.

ASSISTANCE POGRZEBOWY W PRZYPADKU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU

3. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku, która nastąpi

przed upływem 12 miesięcy od wypadku – na wniosek **uprawnionego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń **assistance** wskazanych w tabeli nr 1 poniżej.

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

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

ASSISTANCE POGRZEBOWY	Łączna wysokość limitu na zdarzenie
1. Organizacja i pokrycie kosztów pogrzebu Organizacja i pokrycie kosztów pogrzebu Ubezpieczonego obejmuje: koszty przewozu ciała, koszty zakupu trumny lub urny, koszty zakupu miejsca na cmentarzu, koszty postawienia nagrobka, koszty zakupu wieńców i kwiatów, koszty zakupu odzieży żałobnej, koszty ceremonii pogrzebowej, koszty poczęstunku dla uczestników ceremonii pogrzebowej	4000 zł
2. Organizacja i pokrycie kosztów przejazdu na pogrzeb Organizacja i pokrycie kosztów przejazdu do miejsca pogrzebu Ubezpieczonego, zmarłego przed upływem 12 miesięcy od wypadku	1000 zł
3. Świadczenia w zakresie infolinii dotyczącej przepisów prawa spadkowego Udzielanie informacji telefonicznej lub w formie elektronicznej o: a) danych teleadresowych sądów, prokuratury, policji, urzędów administracji publicznej; b) procedurze i wiążących się z nią kosztach w postępowaniu spadkowym związanym ze śmiercią Ubezpieczonego w następstwie wypadku; c) aktualnej lub archiwalnej treści aktów prawnych w zakresie przepisów dotyczących postępowania spadkowego.	6 konsultacji

ASSISTANCE POGRZEBOWY W PRZYPADKU ŚMIERCI CZŁONKA RODZINY W NASTĘPSTWIE WYPADKU

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

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

ASSISTANCE POGRZEBOWY	Łączna wysokość limitu na zdarzenie
1. Organizacja i pokrycie kosztów pogrzebu Organizacja i pokrycie kosztów pogrzebu członka rodziny obejmuje: koszty przewozu ciała, koszty zakupu trumny lub urny, koszty zakupu miejsca na cmentarzu, koszty postawienia nagrobka, koszty zakupu wieńców i kwiatów, koszty zakupu odzieży żałobnej, koszty ceremonii pogrzebowej, koszty poczęstunku dla uczestników ceremonii pogrzebowej	4 000 zł
2. Organizacja i pokrycie kosztów przejazdu na pogrzeb Organizacja i pokrycie kosztów przejazdu do miejsca pogrzebu członka rodziny , zmarłego przed upływem 12 miesięcy od wypadku	1 000 zł
3. Świadczenia w zakresie infolinii dotyczącej przepisów prawa spadkowego Udzielanie informacji telefonicznej lub w formie elektronicznej o:	

ASSISTANCE POGRZEBOWY	Łączna wysokość limitu na zdarzenie
a) danych teled adresowych sądów, prokuratury, policji, urzędów administracji publicznej;	6 konsultacji
b) procedury i wiążących się z nią kosztach w postępowaniu spadkowym związanym ze śmiercią członka rodziny w następstwie wypadku;	
c) aktualnej lub archiwalnej treści aktów prawnych w zakresie przepisów dotyczących postępowania spadkowego.	

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nie wypłacimy świadczenia za śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku, jeżeli wypadek będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego powstał wskutek:
 - okoliczności wskazanych w § 68 ust. 1 lub 3 tych o.w.u.;
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku.
- Nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń assistance wskazanych w tabeli nr 1 jeżeli wypadek, który stał się przyczyną śmierci Ubezpieczonego powstał wskutek:
 - okoliczności wskazanych w § 68 ust. 1 lub 3 tych o.w.u.;
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku;
 - zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu Ubezpieczonego drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę.
- Nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń assistance wskazanych w tabeli nr 2, jeżeli wypadek, który stał się przyczyną śmierci członka rodziny powstał wskutek:
 - okoliczności wskazanych § 69 ust. 1 lub 3 tych o.w.u. (w odniesieniu do śmierci członka rodziny będącego małżonkiem albo partnerem), § 70 ust. 1 lub 3 tych o.w.u. (w odniesieniu do śmierci członka rodziny będącego dzieckiem), § 71 ust. 1 lub 3 tych o.w.u. (w odniesieniu do śmierci członka rodziny będącego rodzicem Ubezpieczonego lub rodzicem małżonka albo rodzicem partnera);
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę członka rodziny niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku;
 - zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę.
- Nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń assistance wskazanych w tabeli nr 1 i 2 poza terytorium Polski.
- Jeżeli świadczenie assistance przekroczy limit kosztów wskazany w tabeli nr 1 lub w tabeli nr 2, wykonamy tę usługę w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określonym limitem.

§ 4. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU PRZY PRACY

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- 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 określonej w umowie.
- Wysokość świadczenia wskażemy w umowie i w certyfikacie łącznie z wysokością świadczenia za śmierć Ubezpieczonego oraz śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje również śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nie wypłacimy świadczenia za śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy, jeżeli ten wypadek, który stał się przyczyną śmierci Ubezpieczonego, powstał wskutek:
 - okoliczności wskazanych w § 68 ust. 1 lub 3 tych o.w.u.;
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku.

§ 5. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

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

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nie wypłacimy świadczenia za śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego, jeżeli ten wypadek, który stał się przyczyną śmierci Ubezpieczonego, powstał wskutek:
 - okoliczności wskazanych w § 68 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.

§ 6. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO PRZY PRACY

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- 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 określonej w umowie.
- Wysokość świadczenia wskażemy w umowie i w certyfikacie łącznie z wysokością świadczenia za śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy oraz śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje te świadczenia dodatkowe.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nie wypłacimy świadczenia za śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy, jeżeli ten wypadek, który stał się przyczyną śmierci Ubezpieczonego, powstał wskutek:
 - okoliczności wskazanych w § 68 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.

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

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

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

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nie wypłacimy świadczenia za śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli zawał serca lub udar mózgu powstał wskutek:
 - okoliczności wskazanych w § 68 tych o.w.u.;
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, która nastąpiła przed upływem 6 miesięcy od daty przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego;
 - zatrucia się Ubezpieczonego substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku.
- Nie wypłacimy świadczenia za śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli śmierć nastąpiła wskutek:
 - uszkodzenia mięśnia serca spowodowanego czynnikami mechanicznymi, toksycznymi, zapalnymi lub naciekami;

- b) zawału w przebiegu choroby niedokrwiennej serca rozpoznanej u Ubezpieczonego przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego;
- c) następujących stanów chorobowych: udaru spowodowanego zatorem tłuszczowym lub zatorem powietrznym, choroby keso- nowej lub urazowego uszkodzenia centralnego układu nerwo- wego.
5. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świad- czenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć Ubezpieczonego w następ- stwie **zawału serca** lub **udaru mózgu**, która wystąpiła w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świad- czenia dodatkowego.

§ 8. POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przy- padku gdy w **okresie ochrony** u Ubezpieczonego zostały zdiagno- zowane **choroby** lub przeprowadzone zabiegi wymienione w za- łączniku nr 1 do tych o.w.u. – w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym został objęty Ubezpieczony:
- a) w części „Zakres optymalny” albo
 - b) w części „Zakres rozszerzony”;

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

2. Wysokość świadczenia i zakres ubezpieczenia wskażemy w **certyfi- kacie**.

ŚWIADCZENIA MEDYCZNE PO POWAŻNYM ZACHOROWANIU UBEZPIECZONEGO

3. W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzenia w życiu Ubezpieczonego, wymienionego w ust. 1, za pośrednictwem **cen- trum operacyjnego zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń medycznych** wskazanych w tabeli nr 3 poniżej, na zasadach okre- ślonych w tej tabeli oraz ust. 4-5, o ile zostały one zlecone pisemnie przez lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego.
4. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do 10 świadczeń medycz- nych (z niżej wskazanych dostępnych 17 świadczeń medycznych), na każdą **chorobę** lub zabieg, przy czym z badania tomografii kompu- terowej i rezonansu magnetycznego Ubezpieczony może skorzystać tylko jeden raz na każdą **chorobę** lub zabieg.
5. Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktowane jest jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby świadczeń me- dycznych do wykorzystania, niezależnie od liczby zleconych do wy- konania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego, w związku z wystąpie- niem **choroby** lub przeprowadzeniem zabiegu.

Tabela nr 3

(świadczenia medyczne dla Ubezpieczonego po poważnym zachorowaniu)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA MEDYCZNEGO				
Świadczenia medyczne dla Ubezpieczonego wykonywane wyłącznie na terenie Polski. Do wykorzystania maksymalnie dziesięć (10) świadczeń medycznych na każdą chorobę lub zabieg:				
Wysokość limitu na każdą chorobę lub zabieg				
I.	Konsultacje			
	1. Chirurg	4. Ortopeda	7. Neurolog	10. Neurochirurg
	2. Okulista	5. Ginekolog	8. Pulmonolog	11. Hepatolog
	3. Otolaryngolog	6. Kardiolog	9. Lekarz rehabilitacji	12. Psycholog
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
świadczenia do wielokrotnego wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dziesięciu (10) świadczeń medycznych do wykorzystania				
III.	Badania specjalistyczne			
14.	Badania radiologiczne (RTG)			
15.	Badania ultrasonograficzne (USG)			
16.	Rezonans magnetyczny			
				maksymalnie jedno (1) badanie do wykorzy- stania w ramach maksymalnej liczby dziesięciu (10) świadczeń medycznych do wykorzystania
17.	Tomografia komputerowa			
				maksymalnie jedno (1) badanie do wykorzy- stania w ramach maksymalnej liczby dziesięciu (10) świadczeń medycznych do wykorzystania

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

6. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje przypadków, które nie są obję- te zakresem ubezpieczenia wskazanych w lit. B poszczególnych defini- cji **poważnych zachorowań** zawartych w załączniku nr 1 do tych o.w.u.
7. Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie po- kryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie u Ubezpieczonego **choroby** lub przeprowadzenie zabiegu, które po- wstały wskutek:
- a) okoliczności wskazanych w § 68 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na włas- ną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności,

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

- c) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS).
8. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świad- czenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wy- płacimy świadczenia 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**.
9. Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie po- kryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie

- u Ubezpieczonego choroby, jeżeli w okresie 3 lat przed datą przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, ta choroba była u Ubezpieczonego zdiagnozowana lub leczona lub z jej powodu rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze.
10. Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za przeprowadzenie u Ubezpieczonego zabiegu, jeżeli w okresie 3 lat przed datą przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego choroba, będąca przyczyną przeprowadzenia tego zabiegu, była u Ubezpieczonego zdiagnozowana lub leczona, lub rozpoczęto z jej powodu postępowanie diagnostyczno-lecznicze.
 11. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowaną chorobę lub przeprowadzony zabieg, jeżeli Ubezpieczony zmarł w ich następstwie przed upływem 30 dni od ich zdiagnozowania lub przeprowadzenia.
 12. 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.
 13. Nie wypłacimy świadczenia za kolejny zaawansowany nowotwór o takim samym pochodzeniu tkankowym lub narządowym lub takim samym umiejscowieniu, jak ten, za który wcześniej wypłaciliśmy świadczenie.
 14. 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.
 15. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji świadczenia medycznego, jeżeli do opóźnienia doszło na skutek siły wyższej.

§ 9. WYSTĄPIENIE U UBEZPIECZONEGO WCZESNEJ POSTACI NOWOTWORU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego w okresie ochrony wczesnej postaci nowotworu, który należy do jednej z kategorii określonych w ust. 2, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie. Wysokość świadczenia wskażemy w certyfikacie.
2. Obejmujemy ochroną następujące wczesne postaci nowotworu:
 - a) nowotwór in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka – zgodnie z kategorią D00 klasyfikacji ICD – 10;
 - b) nowotwór in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego – zgodnie z kategorią D01 klasyfikacji ICD – 10;
 - c) nowotwór in situ ucha środkowego i układu oddechowego – zgodnie z kategorią D02 klasyfikacji ICD – 10;
 - d) czerniak in situ – zgodnie z kategorią D03 klasyfikacji ICD – 10;
 - e) nowotwór in situ skóry – zgodnie z kategorią D04 klasyfikacji ICD – 10;
 - f) nowotwór in situ piersi – zgodnie z kategorią D05 klasyfikacji ICD – 10;
 - g) nowotwór in situ szyjki macicy – zgodnie z kategorią D06 klasyfikacji ICD – 10;
 - h) nowotwór in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych – zgodnie z kategorią D07 klasyfikacji ICD – 10;
 - i) nowotwór in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu – zgodnie z kategorią D09 klasyfikacji ICD – 10;
 - j) guz jajnika o niskim potencjale złośliwym, granicznej złośliwości;
 - k) zespół mielodysplastyczny – zgodnie z kategorią D46 klasyfikacji ICD – 10;
 - l) nowotwór mieloproliferacyjny;
 - m) brodawkowaty mikro-rak tarczycy;
 - n) rak pęcherza moczowego Ta (nieinwazyjny rak brodawkowaty) i T1 – wg klasyfikacji TNM;
 - o) rak gruczołu krokowego w stopniu niższym niż T2N0M0 wg klasyfikacji TNM lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7 (<=6).

3. Rozpoznanie wczesnej postaci nowotworu powinno być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego lub innych specjalistycznych badań ocenianych przez patomorfologa.
4. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony względem Ubezpieczonego w zakresie wystąpienia u niego wczesnej postaci nowotworu. Za dzień wystąpienia wczesnej postaci nowotworu przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego lub innych specjalistycznych badań ocenianych przez patomorfologa. Ochroną obejmujemy również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego lub innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa zostanie pobrany w okresie ochrony, a data badania mikroskopowego potwierdzająca pierwsze rozpoznanie wczesnej postaci nowotworu będzie późniejsza.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie 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, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - c) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza.
6. W razie późnego przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy karencję, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u Ubezpieczonego wczesnej postaci nowotworu, która wystąpiła w okresie 3 miesięcy od daty przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
7. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia z każdej z 15 kategorii nowotworów wskazanych w ust. 2.
8. Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u Ubezpieczonego wczesnej postaci nowotworu, jeżeli w okresie 3 lat przed datą przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, ta sama wczesna postać nowotworu wskazana w ust. 2, była u Ubezpieczonego zdiagnozowana lub leczona lub z jej powodu rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze.

§ 10. ASSISTANCE ONKOLOGICZNY

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

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

Tabela nr 4

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

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA					Wysokość limitu na jedno zdarzenie
Świadczenia medyczne dla Ubezpieczonego. Do wykorzystania maksymalnie dwadzieścia (20) świadczeń medycznych na jedno zdarzenie:					
I. Konsultacje					
1. Chirurg	5. Ginekolog	9. Onkolog	13. Nefrolog		
2. Okulista	6. Urolog	10. Endokrynolog	14. Dermatolog		
3. Otolaryngolog	7. Pulmonolog	11. Hepatolog			
4. Ortopeda	8. Lekarz rehabilitacji	12. Hematolog			
II. Diagnostyka laboratoryjna					
15.	• moczu – 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				maksymalnie jedno (1) badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dwudziestu (20) świadczeń medycznych do wykorzystania
20.	Tomografia komputerowa				maksymalnie jedno (1) badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dwudziestu (20) świadczeń medycznych do wykorzystania

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

Tabela nr 5

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

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA		Wysokość limitu na jedno zdarzenie
I. Pomoc assistance dla Ubezpieczonego:		
1.	Organizacja i pokrycie 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, albo	
b)	pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego.	
2.	Dostarczenie posiłków do miejsca pobytu Ubezpieczonego Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego posiłków; koszt posiłków pokrywa Ubezpieczony.	
3.	Dostarczenie leków zleconych przez lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego leków zaleconych przez lekarza; koszt leków pokrywa Ubezpieczony.	
4.	Pomoc pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego wymagana jest pomoc pielęgniarki, organizujemy i pokryjemy koszty dojazdu i honorarium 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.	5000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA	Wysokość limitu na jedno zdarzenie
5. Zwrot kosztów peruk i protez na rzecz Ubezpieczonego Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczony używa peruki lub protezy zwrócimy koszty zakupu poniesione przez Ubezpieczonego na podstawie kopii rachunku, faktury lub dowodu poniesienia kosztów do wysokości wskazanego 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 z placówki medycznej do placówki medycznej oraz ewentualny transport powrotny 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.	5000 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 zwierzętami domowymi Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego, wymagana jest opieka nad zwierzętami domowymi (pies, kot), na wniosek Ubezpieczonego, w miejscu jego pobytu zorganizujemy i pokryjemy koszty dojazdów i honorariów osoby do opieki nad zwierzętami, w zakresie: karmienia, wyprowadzania na spacer, utrzymania higieny (nie pokrywamy kosztów zakupu karmy oraz środków higieny).	
11. Pomoc domowa w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego, wymagana jest pomoc domowa, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, w zakresie: zrobienia zakupów, codziennych porządków domowych, dostawy lub przygotowania posiłków, podlewania kwiatów (koszt artykułów spożywczych i posiłków nie jest przez nas pokrywany).	
12. Psychoonkolog dla Ubezpieczonego Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczony 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 z pisemnym wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagana jest rehabilitacja Ubezpieczonego zapewnimy: • ćwiczenia wytrzymałościowe na cykloergometrze, bieżni, stepperze w placówce rehabilitacyjnej (nie pokrywamy kosztów wypożyczenia lub zakupu urządzeń) • trening oporowy • ćwiczenia ogólnousprawniające • fizykoterapię i rehabilitację oddechową	maksymalnie jedno (1) świadczenie w odniesieniu do jednego zdarzenia (10 zabiegów/ćwiczeń stanowi łącznie 1 świadczenie)
II. Konsultacje onkologiczno-genetyczne i pomoc psychoonkologiczna dla Ubezpieczonego:	
1. Test zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/ narządów W razie zaawansowanego nowotworu ojca lub matki Ubezpieczonego, rodzeństwa Ubezpieczonego lub dziecka , zorganizujemy i pokryjemy koszty wykonania Ubezpieczonemu testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów (sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy, 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.	maksymalnie jeden (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 koszty konsultacji onkologiczno-genetycznej wyników testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów.	maksymalnie jedna (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

5. 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 6.
6. Świadczenie, o którym mowa w ust. 5, realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego **centrum operacyjnemu** z tytułu wykonania wskazanych przez Ubezpieczonego świadczeń assistance, wymienionych w tabeli nr 6.

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

Tabela nr 6

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

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA		Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każde zdarzenie
I.	Pomoc assistance związana z małżonkiem albo partnerem, lub dzieckiem.	
	Psychoonkolog Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego, jego małżonek albo partner, lub dziecko chce skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	3000 zł maksymalnie pięć (5) konsultacji łącznie dla małżonka albo partnera, lub dziecka w odniesieniu do jednego zdarzenia
II.	Konsultacje onkologiczno-genetyczne z pomocą psychoonkologiczną związane z rodzeństwem Ubezpieczonego i dziećmi:	
1.	Test zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów W razie zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty wykonania rodzeństwu Ubezpieczonego lub dzieciom testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów (sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy, prostaty) badającego przynajmniej jeden z następujących genów: BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multiplikacja, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC, w tym koszt izolowania DNA z próbki krwi.	5000 zł maksymalnie jeden (1) test dla każdego z rodzeństwa Ubezpieczonego, dziecka (niezależnie od liczby badanych genów w ramach jednego testu) w odniesieniu do jednego zdarzenia
2.	Konsultacja onkologiczno-genetyczna W razie zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji onkologiczno-genetycznej wyników testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów, wykonanego rodzeństwu Ubezpieczonego lub dzieciom	3000 zł maksymalnie jedna (1) konsultacja dla każdego rodzeństwa Ubezpieczonego i dziecka w odniesieniu do jednego zdarzenia
3.	Psychoonkolog 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.	3000 zł maksymalnie pięć (5) konsultacji łącznie dla rodzeństwa lub dzieci w odniesieniu do jednego zdarzenia

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

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

9. Nie obejmujemy ochroną zdarzeń zaistniałych wskutek:
 - 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 psychotropowych lub środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia lub rozmiar jego następstw;
 - d) leczenia eksperymentalnego lub o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie;
 - e) reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, epidemii lub pandemii.
10. Za **zaawansowany nowotwór** nie uznajemy:
 - a) zespołów mielodysplastycznych;
 - b) nowotworów mieloproliferacyjnych z wyjątkiem przewlekłej białaczki szpikowej;
 - c) nowotworów łagodnych, nieinwazyjnych;
 - d) zmian przednowotworowych;
 - e) nowotworów przedinwazyjnych in situ (Tis);
 - f) dysplazji dużego stopnia;
 - g) środnabłonkowej neoplazji szyjkowej (CIN 1,2,3);
 - h) guzów o niskim potencjale złośliwości, granicznej złośliwości;
 - i) brodawkowatego mikro-raka tarczycy;
 - j) raka pęcherza moczowego Ta (nieinwazyjny rak brodawkowaty) i T1 – wg klasyfikacji TNM;
 - k) raka gruczołu krokowego w stopniu niższym niż T2N0M0 wg klasyfikacji TNM lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7 (<=6);
 - l) nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka w stopniu zaawansowania wyższym niż IB w klasyfikacji TNM;
 - m) nowotworów współistniejących z infekcją HIV.
11. Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg leczenia i jego efekty, postawione diagnozy, brak skierowania na dodatkowe badanie, co do których decyzje podejmuje lekarz prowadzący.

12. Nie odpowiadamy za opóźnienie w wykonaniu świadczeń, niewykonanie bądź nienależyte wykonanie świadczeń, jeśli nastąpiło to w wyniku działania siły wyższej.

13. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy limit kosztów wskazanych w tabeli nr 5 lub Sumę Ubezpieczenia Assistance wskazaną w tabeli nr 6, wykonamy tę usługę w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określonym limitem lub Sumą Ubezpieczenia Assistance.

§ 11. POWTÓRNA OPINIA MEDYCZNA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego w **okresie ochrony** jednej z chorób wymienionych w załączniku nr 3 do tych o.w.u., za pośrednictwem **centrum operacyjnego**, zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń wymienionych w ust. 2 poniżej.
2. W ramach **powtórnej opinii medycznej** organizujemy i pokrywamy koszty następujących świadczeń:
 - a) udzielenie Ubezpieczonemu 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** Ubezpieczonemu.
3. Ubezpieczonemu przysługuje skorzystanie z jednej **powtórnej opinii medycznej** w odniesieniu do każdej z chorób wymienionych w załączniku nr 3 do tych o.w.u.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje przypadków, które nie są objęte zakresem ubezpieczenia, wskazanych w lit. B poszczególnych definicji chorób zawartych w załączniku nr 3 do tych o.w.u.
5. Ubezpieczonemu przysługuje skorzystanie z jednej **powtórnej opinii medycznej**, jeśli choroba, powstała wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 68 ust. 1 lub 2 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku;

- c) zarażenia wirusem HIV lub chorób przenoszonych drogą płciową;
 - d) **wad wrodzonych** lub wad, które ujawniły się bezpośrednio po urodzeniu lub do 3 roku życia;
 - e) działania truciźny albo trujących gazów lub oparów;
 - f) leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie;
 - g) niezastosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - h) przeprowadzenia zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej.
6. Nie pokrywamy kosztów związanych z przesyłaniem i analizą próbek histopatologicznych.
 7. Nie odpowiadamy za medyczną poprawność raportu eksperta sporządzonego przez lekarza konsultanta w ramach **powtórnej opinii medycznej**.
 8. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji **powtórnej opinii medycznej**, jeżeli do opóźnienia doszło na skutek **sily wyższej**.

§ 12. 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 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 wskażemy w **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 lub środków zastępczych 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, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - f) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę 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 wyłączną przyczyną **wypadku przy pracy** było udowodnione naruszenie przez Ubezpieczonego przepisów dotyczących ochrony życia i zdrowia, spowodowane przez niego umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa.

§ 13. 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 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 wskażemy w **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 lub środków zastępczych 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, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - f) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę 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 wyłączną przyczyną **wypadku przy pracy** było udowodnione naruszenie przez Ubezpieczonego przepisów dotyczących ochrony życia i zdrowia, spowodowane przez niego umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa.

§ 14. 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 – w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym został objęty Ubezpieczony – nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
 - b) powikłań związanych z ciężką, jeżeli pobyt trwał – w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym został objęty Ubezpieczony – 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** za każdy dzień pobytu w **szpitalu**. Wysokość świadczenia za każdy dzień pobytu w **szpitalu** wskażemy 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 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**.
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 § 68 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w szpitalu, 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 razie późnego przystąpienia do umowy 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.
9. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których Ubezpieczony przebywał na przepustce w trakcie pobytu w szpitalu.

§ 15. 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 za każdy dzień pobytu w szpitalu. Wysokość świadczenia wskażemy w umowie i w certyfikacie łącznie z wysokością świadczenia za leczenie Ubezpieczonego 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 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.
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 w następstwie wypadku, jeżeli pobyt w szpitalu był następstwem wypadku, który powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 68 ust. 1 lub 3 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku.

6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku, jeżeli pobyt w szpitalu miał na celu:
 - a) przeprowadzenie zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków wypadków;
 - b) leczenie skutków niezastosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - c) rehabilitację niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
7. Nie odpowiadamy za leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku, jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu było nadwyżenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla Ubezpieczonego.
8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których Ubezpieczony przebywał na przepustce w trakcie pobytu w szpitalu.

§ 16. 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 za każdy dzień pobytu w szpitalu na OIOM. Wysokość świadczenia wskażemy 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 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 pobytów 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 § 68 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM, jeżeli pobyt w szpitalu związany był bezpośrednio z:
 - a) wadami wrodzonymi;
 - b) leczeniem skutków niezastosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia.

§ 17. 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 za każdy dzień pobytu w szpitalu. Wysokość świadczenia wskażemy w umowie i w certyfikacie łącznie z wysokością świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w szpitalu i leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku, o ile zakres ubezpieczenia 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 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.

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 § 68 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 przyczyną pobytu w szpitalu było nadwyrężenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla Ubezpieczonego.
8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których Ubezpieczony przebywał na przepustce w trakcie pobytu w szpitalu.

§ 18. 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 za każdy dzień pobytu w szpitalu. Wysokość świadczenia wskażemy w umowie i w certyfikacie łącznie z wysokością świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w szpitalu i leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku, o ile zakres ubezpieczenia 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.

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 § 68 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.

§ 19. 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 za każdy dzień pobytu w szpitalu. Wysokość świadczenia wskażemy w umowie i w certyfikacie 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 i leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego, o ile zakres ubezpieczenia 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 wyłącznie 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.

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 § 68 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.

§ 20. 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 – w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym został objęty Ubezpieczony – nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w umowie, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie za każdy dzień pobytu w szpitalu. Wysokość świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu i minimalną długość pobytu w szpitalu wskażemy 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 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 wyłącznie 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.

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 § 68 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku;
 - c) zatrucia się Ubezpieczonego substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku;
 - d) wad wrodzonych;
 - e) niezastosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - f) uszkodzenia mięśnia serca spowodowanego czynnikami mechanicznymi, toksycznymi, zapalnymi lub 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 razie późnego przystąpienia do umowy 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 wystąpił przed datą przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego lub w okresie 1 miesiąca od tej daty.
8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których Ubezpieczony przebywał na przepustce w trakcie pobytu w szpitalu.

§ 21. 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 za każdy dzień pobytu w szpitalu rehabilitacyjnym.
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.
 4. Wysokość świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu rehabilitacyjnym wskażemy w certyfikacie.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. 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 § 68 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 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.
7. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym po pobycie w szpitalu w następstwie wypadku, jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu w następstwie wypadku było nadwyrężenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla Ubezpieczonego.
8. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym po pobycie w szpitalu w następstwie udaru mózgu, jeżeli pobyt w szpitalu był następstwem:
 - a) napadu przebiegowego (do 24 h) niedokrwienia centralnego układu nerwowego;
 - b) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem.
9. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym po pobycie w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli pobyt w szpitalu był następstwem ostrego zawału serca lub udaru mózgu, które powstały wskutek:
 - a) zatrucia się Ubezpieczonego substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku;
 - b) wad wrodzonych;
 - c) niezastosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - d) uszkodzenia mięśnia serca spowodowanego czynnikami mechanicznymi, toksycznymi, zapalnymi lub naciekiem – jeżeli pobyt w szpitalu był następstwem ostrego zawału serca.
10. 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 zostały zdiagnozowane u Ubezpieczonego (po raz pierwszy lub kolejny), lub były leczone, lub rozpoczęto z ich powodu postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat

bezpośrednio poprzedzających datę przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego.

11. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których Ubezpieczony przebywał na przepustce w trakcie pobytu w szpitalu rehabilitacyjnym.

§ 22. KOSZTY LEKÓW PO POBYCIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku konieczności zakupu przez Ubezpieczonego leków po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu rozpoczętego w okresie ochrony, w celu leczenia:
 - a) choroby, jeżeli pobyt trwał – w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym został objęty Ubezpieczony – nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w umowie; lub
 - b) powikłań związanych z ciężką, jeżeli pobyt trwał – w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym został objęty Ubezpieczony – 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.
2. Wysokość świadczenia oraz minimalną długość pobytu w szpitalu wskażemy w 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 § 68 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku.
5. Nie wypłacimy świadczenia za zwrot kosztów 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 razie późnego przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy karencję, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za zwrot kosztów leków po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się w okresie 1 miesiąca od daty przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był wynikiem wypadku.

§ 23. CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO PO POBYCIE W SZPITALU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku gdy Ubezpieczony z powodu choroby lub wypadku przebywał w szpitalu co najmniej 7 dni i był czasowo niezdolny do pracy przez okres 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 określonej w umowie za każdy dzień czasowej niezdolności do pracy, o ile czasowa niezdolność do pracy rozpocznie się w okresie ochrony. Wysokość świadczenia wskażemy 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 wypłaty świadczenia za 30 dni czasowej niezdolności do pracy, która rozpoczęła się w tym okresie. Limit 30 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 czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu, jeżeli pobyt w szpitalu, po którym Ubezpieczony był czasowo niezdolny do pracy, był następstwem choroby lub wypadku, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 68 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku.
4. Nie wypłacimy świadczenia za czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu, jeżeli pobyt w szpitalu po którym Ubezpieczony był czasowo niezdolny do pracy 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 razie późnego przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy karencję, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu, która rozpoczęła się w okresie 1 miesiąca od daty przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że pobyt w szpitalu był wynikiem wypadku.

§ 24. POBYT W SANATORIUM PO POBYCIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w sanatorium, który rozpoczął się w okresie ochrony, będącego kontynuacją leczenia przeprowadzonego w trakcie trwającego co najmniej 7 dni pobytu w szpitalu, wypłacimy świadczenie w wysokości 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 wskażemy 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 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, stanowiący kontynuację leczenia przeprowadzonego w trakcie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu będącego następstwem choroby lub wypadku, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 68 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku.
4. Nie wypłacimy świadczenia za pobyt Ubezpieczonego w sanatorium, stanowiący 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 razie późnego przystąpienia do umowy 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.

§ 25. 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 4 do tych o.w.u., wypłacimy mu

świadczenie w wysokości poniesionych kosztów – nie więcej jednak niż do określonego w umowie limitu dla 1 zabiegu. Pokrywamy koszty:

- a) zabiegu;
 - b) znieczulenia;
 - c) hospitalizacji;
 - d) opieki pielęgniarskiej;
 - e) lekarstw, transfuzji krwi, osocza, płynów dożylnych, iniekcji, środków opatrunkowych użytych podczas hospitalizacji lub zabiegu;
 - f) badań laboratoryjnych i diagnostycznych wykonanych podczas hospitalizacji;
 - g) jednej wizyty kontrolnej po wykonaniu zabiegu.
2. Wysokość limitu na jeden zabieg wskażemy w **certyfikacie**, przy czym wysokość limitu na wszystkie zabiegi wykonane w każdym 12. miesięcznym okresie, licząc od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego ograniczona jest do kwoty 5000 zł.
3. Nasza odpowiedzialność obejmuje jedynie koszty, które Ubezpieczony poniósł w następstwie poddania się w trakcie pobytu w szpitalu zabiegom, które były następstwem:
- a) **chorób** zdiagnozowanych w **okresie ochrony**; lub
 - b) obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia, jeżeli przyczyną poddania się przez Ubezpieczonego zabiegowi był **wypadek** lub **choroba**, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 68 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
5. Nie wypłacimy świadczenia ze leczenia Ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia, jeżeli:
 - a) **choroba** będąca przyczyną przeprowadzenia zabiegu była leczona lub prowadzono z jej powodu postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat bezpośrednio poprzedzających **datę przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego;
 - b) zabieg miał na celu leczenie **wad wrodzonych**, lub schorzeń bezpośrednio związanych z **wadami wrodzonymi**;
 - c) przeprowadzono zabieg chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem zabiegów mających na celu likwidację skutków **wypadków**.
6. W razie **późnego przystąpienia do umowy** 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**.

§ 26. 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 5 do tych o.w.u., związanemu z chorobą zdiagnozowaną w **okresie ochrony** lub z doznanymi obrażeniami ciała będącymi następstwem **wypadku**, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości ustalonej w umowie.
2. Wysokość świadczenia ustalimy w ten sposób, że za **zabiegi operacyjne**:
 - a) z kategorii A – wypłacimy świadczenie w wysokości 25% kwoty określonej w lit. d) poniżej;
 - b) z kategorii B – wypłacimy świadczenie w wysokości 50% kwoty określonej w lit. d) poniżej;
 - c) z kategorii C – wypłacimy świadczenie w wysokości 75% kwoty określonej w lit. d) poniżej;
 - d) z kategorii D – wypłacimy świadczenie w wysokości określonej w umowie i certyfikacie.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. 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**;

- c) **chorób**, które zostały zdiagnozowane u Ubezpieczonego (po raz pierwszy lub kolejny), lub były leczone, lub rozpoczęto z ich powodu postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat bezpośrednio poprzedzających objęcie ochroną Ubezpieczonego w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
4. Nie obejmujemy ochroną:
 - a) **zabiegów operacyjnych** prowadzonych w celach diagnostycznych;
 - b) **zabiegów operacyjnych** wykonywanych w warunkach ambulatoryjnych;
 - c) **zabiegów operacyjnych** dotyczących tylko skóry i tkanki podskórnej;
 - d) **zabiegów operacyjnych** przeprowadzonych w ramach chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - e) **zabiegów operacyjnych** cięcia cesarskiego, z wyłączeniem rozwiązania ciąży mnogiej przez cięcie cesarskie;
 - f) zabiegów małoinwazyjnych wykorzystujących techniki termoblacji (termolezji) lub krioblacji wybranych struktur układu nerwowego w celu zniesienia (blokowania) przewodzenia bólu.
5. Nie wypłacimy świadczenia za **zabiegi operacyjne** Ubezpieczonego, jeżeli przyczyną wykonania **zabiegu operacyjnego** był **wypadek** lub **choroba**, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 68 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
6. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, 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**.
7. Jeżeli na skutek tego samego **wypadku**, **choroby** lub jej zaostrzeń albo powikłań, Ubezpieczony poddał się więcej niż jednemu **zabiegowi operacyjnemu** w obrębie tego samego narządu, wypłacimy jedno świadczenie za **zabieg operacyjny** o najwyższej wartości świadczenia.
8. Jeżeli na skutek **choroby** lub **wypadku**, w trakcie jednego pobytu w sali operacyjnej, Ubezpieczony miał przeprowadzony **zabieg operacyjny** dotyczący kilku narządów, wypłacimy jedno świadczenie za **zabieg operacyjny** o najwyższej wartości świadczenia.

§ 27. 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 6 do tych o.w.u. przed upływem 3 miesięcy od wykonania **zabiegu operacyjnego** mającego miejsce w **okresie ochrony**, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie.
2. Wysokość świadczenia ustalimy w następujący sposób:
 - a) za powikłania z kategorii A, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 50% kwoty określonej w lit. b) poniżej;
 - b) za powikłania należące do kategorii B wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie i certyfikacie.

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 § 68 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 pobyt Ubezpieczonego w szpitalu co najmniej 3 dni po zabiegu;
 - c) w celach diagnostycznych.
6. Nie odpowiadamy za powikłania pooperacyjne będące zamierzonym następstwem przeprowadzonego w szpitalu zabiegu operacyjnego lub zaostreniem chorób współistniejących przed zabiegiem.

§ 28. LECZENIE SPECJALISTYCZNE UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

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

Tabela nr 7

(leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego)

METODY LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO	kategoria leczenia
ablacja (zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca)	B
chemioterapia w postaci przyjęcia co najmniej jednego cyklu terapeutycznego albo radioterapii	B
dializoterapia trwająca przez okres co najmniej trzech miesięcy w celu leczenia przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej	B
domowa terapia tlenem w leczeniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i astmy o ciężkim przebiegu, pod łącznym warunkiem: spełnienia kryteriów gazometrycznych: • paO_2 w spoczynku mniejsze lub równe 55 mm Hg z powtarzalnym wynikiem badania po miesiącu, • paO_2 w spoczynku w przedziale 56–60 mm Hg co najmniej przy występowaniu jednego z takich czynników, jak: radiologiczne cechy nadciśnienia płucnego, elektrokardiograficzne cechy przerostu prawej komory serca, wartość hematokrytu równa lub większa niż 55% z powtarzalnym wynikiem gazometrii po 3 miesiącach, • pozytywnej kwalifikacji przez Poradnię Domowego Leczenia Tlenem po 8 tygodniach od hospitalizacji po ostatnim zaostreniu choroby, • wartość czynnika $SpO_2 \leq 92\%$, oraz występuje klinicznie nasilona duszność, • zalecenia tlenoterapii powyżej 15 h/ dobę	B
leczenie metodą Gamma Knife zmian chorobowych w obrębie czaszki i górnego odcinka kręgosłupa szyjnego	A
terapia interferonowa w zakresie leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C lub stwardnienia rozsianego (podawanie drogą pozajelitową interferonu)	B
trombektomia mechaniczna w udarze niedokrwiennym mózgu (zabieg wewnątrznaczyniowy wykonany celem usunięcia niedrożności w obszarze unaczynienia mózgowego)	A
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)	A
wszczepienie implantu ślimakowego (wszczepienie implantu ślimakowego celem leczenia całkowitej obustronnej głuchoty, częściowej głuchoty lub głębokiego ubytku słuchu – niedosłuchu)	A
wszczepienie kardiowertera/defibrylatora (urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną wszczepianego osobom, które mają poważne zaburzenia rytmu pochodzenia komorowego lub epizody nagłego zatrzymania krążenia)	B
wszczepienie rozrusznika serca (urządzenia elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca, wszczepianego do ciała chorego)	B

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do pierwszego w okresie ochrony zastosowania względem Ubezpieczonego leczenia specjalistycznego w ramach każdej z opisanych w tabeli nr 7 metod leczenia specjalistycznego.
4. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia w przypadku stosowania u Ubezpieczonego zarówno leczenia specjalistycznego będącego chemioterapią, jak i leczenia specjalistycznego będącego radioterapią, o ile oba te leczenie stosowane są do tej samej jednostki chorobowej lub zachodzi związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zastosowaniem obu tych metod leczenia specjalistycznego.
5. Nie wypłacimy świadczenia za drugie i następne leczenie specjalistyczne w przypadku, gdy drugie i następne leczenie specjalistyczne będzie bezpośrednim następstwem leczenia specjalistycznego, za które wypłaciliśmy świadczenie z umowy.
6. W razie późnego przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy karencję, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego rozpoczęte w okresie 1 miesiąca od daty przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że leczenie specjalistyczne było wynikiem wypadku.
7. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego, jeżeli leczenie specjalistyczne było skutkiem:
 - a) okoliczności wskazanych w § 68 tych o.w.u.;
 - b) zatrucia się Ubezpieczonego substancjami statymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku;
 - c) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku.
8. Nie odpowiadamy za zastosowanie leczenia specjalistycznego u Ubezpieczonego, które rozpoczęło się przed datą przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
9. Nie odpowiadamy za leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego polegające na domowej terapii tlenem w leczeniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i astmy o ciężkim przebiegu, które było skutkiem:
 - a) pozapalnego zwłóknienia i marskości płuc;
 - b) pylicy płuc;
 - c) samoistnego włóknienia płuc;
 - d) mukowiscydozy;
 - e) przewlekłej niewydolności serca;
 - f) przewlekłej zatorowości płucnej;

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

§ 29. KARDIOLOGICZNE LECZENIE SPECJALISTYCZNE UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. Wyptacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w **umowie**, w przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego w **okresie ochrony** jednej z następujących metod kardiologicznego leczenia specjalistycznego:
 - a) ablacji (zabiegu wykonywanego za pomocą prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca);
 - b) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora (urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną, wszczepianego osobom, które mają poważne zaburzenia rytmu pochodzenia komorowego lub epizody nagłego zatrzymania krążenia);
 - c) wszczepienia rozrusznika serca (urządzenia elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca).
2. Wysokość świadczenia wskażemy w **certyfikacie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do pierwszego w **okresie ochrony** zastosowania u Ubezpieczonego kardiologicznego leczenia specjalistycznego w ramach każdej z opisanych w ust. 1 metod kardiologicznego leczenia specjalistycznego.
4. Nie wyptacimy świadczenia za drugie i następne kardiologiczne leczenie specjalistyczne w przypadku, gdy drugie i następne kardiologiczne leczenie specjalistyczne będzie bezpośrednim następstwem kardiologicznego leczenia specjalistycznego, za które wyptaciliśmy świadczenie z **umowy**.
5. W razie **późnego przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wyptacimy świadczenia za kardiologiczne leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego mające miejsce w okresie 1 miesiąca od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że kardiologiczne leczenie specjalistyczne było wynikiem **wypadku**.
6. Nie wyptacimy świadczenia za kardiologiczne leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego, jeżeli leczenie specjalistyczne było skutkiem:
 - a) okoliczności wskazanych w § 68 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**.
7. Nie odpowiadamy za zastosowanie kardiologicznego leczenia specjalistycznego u Ubezpieczonego, które rozpoczęło się przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.

§ 30. TELEOPIEKA KARDIOLOGICZNA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, trwał co najmniej 3 dni i był następstwem **choroby** wymienionej w załączniku nr 7 do tych o.w.u., za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy na terytorium Polski i pokryjemy koszty następujących świadczeń:
 - a) dostarczenia Ubezpieczonemu **zestawu teleopieki kardiologicznej**;
 - b) przeprowadzenia telefonicznego szkolenia z obsługi aparatu EKG, stanowiącego element **zestawu teleopieki kardiologicznej**;
 - c) telefonicznej opieki kardiologicznej;
 - d) odbioru aparatu EKG wraz z dostarczoną do niego **ładownicą**, stanowiącą 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 całonocowego dostępu do następujących usług (bez limitu ilościowego):

- a) rejestrowania w systemie telemedycznym badań przesłanych przez Ubezpieczonego za pomocą otrzymanego aparatu EKG;
 - b) analizy badań;
 - c) stałego kontaktu telefonicznego z personelem medycznym;
 - d) dostępu do informacji na temat wyniku badań pod numerem znajdującym się na aparacie EKG;
 - e) archiwizacji wszystkich wykonanych badań wraz z ich wynikami przez okres 20 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;
 - f) udostępnienia drogą telefoniczną po uprzedniej weryfikacji tożsamości lub mailową (w postaci zaszyfrowanych plików) wyników badań Ubezpieczonemu lub wskazanemu przez niego lekarzowi lub innej osobie;
 - g) wezwania pogotowia ratunkowego do miejsca pobytu Ubezpieczonego, w przypadku stwierdzenia przez lekarza dyżurnego uzasadnionej medycznie potrzeby pomocy medycznej oraz posiadania wiedzy o miejscu pobytu Ubezpieczonego, a także poinformowanie o tym fakcie wskazanej przez Ubezpieczonego osoby;
 - h) przekazywania dyspozytorowi pogotowia ratunkowego informacji na temat wyniku badania Ubezpieczonego.
3. **Zestaw teleopieki kardiologicznej** i telefoniczna opieka kardiologiczna przysługują Ubezpieczonemu przez okres 180 dni licząc od daty dostarczenia Ubezpieczonemu zestawu.
 4. Jeśli w okresie posiadania **zestawu teleopieki kardiologicznej**, Ubezpieczony rozpocznie kolejny pobyt w **szpitalu**, spełniający przesłanki, o których mowa w ust. 1, okres przysługiwania **zestawu teleopieki kardiologicznej** i telefonicznej opieki kardiologicznej 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:
 - a) postępować zgodnie z dyspozycjami w zakresie korzystania z aparatu EKG oraz niezwłocznie informować o dostrzeżonych oznakach nieprawidłowego działania, awarii, uszkodzenia lub utrudnieniach w działaniu aparatu;
 - b) nie przekazywać aparatu EKG innym osobom i korzystać z teleopieki kardiologicznej wyłącznie na własny użytek;
 - c) korzystać z aparatu EKG zgodnie z przekazaną Ubezpieczonemu instrukcją obsługi;
 - d) do zwrotu aparatu EKG po zakończeniu teleopieki kardiologicznej. W tym celu skontaktujemy się z Ubezpieczonym i ustalimy sposób i termin zwrotu aparatu EKG wraz z dostarczoną do niego **ładownicą**. 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 7 do tych o.w.u., był skutkiem:
 - a) popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu;
 - b) leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie;
 - c) zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania;
 - d) reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, epidemii lub pandemii.
9. Nie organizujemy i nie ponosimy kosztów świadczeń teleopieki kardiologicznej, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w **szpitalu** w następstwie **choroby** wymienionej w załączniku nr 7 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 w przypadku wystąpienia **siły wyższej**.
11. Nie ponosimy kosztów połączeń telefonicznych. Opłaty za połączenia są zgodne z cennikiem operatora.

§ 31. 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:

- a) 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;
- b) porady terapeutycznej, która obejmuje:
 - ordynację leków,
 - ćwiczenia oddechowe,
 - ćwiczenia relaksacyjne,
 - ćwiczenia z zakresu emisji głosu,
 - ćwiczenia manipulacyjne na krtani,
 - zabiegifizjoterapeutyczne(elektryzacja krtani, inhalacjelekowe).

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:
 - a) okoliczności wskazanych w § 68 ust. 1 lub 2 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**;
 - d) epidemii lub pandemii ogłoszonych przez organy administracji państwowej.

§ 32. WYSTĄPIENIE U UBEZPIECZONEGO NIEZDOLNOŚCI 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 8 do tych o.w.u., która została zdiagnozowana w **okresie ochrony**, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie. Wysokość świadczenia wskażemy w **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:
 - a) okoliczności wskazanych w § 68 ust. 1 lub 2 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 niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**;
 - d) epidemii lub pandemii ogłoszonych przez organy administracji państwowej.

§ 33. 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 określonej w umowie.
2. Świadczenie może być wypłacone w formie jednorazowej lub w formie renty, w zależności od postanowień umowy. Świadczenie w formie renty wypłacimy 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.
3. Wysokość i formę wypłaty świadczenia wskażemy w **certyfikacie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. 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:
 - a) okoliczności wskazanych w § 68 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
5. Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u Ubezpieczonego **całkowitej niezdolności do pracy** lub **niezdolności do samodzielnej egzystencji**, jeżeli wystąpił po upływie 12 miesięcy od:
 - a) wystąpienia **wypadku** – w przypadku **całkowitej niezdolności do pracy** lub **niezdolności do samodzielnej egzystencji** będących następstwem **wypadku**;
 - b) wygaśnięcia ochrony względem Ubezpieczonego w zakresie tego świadczenia dodatkowego – w przypadku **całkowitej niezdolności do pracy** lub **niezdolności do samodzielnej egzystencji** będących następstwem choroby.
6. Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u Ubezpieczonego **niezdolności do samodzielnej egzystencji**, jeżeli wystąpi ona wskutek zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS).

§ 34. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku**, jeżeli uszczerbek na zdrowiu ujawni się w okresie 180 dni od dnia **wypadku** i – w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym w dniu **wypadku** będzie objęty Ubezpieczony – został wymieniony w:
 - a) dla zakresu podstawowego – w załączniku nr 9 do tych o.w.u.;
 - albo
 - b) dla zakresu rozszerzonego – w załączniku nr 10 do tych o.w.u.;
 - albo
 - c) dla zakresu rozszerzonego progresywnego – w załączniku nr 10 do tych o.w.u.,wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie.
2. W umowie wskażemy wysokość świadczeń za 1% i za 100% **trwałego uszczerbku na zdrowiu**.
3. Dla zakresu podstawowego za każdy 1% **trwałego uszczerbku na zdrowiu** Ubezpieczonemu wypłacimy 1% świadczenia z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu**. Wysokość **trwałego uszczerbku na zdrowiu** przyjmowana jest na podstawie załącznika nr 9 do tych o.w.u.
4. Dla zakresu rozszerzonego za każdy 1% **trwałego uszczerbku na zdrowiu** Ubezpieczonemu wypłacimy 1% świadczenia z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu**. Wysokość **trwałego uszczerbku na zdrowiu** przyjmowana jest na podstawie załącznika nr 10 do tych o.w.u.
5. Dla zakresu rozszerzonego progresywnego dla uszczerbków do 10% za każdy 1% uszczerbku wypłacimy 1% świadczenia z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu**, oraz za każdy kolejny 1% uszczerbku powyżej 10% wypłacimy 4% świadczenia z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu**. Wysokość **trwałego uszczerbku na zdrowiu** przyjmowana jest na podstawie załącznika nr 10 do tych o.w.u.
6. Wysokość i sposób ustalania świadczenia wskażemy w **certyfikacie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

7. Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u Ubezpieczonego **trwałego uszczerbku na zdrowiu**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną **trwałego uszczerbku na zdrowiu** powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 68 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. W odniesieniu do:
 - a) urazów leczonych tylko zachowawczo, a następnie leczonych operacyjnie, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wysokości świadczeń z tytułu urazów leczonych operacyjnie,
 - b) skręceń i zwichnięć w obrębie tego samego stawu, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do jednego **wypadku** w każdym 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.
9. Nasza odpowiedzialność z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku** nie obejmuje:

- a) pourazowych psychoz, encefalopatii i nerwic;
 - b) **trwałego uszczerbku na zdrowiu**, którego przyczyną było nadwyrężenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się, co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla Ubezpieczonego.
10. 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%.
11. Przy ustalaniu **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie wypadku nie bierzemy pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
12. 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.

§ 35. 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 11 do tych o.w.u., jeżeli uszczerbek na zdrowiu ujawnił się w okresie 6 miesięcy od **zawału serca** lub **udar mózgu** mającego miejsce w **okresie ochrony**, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie.
2. Wysokość świadczenia ustalimy w ten sposób, że za każdy 1% **trwałego uszczerbku na zdrowiu** Ubezpieczonemu przysługiwać będzie 1% świadczenia z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu**. Wysokość **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu** przyjmowana jest na podstawie załącznika nr 11 do tych o.w.u. Wysokość świadczenia wskażemy w 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 § 68 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 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;
 - 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. Przy ustalaniu procentu **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu** nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.

9. 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.

§ 36. 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 określonej w umowie. Wysokość świadczenia wskażemy w 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 § 68 ust. 1 lub 3 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
3. Nasza odpowiedzialność z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego urazu **niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie wypadku:
 - a) nie obejmuje urazów, których przyczyną było nadwyrężenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się, co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla Ubezpieczonego,
 - 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.

§ 37. LECZENIE UBEZPIECZONEGO W POLSCE W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku, gdy w następstwie **wypadku** mającego miejsce na terytorium Polski, u Ubezpieczonego wystąpił rozstrój zdrowia lub uszkodzenie ciała, na podstawie skierowania od lekarza prowadzącego, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń medycznych na zasadach określonych poniżej oraz w tabeli nr 8.
2. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do 10 świadczeń medycznych (z niżej wskazanych, dostępnych 17 świadczeń medycznych), na każdy **wypadek**, przy czym z badania tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego oraz rehabilitacji Ubezpieczony może skorzystać tylko raz na każdy **wypadek**. Za jedno świadczenie w ramach rehabilitacji uznajemy maksymalnie 10 zabiegów zaleconych na jednym skierowaniu w odniesieniu do tego samego **wypadku**.
3. W odniesieniu do wskazanych niżej świadczeń medycznych:
 - a) zabiegi ambulatoryjne;
 - b) badania laboratoryjne;
 - c) badania radiologiczne;
 - d) badania ultrasonograficzne;
 - e) rehabilitacja;
 - f) tomografia komputerowa;
 - g) rezonans magnetyczny,
 zorganizujemy i pokryjemy koszty tych świadczeń wyłącznie w zakresie procedur medycznych wskazanych w załączniku nr 2 do tych o.w.u.
4. Badanie laboratoryjne traktowane jest jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania w odniesieniu do jednego **wypadku**, niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez lekarza prowadzącego leczenie.
5. W odniesieniu do jednego **wypadku**, realizacja któregośkolwiek ze świadczeń medycznych pomniejsza maksymalną liczbę dziesięciu świadczeń medycznych do wykorzystania.

Tabela nr 8
(świadczenia medyczne dla Ubezpieczonego po wypadku)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA		Wysokość limitu na każdy wypadek
Świadczenia medyczne dla Ubezpieczonego wykonywane wyłącznie na terenie Polski. Do wykorzystania maksymalnie dziesięć (10) świadczeń medycznych na każdy wypadek:		
1. konsultacja chirurga	8. konsultacja lekarza rehabilitacji	świadczenia do wielokrotnego wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dziesięciu (10) świadczeń medycznych do wykorzystania
2. konsultacja okulisty	9. konsultacja neurochirurga	
3. konsultacja otolaryngologa	10. konsultacja psychologa	
4. konsultacja ortopedy	11. zabiegi ambulatoryjne	
5. konsultacja kardiologa	12. badania laboratoryjne	
6. konsultacja neurologa	13. badania radiologiczne (RTG)	
7. konsultacja pulmonologa	14. badania ultrasonograficzne (USG)	
15. rehabilitacja (wizyta fizjoterapeuty w miejscu zamieszkania lub wizyta Ubezpieczonego w poradni rehabilitacyjnej)		maksymalnie jedno (1) świadczenie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dziesięciu (10) świadczeń medycznych do wykorzystania, przy czym za jedno (1) świadczenie uznajemy maksymalnie 10 zabiegów zaleconych na jednym skierowaniu
16. tomografia komputerowa		maksymalnie jedno (1) badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dziesięciu (10) świadczeń medycznych do wykorzystania
17. rezonans magnetyczny		maksymalnie jedno (1) badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dziesięciu (10) świadczeń medycznych do wykorzystania

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

6. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów świadczeń medycznych będących następstwem wypadku, który powstanie wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 68 ust. 1 lub 3 tych o.w.u.;
 - b) umyślnego działania Ubezpieczonego, próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku;
 - c) leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie;
 - d) zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania.
7. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji świadczenia medycznego, jeżeli do opóźnienia doszło na skutek siły wyższej.
8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje urazów, których przyczyną było nadwyższenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla Ubezpieczonego.
9. Koszty świadczeń medycznych pokrywamy bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek medycznych realizujących te świadczenia medyczne.

- j) koszty zakupu lub wypożyczenia wózka inwalidzkiego zaleconego przez lekarza;
- k) koszty zdjęć rentgenowskich, USG i innych badań diagnostycznych zaleconych przez lekarza niezbędnych w procesie leczenia powypadkowego.
2. Wysokość limitu świadczenia na 1 wypadek wskażemy w 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 § 68 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 nieuznanych w sposób naukowy i medyczny;
 - c) niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego;
 - d) zakupu artykułów żywnościowych;
 - e) pielęgnacji Ubezpieczonego;
 - f) pobytów w sanatoriach lub uzdrowiskach, ani podróży do tych miejsc.
6. Nie odpowiadamy za koszty leczenia Ubezpieczonego, jeżeli przyczyną ich poniesienia było nadwyższenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla Ubezpieczonego.

§ 38. 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 określonego w umowie limitu na każdy wypadek – jeśli w następstwie wypadku Ubezpieczony poniesie te koszty na terenie Polski. Do kosztów tych należą:
 - a) honoraria lekarskie;
 - b) koszty leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego zaleconego przez lekarza;
 - c) koszty zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym zaleconych przez lekarza;
 - d) koszty lekarstw zaleconych przez lekarza;
 - e) koszty operacji plastycznych zaleconych przez lekarza;
 - f) koszty transportu medycznego Ubezpieczonego środkami ratownictwa medycznego, jakiego wymaga stan zdrowia Ubezpieczonego;
 - g) koszty zakupu lub wypożyczenia protez i środków pomocniczych zaleconych przez lekarza;
 - h) koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego zaleconego przez lekarza;
 - i) koszty zakupu środków opatrunkowych zaleconych przez lekarza;

§ 39. ŚWIADCZENIA ASSISTANCE I TELEMEDYCYNĄ

ŚWIADCZENIA DLA UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku zaistnienia w okresie ochrony zdarzeń dotyczących Ubezpieczonego, wymienionych w tabeli nr 9 poniżej, za pośrednictwem centrum operacyjnego zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń assistance i telemedycyny wymienionych w tej tabeli.
2. Koszty, o których mowa w ust. 1 pokrywamy do wysokości łącznego limitu 10 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia, z uwzględnieniem podlimitów wskazanych w tabeli nr 9.

Tabela nr 9
(świadczenia dla Ubezpieczonego)

Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia assistance i telemedycyny wykonywane wyłącznie na terenie Polski (z wyjątkiem świadczenia assistance – pomoc medyczna za granicą), z uwzględnieniem podlimitów dla danego świadczenia i limitu łącznego na zdarzenie:		Podlimity obowiązujące dla danego świadczenia na każde zdarzenie w ramach łącznego limitu 10.000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia
I. POMOC UBEZPIECZONEMU W RAZIE WYSTĄPIENIA CHOROBY LUB WYPADKU		
1.	Dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza Gdy w wyniku choroby lub wypadku Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagane jest leżenie, pokryjemy koszty dostarczenia leków zaordynowanych przez lekarza. Koszt leków nie jest przez nas pokrywany.	
2.	Transporty medyczne ze wskazaną osobą z miejsca pobytu do placówki medycznej Transporty medyczne są organizowane do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, gdy w wyniku choroby lub wypadku wymagany jest pobyt Ubezpieczonego w placówce medycznej; transporty medyczne są organizowane, gdy nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej.	
3.	Transporty medyczne ze wskazaną osobą z placówki medycznej do miejsca zamieszkania Na wniosek Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego z placówki medycznej, w której przebywa Ubezpieczony do miejsca jego pobytu.	
4.	Transporty medyczne ze wskazaną osobą z placówki medycznej do placówki medycznej Transporty są organizowane w przypadku, gdy placówka medyczna nie odpowiada pod względem medycznym wymogom leczenia odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego lub gdy wystawiono skierowanie na badania specjalistyczne albo zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej; transporty są organizowane, gdy nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej.	
5.	Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego Jeżeli w następstwie choroby lub wypadku Ubezpieczonego zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagana jest rehabilitacja w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, zorganizujemy i pokryjemy koszty:	1000 zł w przypadku choroby lub
a.	wizyt fizykoterapeuty w domu Ubezpieczonego, albo	2000 zł po wypadku
b.	transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej.	
6.	Organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego Jeżeli w następstwie choroby lub wypadku Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagane jest używanie sprzętu rehabilitacyjnego w domu, zapewnimy:	
a.	organizację i pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do domu Ubezpieczonego;	500 zł
b.	pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego;	500 zł
c.	podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny.	bez limitu
7.	Opieka nad niepełnoletnimi dziećmi i osobami niesamodzielnymi Gdy w wyniku choroby lub wypadku Ubezpieczonego wymagany jest pobyt w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zorganizujemy i pokryjemy następujące koszty dotyczące jego niepełnoletnich dzieci lub osób niesamozależnych pozostających pod jego opieką:	
a.	przewozu komunikacją kolejową lub autobusową niepełnoletnich dzieci pod opieką osoby przez nas uprawnionej do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe) – świadczenie jest realizowane o ile na trasie do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki funkcjonuje komunikacja kolejowa lub autobusowa;	
b.	przejazdu komunikacją kolejową lub autobusową osoby wyznaczonej do opieki z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania niepełnoletnich dzieci/osoby niesamozależnej i jej powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe) – świadczenie jest realizowane o ile na trasie do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki funkcjonuje komunikacja kolejowa lub autobusowa. Powyższe usługi wymienione w pkt 7 ppkt a. i b. realizowane są po uzyskaniu przez lekarza uprawnionego informacji ze szpitala o przewidywanym czasie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu oraz gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki; w przypadku gdy nie udało nam się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt 7 ppkt a. lub b., zapewnimy:	
c.	organizację i pokrycie kosztów opieki w miejscu zamieszkania niepełnoletnich dzieci/osoby niesamozależnej przez maksymalnie 5 dni.	
8.	Opieka pielęgniarki po pobycie w szpitalu Jeżeli Ubezpieczony w wyniku choroby lub wypadku przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zorganizujemy i pokryjemy koszty opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w związku z medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu jego zamieszkania; usługa świadczona jest maksymalnie przez 5 dni.	
9.	Pomoc domowa po pobycie w szpitalu Jeżeli Ubezpieczony przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni i według jego oświadczenia nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej (przygotowanie posiłków, zakupy podstawowych artykułów spożywczych) po zakończeniu hospitalizacji; usługa świadczona jest maksymalnie przez 5 dni. Nie pokrywamy kosztów posiłków, ani artykułów spożywczych.	
10.	Pomoc medyczna za granicą Jeżeli poza granicami Polski Ubezpieczony wymaga udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji lekarskich oraz honorariów i dojazdów lekarza do miejsca pobytu, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej. Wartość świadczenia stanowi równowartość kwoty przeliczonej z waluty danego kraju na złote polskie (PLN), według kursu opublikowanego przez NBP w tabelach kursów średnich walut obcych z dnia skorzystania ze świadczenia.	
11.	Opieka nad zwierzętami domowymi w czasie pobytu w szpitalu Po uzyskaniu przez lekarza uprawnionego informacji o przewidywanym czasie pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty jednego z następujących świadczeń:	
a.	opieki nad zwierzętami domowymi (psami i kotami) w miejscu jego zamieszkania, maksymalnie przez okres 6 kolejnych dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, na wniosek Ubezpieczonego skontaktujemy się z dalszą rodziną lub schroniskiem/hotelem dla zwierząt w celu zorganizowania dalszej opieki na jego koszt;	
b.	transportu zwierząt domowych (psów i kotów) do osoby lub hotelu dla zwierząt wyznaczonych przez Ubezpieczonego.	
II. POMOC UBEZPIECZONEMU W RAZIE WYSTĄPIENIA WYPADKU		
	Wizyta lekarska W razie wystąpienia wypadku u Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji lekarskich oraz honorariów i dojazdów lekarza do miejsca pobytu, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej.	500 zł

Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia assistance i telemedycyny wykonywane wyłącznie na terenie Polski (z wyjątkiem świadczenia assistance – pomoc medyczna za granicą), z uwzględnieniem podlimitów dla danego świadczenia i limitu łącznego na zdarzenie:	Podlimity obowiązujące dla danego świadczenia na każde zdarzenie w ramach łącznego limitu 10.000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia
III. ŚWIADCZENIA W TRUDNYCH SYTUACJACH LOSOWYCH UBEZPIECZONEGO	
Pomoc psychologa Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt u psychologa w razie wystąpienia u Ubezpieczonego następujących trudnych sytuacji losowych: - poronienia, śmierci dziecka lub urodzenia martwego dziecka - choroby zakwalifikowanej w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia odżywiania (F50) - samookaleczenia lub próby samobójczej - śmierci małżonka albo partnera, dziecka, rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera.	
IV. INFOLINIE DLA UBEZPIECZONEGO	
- Infolinia medyczna w razie choroby lub wypadku Ubezpieczonego – informacje o: - państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia - działaniu leków, ich skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży - placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne - placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny - niezbędnych przygotowaniach do zabiegów lub badań medycznych - domach pomocy społecznej, hospicjach - schorzeniach, stosowanych metodach leczenia i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów prawa) - niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku - grupach wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na schorzenia, kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci - aptekach czynnych przez całą dobę - szczepieniach i zagrożeniach epidemiologicznych dla podróżujących - poradniach i placówkach leczenia uzależnień od narkotyków. Informacje, o których mowa w ppkt a.-l. powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.	bez limitu
- Infolinia zdrowe odżywianie w razie ciąży, choroby lub wypadku Ubezpieczonego – informacje o: - dietach dla dzieci, dorosłych, osób starszych, kobiet w ciąży - diecie bezglutenowej - diecie dla cukrzyków - diecie dla osób otyłych - zasadach zdrowego odżywiania - tabelach kalorycznych, tabelach indeksu glikemicznego - zapotrzebowaniu organizmu na witaminy lub mikroelementy w razie choroby - funkcjach poszczególnych witamin w organizmie - danych teledresowych lekarzy dietetyków. Informacje, o których mowa w ppkt. a.-i. nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego	bez limitu
- Infolinia baby assistance w razie ciąży lub urodzenia się dziecka Ubezpieczonego – informacje o: - objawach ciąży - badaniach prenatalnych - wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu - szkółach rodzenia - pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie - karmieniu dziecka - obowiązkowych szczepieniach dzieci - pielęgnacji dziecka. Informacje, o których mowa w ppkt. a.-h. nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego	bez limitu
- Infolinia pogrzebowa w razie śmierci osoby bliskiej – informacje o: - procedurach postępowania w Polsce w razie śmierci osoby bliskiej i wydaniu karty zgonu, w zależności od okoliczności śmierci - terminach zgłoszenia zgonu w Urzędzie Stanu Cywilnego - dokumentach niezbędnych do wydania aktu zgonu - danych teledresowych zakładów pogrzebowych - dokumentów wymaganych przez zakład pogrzebowy - zasiłku pogrzebowego z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych: - komu przysługuje, - wysokość zasiłku, - wymagane dokumenty, - przedawnienie roszczeń o jego wypłatę; - danych teledresowych kwiaciarni.	bez limitu

Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia assistance i telemedycyny wykonywane wyłącznie na terenie Polski (z wyjątkiem świadczenia assistance – pomoc medyczna za granicą), z uwzględnieniem podlimitów dla danego świadczenia i limitu łącznego na zdarzenie:		Podlimity obowiązujące dla danego świadczenia na każde zdarzenie w ramach łącznego limitu 10.000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia
V.	TELEMEDYCYNĄ W RAZIE CHOROBY, NASILENIA OBJAWÓW CHOROBOWYCH O OSTRYM PRZEBIEGU POZOSTAJĄCYCH W BEZPOŚREDNIM ZWIĄZKU Z CHOROBA PRZEWLEKŁĄ, WYMAGAJĄCYCH NATYCHMIASTOWEJ PORADY LEKARSKIEJ LUB WYPADKU UBEZPIECZONEGO	
	Zorganizujemy i pokryjemy koszty zdalnych porad lekarskich, udzielanych przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę, w tym: teleporady, wideoporady lub porady za pośrednictwem chatu (w ramach usługi nie jest możliwe postawienie diagnozy), obejmujących:	
a.	wystawienie e-recepty przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę (w przypadkach medycznie uzasadnionych)	6 porad lekarskich w każdym 12. miesięcznym okresie liczącym począwszy od daty przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego
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.	

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

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia lub małżonka albo partnera. W przypadku zaistnienia w okresie ochrony zdarzeń w życiu Ubezpieczonego, wymienionych w tabeli nr 10 poniżej, 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 10, przy czym w odniesieniu do jednego zdarzenia łączny limit naszej odpowiedzialności to 10 000 zł.

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

Tabela nr 10

(świadczenia związane z małżonkiem albo partnerem lub dzieckiem, które nie ukończyło 25 roku życia)

Świadczenia assistance i telemedycyny wykonywane wyłącznie na terenie Polski (z wyjątkiem świadczenia assistance – pomoc medyczna za granicą), z uwzględnieniem sum ubezpieczenia assistance dla danego świadczenia i limitu łącznego na zdarzenie:		Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każde zdarzenie, w ramach łącznego limitu 10 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia
I.	POMOC MAŁŻONKOWI ALBO PARTNEROWI LUB DZIECKU, KTÓRE NIE UKOŃCZYŁO 25 ROKU ŻYCIA W RAZIE WYSTĄPIENIA CHOROBY LUB WYPADKU	
1.	Dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza. Gdy w wyniku choroby lub wypadku małżonka albo partnera lub dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagane jest leżenie, pokryjemy koszty dostarczenia leków zaordynowanych przez lekarza. Koszt leków nie jest przez nas pokrywany.	500 zł
2.	Transporty medyczne ze wskazaną osobą z miejsca pobytu do placówki medycznej. Transporty medyczne są organizowane do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, gdy w wyniku choroby lub wypadku wymagany jest pobyt małżonka albo partnera lub dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia, w placówce medycznej; transporty medyczne są organizowane, gdy nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej.	1200 zł
3.	Transporty medyczne ze wskazaną osobą z placówki medycznej do miejsca zamieszkania. Na wniosek małżonka albo partnera lub dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego z placówki medycznej, w której przebywa małżonek albo partner lub dziecko, które nie ukończyło 25 roku życia do miejsca jego pobytu.	1200 zł
4.	Transporty medyczne ze wskazaną osobą z placówki medycznej do placówki medycznej. Transporty są organizowane w przypadku, gdy placówka medyczna nie odpowiada pod względem medycznym wymogom leczenia odpowiednim dla stanu zdrowia małżonka albo partnera lub dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia, lub gdy wystawiono skierowanie na badania specjalistyczne albo zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej; transporty są organizowane, gdy nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej.	1200 zł
5.	Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego. Jeżeli w następstwie choroby lub wypadku małżonka albo partnera lub dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagana jest rehabilitacja w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, zorganizujemy i pokryjemy koszty:	1000 zł w przypadku choroby lub
a.	wizyt fizykoterapeuty w domu osoby korzystającej z rehabilitacji, albo	2000 zł po wypadku
b.	transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej.	

Świadczenia assistance i telemedycyny wykonywane wyłącznie na terenie Polski (z wyjątkiem świadczenia assistance – pomoc medyczna za granicą), z uwzględnieniem sum ubezpieczenia assistance dla danego świadczenia i limitu łącznego na zdarzenie:		Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każde zdarzenie, w ramach łącznego limitu 10 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia
6.	Organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego Jeżeli w następstwie choroby lub wypadku małżonka albo partnera lub dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagane jest używanie sprzętu rehabilitacyjnego w domu, zapewnimy:	
a.	organizację i pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do domu osoby, dla której wypożyczono lub zakupiono sprzęt rehabilitacyjny;	500 zł
b.	pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego.	500 zł
7.	Opieka nad niepełnoletnimi dziećmi i osobami niesamodzielnymi Gdy w wyniku choroby lub wypadku 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 zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe) – świadczenie jest realizowane o ile na trasie do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki funkcjonuje komunikacja kolejowa lub autobusowa	1200 zł
b.	przejazdu komunikacją kolejową lub autobusową osoby wyznaczonej do opieki z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania niepełnoletnich dzieci/osoby niesamodzielnej i jej powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe) – świadczenie jest realizowane o ile na trasie do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki funkcjonuje komunikacja kolejowa lub autobusowa. Powyższe usługi wymienione w pkt 7 ppkt a. i b. realizowane są po uzyskaniu przez lekarza uprawnionego informacji o przewidywanym czasie pobytu małżonka albo partnera lub dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia w szpitalu oraz gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki; w przypadku gdy nie udało nam się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt 7 ppkt a. lub b., zapewnimy:	
c.	organizację i pokrycie kosztów opieki w miejscu zamieszkania niepełnoletnich dzieci/osoby niesamodzielnej przez maksymalnie 5 dni.	
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
10.	Opieka pielęgniarki po pobycie w szpitalu Jeżeli małżonek albo partner lub dziecko, które nie ukończyło 25 roku życia w wyniku choroby lub wypadku przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zorganizujemy i pokryjemy koszty opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w związku z medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu jego zamieszkania; usługa świadczona jest maksymalnie przez 5 dni.	1200 zł
11.	Pomoc domowa po pobycie w szpitalu Jeżeli małżonek albo partner lub dziecko, które nie ukończyło 25 roku życia przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni i według jego oświadczenia nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej (przygotowanie posiłków, zakupy podstawowych artykułów spożywczych) po zakończeniu hospitalizacji; usługa świadczona jest maksymalnie przez 5 dni. Nie pokrywamy kosztów posiłków, ani artykułów spożywczych.	1200 zł
12.	Pomoc medyczna za granicą Jeżeli poza granicami Polski małżonek albo partner lub dziecko, które nie ukończyło 25 roku życia wymaga udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji lekarskich oraz honorariów i dojazdów lekarza do miejsca pobytu, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej. Wartość świadczenia stanowi równowartość kwoty przeliczonej z waluty danego kraju na złote polskie (PLN), według kursu opublikowanego przez NBP w tabelach kursów średnich walut obcych z dnia skorzystania ze świadczenia.	1200 zł
13.	Opieka nad zwierzętami domowymi w czasie pobytu w szpitalu Po uzyskaniu przez lekarza uprawnionego informacji o przewidywanym czasie pobytu w szpitalu małżonka albo partnera lub dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia, zorganizujemy i pokryjemy koszty jednego z następujących świadczeń:	
a.	opieki nad zwierzętami domowymi (psami i kotami) w miejscu jego zamieszkania, maksymalnie przez okres 6 kolejnych dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, na wniosek małżonka albo partnera lub dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia, skontaktujemy się z dalszą rodziną lub schroniskiem/hotelem dla zwierząt w celu zorganizowania dalszej opieki na jego koszt;	1200 zł
b.	transportu zwierząt domowych (psów i kotów) do osoby lub hotelu dla zwierząt wyznaczonych przez małżonka, partnera lub dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia.	
II. POMOC MAŁŻONKOWI ALBO PARTNEROWI LUB DZIECKU, KTÓRE NIE UKOŃCZYŁO 25 ROKU ŻYCIA, W RAZIE WYSTĄPIENIA WYPADKU		
	Wizyta lekarska W razie wystąpienia wypadku u małżonka albo partnera lub dziecka, które nie ukończyło 25 roku 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

Świadczenia assistance i telemedycyny wykonywane wyłącznie na terenie Polski (z wyjątkiem świadczenia assistance – pomoc medyczna za granicą), z uwzględnieniem sum ubezpieczenia assistance dla danego świadczenia i limitu łącznego na zdarzenie:		Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każde zdarzenie, w ramach łącznego limitu 10 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia
III.	ŚWIADCZENIA W TRUDNYCH SYTUACJACH LOSOWYCH MAŁŻONKA ALBO PARTNERA LUB DZIECKA, KTÓRE NIE UKOŃCZYŁO 25 ROKU ŻYCIA	
	Pomoc psychologa Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt u psychologa w razie wystąpienia u małżonka albo partnera lub dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia, następujących trudnych sytuacji losowych:	
a.	poronienia, śmierci dziecka lub urodzenia martwego dziecka	
b.	choroby zakwalifikowanej w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia odżywiania (F50)	500 zł
c.	samookaleczenia lub próby samobójczej	
d.	śmierci Ubezpieczonego, małżonka albo partnera, dziecka, rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera.	
IV.	TELEMEDYCYNĄ W RAZIE CHOROBY, NASILENIA OBJAWÓW CHOROBOWYCH O OSTRYM PRZEBIEGU POZOSTAJĄCYCH W BEZPOŚREDNIM ZWIĄZKU Z CHOROBA PRZEWLEKŁĄ, WYMAGAJĄCYCH NATYCHMIASTOWEJ PORADY LEKARSKIEJ LUB WYPADKU MAŁŻONKA ALBO PARTNERA LUB DZIECKA, KTÓRE NIE UKOŃCZYŁO 25 ROKU ŻYCIA	
	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:	360 zł
a.	wystawienie e-recepty przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę (w przypadkach medycznie uzasadnionych)	(do wykorzystania na nie więcej niż 6 porad lekarskich w każdym 12. miesięcznym okresie liczonym począwszy od daty przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego)
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.	

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów świadczeń assistance, będących następstwem wypadku lub choroby, które powstały wskutek:
 - okoliczności wskazanych w § 68 tych o.w.u. (w odniesieniu do zdarzeń dotyczących Ubezpieczonego);
 - okoliczności wskazanych w § 69 tych o.w.u. (w odniesieniu do zdarzeń dotyczących małżonka albo partnera);
 - okoliczności wskazanych w § 70 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, z uwzględnieniem jazd próbnych lub testowych do tych zawodów;
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku (wyłączenie nie dotyczy świadczeń assistance – pomoc psychologa);
 Wyłączenie organizacji i pokrycia kosztów świadczeń assistance – w odniesieniu do świadczenia pomoc psychologa nie dotyczy następstw wypadków lub chorób, które powstały wskutek chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego, dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia lub małżonka albo partnera w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99).
- 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;
 - kosztów leków;
 - kosztów powstałych wskutek:
 - leczenia stomatologicznego bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego;
 - leczenia sanatoryjnego;
 - zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodów ich wykonania, helioterapii;
 - leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie;
 - wypadku powstałego lub choroby zdiagnozowanej przed datą przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego (wyłączenie nie dotyczy świadczeń telemedycyny);

- leczenia, które jest bezpośrednim wynikiem wycieków promieniotwórczych, zanieczyszczeń lub skażeń chemicznych lub radioaktywnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy, działania materiałów nuklearnych;
 - wad wrodzonych;
 - zdarzeń powstałych w wyniku złamania przez Ubezpieczonego, 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 przyczyną było nadwyższenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się, co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla Ubezpieczonego, dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia lub małżonka albo partnera.
 - 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 9 lub w tabeli nr 10, zwracamy poniesione i udokumentowane koszty do wysokości podlimitów wskazanych w tabeli nr 9 i – odpowiednio – Sum Ubezpieczenia Assistance wskazanych w tabeli nr 10, przy zastrzeżeniu łącznego limitu na jedno zdarzenie w wysokości 10 000 zł.
 - Jeżeli świadczenie assistance przekroczy podlimit kosztów wskazany w tabeli nr 9 lub Sumę Ubezpieczenia Assistance wskazaną w tabeli nr 10, 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

§ 40. ŚMIERĆ MAŁŻONKA ALBO PARTNERA

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 okresie ochrony wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 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 ciągu 24 miesięcy od daty przystąpienia do umowy 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 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.
4. 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.

§ 41. 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, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie.
2. Wysokość świadczenia wskażemy w umowie i w certyfikacie 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 § 69 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.

§ 42. 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 dnia wypadku, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie.
2. Wysokość świadczenia wskażemy w umowie i w certyfikacie łącznie z wysokością świadczenia za śmierć małżonka albo partnera oraz

śmierć małżonka albo partnera w następstwie wypadku, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje te świadczenia dodatkowe.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć małżonka albo partnera, jeżeli wypadek komunikacyjny będący przyczyną śmierci małżonka albo partnera powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 69 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.

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

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące życia małżonka albo partnera. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na śmierci małżonka albo partnera, której przyczyną był zawał serca lub udar mózgu w okresie ochrony, o ile śmierć małżonka albo partnera nastąpi przed upływem 90 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie.
2. Wysokość świadczenia wskażemy w umowie i w certyfikacie 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 udaru mózgu, gdy zawał serca, lub udar mózgu powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 69 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa dokonanej w ciągu 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 udaru 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, choroby kesonowej lub urazowego uszkodzenia centralnego układu nerwowego.
5. 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 udaru mózgu, która wystąpiła w okresie 6 miesięcy od daty przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
6. 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 udaru mózgu, która wystąpiła w okresie 6 miesięcy od złożenia nam oświadczenia wskazującego partnera (w tym oświadczenia w zakresie zmiany partnera).

§ 44. POWAŻNE ZACHOROWANIE MAŁŻONKA ALBO PARTNERA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

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 zostały zdiagnozowane choroby lub przeprowadzone zabiegi, wymienione w załączniku nr 1 do tych o.w.u. – w części „Zakres optymalny”, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie.
2. Wysokość świadczenia wskażemy w certyfikacie.

ŚWIADCZENIA DLA UBEZPIECZONEGO ZWIĄZANE Z POWAŻNYM ZACHOROWANIEM MAŁŻONKA ALBO PARTNERA

- W przypadku zaistnienia w okresie ochrony zdarzeń w życiu Ubezpieczonego wymienionych w ust. 1, dotyczących **małżonka** albo **partnera**, Ubezpieczonemu należy się świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (**Suma Ubezpieczenia Assistance**) do wykorzystania na zasadach określonych poniżej i w tabeli nr 11.
- 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 11, o ile zostały one zlecone pisemnie przez lekarza prowadzącego leczenie **małżonka** albo **partnera** w związku z wystąpieniem choroby lub przeprowadzeniem zabiegu. Wynagrodzenie wypłacane **centrum operacyjnemu** w przypadku zaistnienia w okresie ochrony choroby lub zabiegu, ograniczone jest do wysokości **Sum Ubezpieczenia Assistance** dla

poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych wskazanych w tabeli nr 11, z zastrzeżeniem ust. 5-7.

- Sumy Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych, w odniesieniu do jednej choroby lub zabiegu, każdorazowo ulegają obniżeniu o kwotę stanowiącą wartość danego świadczenia medycznego, wykonanego z tytułu zdarzenia.
- Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do 10 świadczeń medycznych na każdą chorobę lub zabieg (z dostępnych niżej, wskazanych 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.
- Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktowane jest jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania, niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez lekarza prowadzącego leczenie **małżonka** albo **partnera**, w związku z wystąpieniem choroby lub przeprowadzeniem zabiegu.

Tabela nr 11

(świadczenia dla Ubezpieczonego związane z poważnym zachorowaniem małżonka albo partnera)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA MEDYCZNEGO					Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każdą chorobę lub zabieg
Świadczenia medyczne po poważnym zachorowaniu małżonka albo partnera wykonywane wyłącznie na terenie Polski. Do wykorzystania maksymalnie dziesięć (10) świadczeń medycznych na każdą chorobę lub zabieg z uwzględnieniem Sum Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia medycznego:					
I.	Konsultacje				5000 zł
	1. Chirurg	4. Ortopeda	7. Neurolog	10. Neurochirurg	
	2. Okulista	5. Ginekolog	8. Pulmonolog	11. Hepatolog	
	3. Otolaryngolog	6. Kardiolog	9. Lekarz rehabilitacji	12. Psycholog	
II.	Diagnostyka laboratoryjna				800 zł
13.	• mocz – 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

- 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.
- Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie u **małżonka** albo **partnera** choroby lub przeprowadzenie zabiegu, które powstały wskutek:
 - okoliczności wskazanych w § 69 tych o.w.u.;
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **małżonka** albo **partnera** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku;
 - zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS).
- W razie późnego przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia w przypadku zdiagnozowania

u **małżonka** albo **partnera** choroby lub przeprowadzenia zabiegu w okresie 3 miesięcy od daty przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że choroba lub zabieg jest wynikiem 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 w przypadku zdiagnozowania u **partnera** choroby lub przeprowadzenia zabiegu w okresie 3 miesięcy od złożenia nam oświadczenia wskazującego **partnera** (w tym oświadczenia w zakresie zmiany **partnera**), chyba że choroba lub zabieg jest wynikiem wypadku.
- Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie u **małżonka** albo **partnera** choroby, jeżeli w okresie 3 lat przed:
 - datą przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, lub

- b) datę wskazania **partnera**, o ile jest ona późniejsza niż **data przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (w tym w razie zmiany **partnera**)
- ta choroba była u **matłonka** albo **partnera** zdiagnozowana (po raz pierwszy lub kolejny) lub leczona lub z jej powodu rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze.
13. Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za przeprowadzenie u **matłonka** albo **partnera** zabiegu, jeżeli w okresie 3 lat przed:
- a) datą przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, lub
 - b) datą wskazania **partnera**, o ile jest ona późniejsza niż **data przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (w tym w razie zmiany **partnera**)
- choroba, będąca przyczyną przeprowadzenia tego zabiegu była u **matłonka** albo **partnera** zdiagnozowana lub leczona lub rozpoczęto z jej powodu postępowanie diagnostyczno-lecznicze.
14. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowaną chorobę lub przeprowadzony zabieg, jeżeli **matłonek** albo **partner** zmarł w ich następstwie przed upływem 30 dni od daty ich zdiagnozowania lub przeprowadzenia zabiegu.
15. 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.
16. Nie wypłacimy świadczenia za kolejny **zaawansowany nowotwór** o takim samym pochodzeniu tkankowym lub narządowym lub takim samym umiejscowieniu, jak ten, za który wcześniej wypłaciliśmy świadczenie.
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 siły wyższej.
19. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy Sumę Ubezpieczenia Assistance wskazaną w tabeli nr 11, 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.

§ 45. LECZENIE MAŁŻONKA ALBO PARTNERA W SZPITALU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia **matłonka** albo **partnera**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na pobycie **matłonka** albo **partnera** w szpitalu, który rozpoczął się w okresie ochrony, w celu leczenia:
 - a) choroby, jeżeli pobyt trwał – w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym został objęty Ubezpieczony – nieprzerwanie przez okres wskazany w umowie; lub
 - b) powikłań związanych z ciążą, jeżeli pobyt trwał – w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym został objęty Ubezpieczony – 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 za każdy dzień pobytu w szpitalu. Wysokość świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu oraz minimalną długość pobytu w szpitalu wskażemy 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 **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. 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 ciążą lub wypadku, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 69 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **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 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 1 miesiąca od tej daty, chyba że pobyt **matłonka** albo **partnera** w szpitalu był wynikiem wypadku.
9. 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 1 miesiąca od złożenia nam oświadczenia wskazującego **partnera** (w tym oświadczenia w zakresie zmiany **partnera**), chyba że pobyt **partnera** w szpitalu był wynikiem wypadku.
10. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których **matłonek** albo **partner** przebywał na przepustce w trakcie pobytu w szpitalu.

§ 46. 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 za każdy dzień pobytu w szpitalu. Wysokość świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu wskażemy w umowie i w certyfikacie łącznie z wysokością świadczenia za leczenie **matłonka** albo **partnera** 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 **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 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 w następstwie wypadku, jeżeli pobyt w szpitalu był następstwem wypadku, który powstał wskutek:

- a) okoliczności wskazanych w § 69 ust. 1 lub 3 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **małżonka** albo **partnera** w szpitalu w następstwie wypadku, jeżeli pobyt w szpitalu miał na celu:
- a) przeprowadzenie zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - b) leczenie skutków niezastosowania się **małżonka** albo **partnera** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - c) rehabilitację niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
7. Nie odpowiadamy za leczenie **małżonka** albo **partnera** w szpitalu w następstwie wypadku, jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu było nadwyrężenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych, przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla **małżonka** albo **partnera**.
8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których **małżonek** albo **partner** przebywał na przepustce w trakcie pobytu w szpitalu.

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

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia **małżonka** albo **partnera**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na wystąpieniu u **małżonka** albo **partnera** trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku, wymienionego w załączniku nr 10 do tych o.w.u., jeżeli uszczerbek na zdrowiu ujawni się w okresie 180 dni od dnia wypadku, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie. Wysokość świadczenia wskażemy w certyfikacie.
2. Wysokość świadczenia ustalimy w ten sposób, że za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonemu przysługiwać będzie 1% świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu. Wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu przyjmowana jest na podstawie załącznika nr 10 do tych o.w.u.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u **małżonka** albo **partnera** trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli wypadek będący przyczyną trwałego uszczerbku na zdrowiu powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 69 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.
4. W odniesieniu do:
 - a) urazów leczonych tylko zachowawczo, a następnie leczonych operacyjnie, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wysokości świadczeń z tytułu urazów leczonych operacyjnie;
 - b) skręceń i zwichnięć w obrębie tego samego stawu, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do jednego wypadku w każdym 12. miesięcznym okresie liczącym począwszy od daty przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego;
 - c) oparzeń mieszanym I/II lub II/III stopnia odpowiadamy za wyższy stopień oparzenia.
5. Nasza odpowiedzialność z tytułu wystąpienia u **małżonka** albo **partnera** trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku nie obejmuje:
 - a) pourazowych psychoz, encefalopatii i nerwicy;
 - b) trwałego uszczerbku na zdrowiu, którego przyczyną było nadwyrężenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się, co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla **małżonka** albo **partnera**.
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. Przy ustalaniu trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku nie bierzemy pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez **małżonka** albo **partnera**.
8. Jeżeli **małżonek** albo **partner** zmarł, a stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu nie został wcześniej określony, to stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.

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

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia **małżonka** albo **partnera**. Wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości poniesionych kosztów – nie więcej jednak niż do określonego w umowie limitu na każdy wypadek – jeśli Ubezpieczony poniesie te koszty na terenie Polski w następstwie wypadku **małżonka** albo **partnera**. Do kosztów tych należą:
 - a) honoraria lekarskie;
 - b) koszty leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego zaleconego przez lekarza;
 - c) koszty zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym zaleconych przez lekarza;
 - d) koszty lekarstw zaleconych przez lekarza;
 - e) koszty operacji plastycznych zaleconych przez lekarza;
 - f) koszty transportu medycznego **małżonka** albo **partnera** środkami ratownictwa medycznego, jakiego wymaga stan zdrowia **małżonka** albo **partnera**;
 - g) koszty zakupu lub wypożyczenia protez i środków pomocniczych 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 i innych badań diagnostycznych zaleconych przez lekarza niezbędnych w procesie leczenia powypadkowego.
2. Wysokość limitu na 1 wypadek wskażemy w 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 **małżonka** albo **partnera** poniesione w następstwie wypadku, jeżeli wypadek będący przyczyną poniesienia kosztów leczenia nastąpił wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 69 ust. 1 lub 3 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **małżonka** albo **partnera** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku.
5. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztów powstałych z tytułu lub w następstwie:
 - a) zabiegów ze wskazań estetycznych z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - b) zabiegów lub leczenia nieuznanych w sposób naukowy i medyczny;
 - c) niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie **małżonka** albo **partnera**;
 - d) zakupu artykułów żywnościowych;
 - e) pielęgnacji chorego **małżonka** albo **partnera**;
 - f) pobytów w sanatoriach lub uzdrowiskach, ani podróży do tych miejsc.
6. Nie odpowiadamy za koszty leczenia **małżonka** albo **partnera** w następstwie wypadku, jeżeli przyczyną ich powstania było nadwyrężenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla **małżonka** albo **partnera**.

ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z DZIECKIEM

§ 49. URODZENIE SIĘ DZIECKA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

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 określonej w umowie. Wysokość świadczenia wskażemy w umowie i certyfikacie.

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE DLA UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego, którym jest urodzenie przez Ubezpieczonego **dziecka**. W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na:

- urodzeniu przez Ubezpieczonego **dziecka**;
- urodzeniu przez Ubezpieczonego **dziecka z wadą wrodzoną**;
- zdiagnozowaniu u Ubezpieczonego **depresji poporodowej** po urodzeniu **dziecka**,

za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń assistance wymienionych tabeli nr 12 poniżej, na zasadach określonych w tej tabeli, przy uwzględnieniu wskazanych w niej limitów dla danego świadczenia na każde zdarzenie.

Tabela nr 12 (świadczenia dla Ubezpieczonego)

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE ZWIĄZANE Z URODZENIEM DZIECKA, WYKONYWANE WYŁĄCZNIE NA TERENIE POLSKI, Z UWZGLĘDNIENIEM LIMITÓW DLA DANEGO ŚWIADCZENIA:		Limity obowiązujące dla danego świadczenia na każde zdarzenie
I.	Urodzenie dziecka przez Ubezpieczonego	
1.	Zajęcia z trenerem fitness Zorganizujemy i pokryjemy koszty zajęć dla Ubezpieczonego z trenerem fitness, w okresie do 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka przez Ubezpieczonego.	500 zł
2.	Konsultacje pielęgniarsko-położnicze Zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji pielęgniarskich lub położniczych dla Ubezpieczonego – w placówce medycznej lub w miejscu zamieszkania, w okresie do 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka przez Ubezpieczonego.	3 konsultacje
II.	Urodzenie przez Ubezpieczonego dziecka z wadą wrodzoną	
1.	Pomoc domowa Zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej dla Ubezpieczonego w miejscu zamieszkania przez okres 5 kolejnych dni, w okresie do 12 miesięcy od daty urodzenia przez Ubezpieczonego dziecka z wadą wrodzoną , w zakresie: zrobienia zakupów, codziennych porządków domowych, dostawy lub przygotowania posiłków, podlewania kwiatów; koszt posiłków i zakupionych artykułów nie jest przez nas pokrywany.	1000 zł
2.	Wizyta pielęgniarki albo położnej Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt pielęgniarki albo położnej w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego przez okres 10 kolejnych dni, w okresie do 12 miesięcy od daty urodzenia przez Ubezpieczonego dziecka z wadą wrodzoną .	1500 zł
3.	Transporty medyczne dziecka z opiekunem prawnym lub wskazaną przez opiekuna prawnego osobą Transporty medyczne przysługują w okresie do 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez Ubezpieczonego i są organizowane, gdy z medycznego punktu widzenia nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego.	
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.	1500 zł
c)	Jeżeli w następstwie wady wrodzonej u dziecka , dziecko przebywa w placówce medycznej, zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego do miejsca zamieszkania.	
4.	Proces rehabilitacyjny dziecka Świadczenia te przysługują w okresie do 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez Ubezpieczonego. W przypadku urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez Ubezpieczonego, dziecko zgodnie z pisemnym wskazaniem lekarza wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, zapewniamy następujące świadczenia:	1000 zł
a)	organizację oraz pokrycie kosztów wizyt fizyoterapeuty w miejscu zamieszkania, albo	
b)	organizację i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej.	
5.	Pomoc psychologa W razie urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt u psychologa dla Ubezpieczonego.	1000 zł
III.	Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego depresji poporodowej po urodzeniu dziecka	
1.	Zwrot kosztów leków Jeżeli w następstwie zdiagnozowania u Ubezpieczonego depresji poporodowej po urodzeniu dziecka , Ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza, wymaga przyjmowania leków, zwracamy koszty leków, na podstawie kopii rachunku, faktury lub dowodu poniesienia kosztów do wysokości wskazanego limitu.	500 zł
2.	Pomoc psychologa W razie zdiagnozowania u Ubezpieczonego depresji poporodowej po urodzeniu dziecka , zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt u psychologa dla Ubezpieczonego.	5 konsultacji

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE DLA UBEZPIECZONEGO ZWIĄZANE Z JEGO MAŁŻONKIEM ALBO PARTNEREM

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

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

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

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

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

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE ZWIĄZANE Z URODZENIEM DZIECKA, WYKONYWANE WYŁĄCZNIE NA TERENIE POLSKI, Z UWZGLĘDNIENIEM SUM UBEZPIECZENIA ASSISTANCE DLA DANEGO ŚWIADCZENIA:		Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każde zdarzenie
I.	Urodzenie dziecka przez małżonka albo partnera	
1.	Zajęcia z trenerem fitness Zorganizujemy i pokryjemy koszty zajęć dla małżonka albo partnera z trenerem fitness, w okresie do 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka przez małżonka albo partnera.	500 zł
2.	Konsultacje pielęgniarsko-położnicze Zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji pielęgniarskich lub położniczych dla małżonka albo partnera – w placówce medycznej lub w miejscu zamieszkania, w okresie do 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka przez małżonka albo partnera.	750 zł (do 3 konsultacji)
II.	Urodzenie dziecka z wadą wrodzoną przez małżonka albo partnera	
1.	Pomoc domowa Zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej dla małżonka albo partnera, w miejscu zamieszkania przez okres 5 kolejnych dni, w okresie do 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez małżonka albo partnera, w zakresie: zrobienia zakupów, codziennych porządków domowych, dostawy lub przygotowania posiłków, podlewania kwiatów; koszt posiłków i zakupionych artykułów nie jest przez nas pokrywany.	1000 zł
2.	Wizyta pielęgniarki albo położnej Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt pielęgniarki albo położnej w miejscu zamieszkania małżonka albo partnera przez okres 10 kolejnych dni, w okresie do 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez małżonka albo partnera.	1500 zł
3.	Pomoc psychologa W razie urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez małżonka albo partnera, zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt u psychologa dla małżonka albo partnera.	1000 zł
4.	Transporty medyczne dziecka z opiekunem prawnym lub wskazaną przez opiekuna prawnego osobą Transporty medyczne przysługują w okresie do 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez małżonka albo partnera i są organizowane, gdy z medycznego punktu widzenia nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego. 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 zamieszkania.	1500 zł
5.	Proces rehabilitacyjny dziecka Świadczenia te przysługują w okresie do 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez Ubezpieczonego. W przypadku urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez małżonka albo partnera, dziecko zgodnie z pisemnym wskazaniem lekarza wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, zapewniamy następujące świadczenia: a) zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w miejscu zamieszkania, albo b) zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej.	1000 zł
III.	Zdiagnozowanie u małżonka albo partnera depresji poporodowej po urodzeniu dziecka	
1.	Zwrot kosztów leków Jeżeli w następstwie zdiagnozowania u małżonka albo partnera depresji poporodowej po urodzeniu dziecka, małżonek lub partner, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza, wymaga przyjmowania leków, zwracamy koszty leków, na podstawie kopii rachunku, faktury lub dowodu poniesienia kosztów do wysokości wskazanego limitu	500 zł
2.	Pomoc psychologa W razie zdiagnozowania u małżonka albo partnera depresji poporodowej po urodzeniu dziecka, zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt u psychologa dla małżonka albo partnera.	2750 zł (do 5 konsultacji)

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

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 dziecka** w okresie 9 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
6. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy kwotowy limit kosztów wskazany w tabeli nr 12 lub **Sumę Ubezpieczenia Assistance** wskazaną w tabeli nr 13, wykonamy tę usługę w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określonym limitem lub **Sumą Ubezpieczenia Assistance**.

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

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia **dziecka**. W przypadku zajścia w okresie ochrony zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na **urodzeniu się dziecka z niską oceną w skali Apgar**, które po ostatniej wstępnej ocenie stanu dziecka przeprowadzanej po porodzie otrzymało:

- a) 5-7 pkt w skali Apgar – wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 50% kwoty wskazanej w lit. b) poniżej;
- b) 1-4 pkt w skali Apgar – wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie i certyfikacie.

§ 51. ZDIAGNOZOWANIE U DZIECKA WADY WRODZONEJ

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia **dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na zdiagnozowaniu w **okresie ochrony u dziecka przed ukończeniem przez dziecko 6 roku życia, wady wrodzonej** wymienionej w załączniku nr 12 do tych o.w.u., wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie.
2. Wysokość świadczenia zostanie ustalona w ten sposób, że za **wady wrodzone**:
 - a) z kategorii A wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 40% kwoty określonej w lit. b) poniżej;
 - b) z kategorii B wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie i certyfikacie.
3. Świadczenie wypłacimy w wysokości obowiązującej w dniu:
 - a) diagnozy **wady wrodzonej dziecka** – w przypadku, w którym diagnoza **wady wrodzonej** miała miejsce po dniu urodzenia **dziecka**,
 - b) urodzenia **dziecka** – w przypadku, w którym diagnoza **wady wrodzonej** miała miejsce w dniu urodzenia **dziecka** lub przed tym dniem.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

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

§ 52. 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 określonej w umowie. Wysokość świadczenia wskażemy w 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 umyślnie spowodował **urodzenie się martwego dziecka**.

§ 53. PORONIENIE ALBO URODZENIE SIĘ MARTWEGO DZIECKA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego, którym jest **poronienie albo urodzenie się martwego dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na **poronieniu albo urodzeniu się martwego dziecka** w okresie ochrony, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie. Wysokość świadczenia wskażemy w 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 **poronienia albo urodzenia się martwego dziecka**, jeśli Ubezpieczony umyślnie spowodował **poronienie albo urodzenie się martwego dziecka**.
4. W przypadku **poronienia** w ciąży mnogiej wypłacimy jedno świadczenie, niezależnie od liczby poronionych płodów.

§ 54. 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 dziecka** w okresie ochrony, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie. Wysokość świadczenia wskażemy w 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 ciągu 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 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.

§ 55. 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 dziecka** w następstwie **wypadku**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od dnia **wypadku**, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie. Wysokość świadczenia wskażemy w umowie i w certyfikacie łącznie z wysokością świadczenia za **śmierć dziecka**, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje to zdarzenie.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

2. Nie wypłacimy świadczenia za **śmierć dziecka**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną **śmierci dziecka** powstał wskutek okoliczności wskazanych w § 70 ust. 1 lub 3 tych o.w.u.

§ 56. POWAŻNE ZACHOROWANIE DZIECKA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia **dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu

Ubezpieczonego w okresie ochrony polegającego na tym, że u dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia zostały zdiagnozowane choroby lub przeprowadzone zabiegi, wymienione w załączniku nr 1 do tych o.w.u. – w części „Poważne zachorowanie dziecka”, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie.

2. Wysokość świadczenia wskażemy w certyfikacie.

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

3. 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 tabeli nr 14.
4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 3, realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego centrum operacyjnemu z tytułu wykonania wskazanych przez Ubezpieczonego świadczeń medycznych, wymienionych w tabeli nr 14, o ile zostały one zlecone pisemnie przez lekarza prowadzącego leczenie dziecka, które

nie ukończyło 25 roku życia, w związku z wystąpieniem choroby lub przeprowadzeniem zabiegu. Wynagrodzenie wypłacane centrum operacyjnemu w przypadku zaistnienia w okresie ochrony choroby lub zabiegu, ograniczona jest do wysokości Sumy Ubezpieczenia Assistance dla poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych, wskazanych w tabeli nr 14, z zastrzeżeniem ust. 5-7.

5. Sumy Ubezpieczenia Assistance dla poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych, w odniesieniu do jednej choroby lub zabiegu, każdorazowo ulegają obniżeniu o kwotę stanowiącą wartość danego świadczenia medycznego, wykonanego z tytułu zdarzenia.
6. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do 10 świadczeń medycznych na każdą chorobę lub zabieg (z dostępnych niżej, wskazanych 17 świadczeń medycznych), przy czym z badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego dziecko, które nie ukończyło 25 roku życia może skorzystać tylko jeden raz na każdą chorobę lub zabieg.
7. Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktowane jest jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania, niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez lekarza prowadzącego leczenie dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia, w związku z wystąpieniem choroby lub przeprowadzeniem zabiegu.

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

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA MEDYCZNEGO

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	4. Ortopeda	7. Neurolog	10. Neurochirurg	5000 zł
2. Okulista	5. Ginekolog	8. Pulmonolog	11. Hepatolog	
3. Otolaryngolog	6. Kardiolog	9. Lekarz rehabilitacji	12. Psycholog	
II. Diagnostyka laboratoryjna				
13. • mocznik – 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)				4400 zł
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

8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje przypadków, które nie są objęte zakresem ubezpieczenia wskazanych w lit. B poszczególnych definicji poważnych zachorowań zawartych w załączniku nr 1 do tych o.w.u.
9. Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie u dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia, choroby lub przeprowadzenie zabiegu, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 70 tych o.w.u.;
 - b) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS);
 - c) epidemii lub pandemii ogłoszonych przez organy administracji państwowej;
 - d) wad wrodzonych.

10. 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 3 miesięcy od daty przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego odpowiadamy wyłącznie za choroby lub zabiegi będące wynikiem wypadku.
11. Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie u dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia choroby, jeżeli w okresie 3 lat przed datą przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, ta choroba była u dziecka zdiagnozowana (po raz pierwszy lub kolejny) lub leczona lub z jej powodu rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze.

12. Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za przeprowadzenie u **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia zabiegu, jeżeli w okresie 3 lat przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, **choroba** będąca przyczyną przeprowadzenia tego zabiegu była u **dziecka** zdiagnozowana lub leczona lub rozpoczęto z jej powodu postępowanie diagnostyczno-lecznicze.
13. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowaną **chorobę** lub przeprowadzony zabieg, jeżeli **dziecko**, które nie ukończyło 25 roku życia zmarło w ich następstwie przed upływem 30 dni od daty ich zdiagnozowania lub przeprowadzenia.
14. 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.
15. Nie wypłacimy świadczenia za kolejny nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami o takim samym pochodzeniu tkankowym lub narządowym lub takim samym umiejscowieniu, jak ten, za który wcześniej wypłaciliśmy świadczenie. Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie **choroby** lub przeprowadzenie zabiegu, które, zgodnie z wiedzą medyczną, wynikają bezpośrednio z **choroby** lub zabiegu, za które wypłaciliśmy świadczenie z **umowy**.
16. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji świadczenia medycznego, jeżeli do opóźnienia doszło na skutek **sily wyższej**.
17. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy **Sumę Ubezpieczenia Assistance** wskazaną w tabeli nr 14, 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**.

§ 57. LECZENIE DZIECKA W SZPITALU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia **dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na rozpoczętym w **okresie ochrony** pobycie **dziecka** w **szpitalu**, które w pierwszym dniu pobytu w **szpitalu** nie ukończyło 25 roku życia, w celu leczenia:
 - a) **choroby**, jeżeli pobyt trwał – w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym został objęty Ubezpieczony – nieprzerwanie przez okres wskazany w **umowie**; lub
 - b) powikłań związanych z ciążą, jeżeli pobyt trwał – w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym został objęty Ubezpieczony – 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** za każdy **dzień pobytu w szpitalu**.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym 12. miesięcznym okresie, licząc poczynając 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. 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. Wysokość świadczenia za każdy **dzień pobytu w szpitalu** oraz minimalną długość pobytu w **szpitalu** wskażemy w **certyfikacie**.
5. Jeżeli pobyt **dziecka** w **szpitalu** trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu **dziecka** w **szpitalu**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **dziecka** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **wypadku**, powikłań związanych z ciążą lub **choroby**, które powstały wskutek okoliczności wskazanych w § 70 tych o.w.u.
7. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **dziecka** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** związany był bezpośrednio z:
 - a) **wadami wrodzonymi**;
 - b) przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;

- c) leczeniem skutków niezastosowania się **dziecka** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
- d) rehabilitacją niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.

8. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **dziecka** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** dotyczył porodu niezwiązanego z powikłaniami ciąży.
9. 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 1 miesiąca 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**.

§ 58. 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** za każdy **dzień pobytu w szpitalu**. Wysokość świadczenia za każdy **dzień pobytu w szpitalu** wskażemy w **umowie** i w **certyfikacie** 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, licząc poczynając 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** trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu **dziecka** w **szpitalu**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **dziecka** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **wypadku**, który powstał wskutek okoliczności wskazanych w § 70 ust. 1 lub 3 tych o.w.u.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **dziecka** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli pobyt w **szpitalu** miał na celu:
 - a) przeprowadzenie zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - b) leczenie skutków niezastosowania się **dziecka** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - c) rehabilitację niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
7. Nie odpowiadamy za leczenie **dziecka** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli przyczyną pobytu w **szpitalu** było nadwyrężenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla **dziecka**.
8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których **dziecko** przebywało na przepustce w trakcie pobytu w **szpitalu**.

§ 59. 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 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 wskażemy w 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 rozpozczętych 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 § 70 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 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 1 miesiąca od daty przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że pobyt dziecka w szpitalu był wynikiem wypadku.
7. Nie odpowiadamy za opiekę nad dzieckiem po pobycie dziecka w szpitalu, jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu było nadwyższenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla dziecka.

§ 60. 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 uszczerbku na zdrowiu dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia, w następstwie wypadku, który to uszczerbek ujawnił się w okresie 180 dni od dnia wypadku, wymienionego w załączniku nr 13 do tych o.w.u., wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie. Wysokość świadczenia za 1% i 100% wskażemy w certyfikacie.
2. Wysokość świadczenia ustalimy w ten sposób, że za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu dziecka, Ubezpieczonemu przysługiwać będzie 1% świadczenia 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 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 § 70 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, którego przyczyną było nadwyższenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych

czynności fizycznych, przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się, co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla dziecka.

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. Przy orzekaniu uszczerbku na zdrowiu dziecka nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez dziecko.
12. Jeżeli dziecko zmarło, a stopień uszczerbku na zdrowiu nie został wcześniej określony, to stopień uszczerbku na zdrowiu określa się na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.

§ 61. 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 limitu na każdy wypadek – jeśli Ubezpieczony poniesie te koszty na terenie Polski w następstwie wypadku dziecka, które w dniu wypadku nie ukończyło 25. roku życia. Do kosztów tych należą:
 - a) honoraria lekarskie;
 - b) koszty leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego zaleconego przez lekarza;
 - c) koszty zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym zaleconych przez lekarza;
 - d) koszty lekarstw zaleconych przez lekarza;
 - e) koszty operacji plastycznych zaleconych przez lekarza;
 - f) koszty transportu medycznego dziecka środkami ratownictwa medycznego, jakiego wymaga stan zdrowia dziecka;
 - g) koszty zakupu lub wypożyczenia protez i środków pomocniczych 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 i innych badań diagnostycznych zaleconych przez lekarza niezbędnych w procesie leczenia powypadkowego.
2. Wysokość limitu na 1 wypadek wskażemy w 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 § 70 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 nieuznanych w sposób naukowy i medyczny;
 - c) niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie dziecka;
 - d) zakupu artykułów żywnościowych;
 - e) pielęgnacji chorego dziecka;
 - f) pobytów w sanatoriach lub uzdrowiskach, ani podróży do tych miejsc.
6. Nie odpowiadamy za koszty leczenia dziecka w następstwie wypadku, jeżeli przyczyną ich poniesienia było nadwyższenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych, przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla dziecka.

§ 62. OSIEROCENIE DZIECKA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie ochrony skutkującej osieroceniem dziecka, wypłacimy na rzecz każdego osieroczonego dziecka, które w dniu śmierci Ubezpieczonego nie ukończyło 25 roku życia albo było całkowicie niezdolne do pracy (bez względu na wiek dziecka), świadczenie w wysokości określonej w umowie.
2. Świadczenie może być wypłacone, 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 za miesięczne okresy liczone od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego.
3. Wysokość i formę wypłaty świadczenia wskażemy w 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, dokonanego w ciągu 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 razie późnego przystąpienia do umowy 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.

ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z RODZICEM UBEZPIECZONEGO LUB RODZICEM MAŁŻONKA ALBO RODZICEM PARTNERA

§ 63. ŚMIERĆ RODZICA UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące życia rodzica Ubezpieczonego. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na śmierci rodzica Ubezpieczonego w okresie ochrony, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie. Wysokość świadczenia wskażemy w certyfikacie.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

2. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć rodzica Ubezpieczonego, która powstała wskutek:
 - a) samobójstwa lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę rodzica Ubezpieczonego dokonanego w ciągu 24 miesięcy od daty przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego;
 - b) czynnego udziału rodzica Ubezpieczonego w aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych, przebywania rodzica Ubezpieczonego na terenach objętych aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału rodzica Ubezpieczonego w aktach przemocy, aktach terroru lub zamieszkach.
3. 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, która wystąpiła w okresie 6 miesięcy od daty przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że śmierć rodzica Ubezpieczonego była wynikiem wypadku.
4. Nasza odpowiedzialność względem Ubezpieczonego ograniczona jest do wypłaty 2 świadczeń z tytułu śmierci rodzica Ubezpieczonego.

§ 64. 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 określonej w umowie. Wysokość świadczenia wskażemy w 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 ciągu 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 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.
4. 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.
5. Nasza odpowiedzialność względem Ubezpieczonego ograniczona jest do wypłaty 4 świadczeń.

§ 65. 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 określonej w umowie. Wysokość świadczenia wskażemy w **certyfikacie** tycznie z wysokością świadczenia za śmierć **rodzica Ubezpieczonego** lub śmierć **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera**.

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 § 71 ust. 1 lub 3 tych o.w.u.
3. Nasza odpowiedzialność względem Ubezpieczonego ograniczona jest do wypłaty 4 świadczeń.

§ 66. 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 tabeli nr 15 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 15.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego **centrum operacyjnemu** z tytułu wykonania wskazanych przez Ubezpieczonego świadczeń assistance, wymienionych w tabeli nr 15. Wynagrodzenie wypłacane **centrum operacyjnemu** w przypadku zaistnienia w okresie ochrony zdarzeń, o których mowa w ust. 1, ograniczone jest do wysokości **Sum Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, w odniesieniu do jednego zdarzenia, każdorazowo ulegając obniżeniu o kwotę stanowiącą wartość danego świadczenia assistance, wykonanego z tytułu zdarzenia.
3. Świadczenia, o których mowa w ust. 1 realizowane są na terytorium Polski.

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

ZAKRES UBEZPIECZENIA OBEJMUJE NASTĘPUJĄCE ŚWIADCZENIA ASSISTANCE WYKONYWANE WYŁĄCZNIE NA TERENIE POLSKI:		Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każde zdarzenie
I. UDZIELENIE POMOCY RODZICOWI UBEZPIECZONEGO W RAZIE CHOROBY, ZAOSTRZENIA CHOROBY PRZEWLEKŁEJ LUB WYPADKU		
1.	Dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu W sytuacji gdy rodzic Ubezpieczonego w następstwie choroby, zaostrenia choroby przewlekłej, wypadku przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni pokryjemy koszty dostarczenia leków zaordynowanych przez lekarza; koszt leków nie jest przez nas pokrywany.	250 zł
2.	Dostarczenie do miejsca pobytu książek po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu W sytuacji gdy rodzic Ubezpieczonego w następstwie choroby, zaostrenia choroby przewlekłej, wypadku przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, pokryjemy koszty dostarczenia książek; koszt książek nie jest przez nas pokrywany.	250 zł
3.	Dostarczenie do miejsca pobytu posiłków po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu W sytuacji gdy rodzic Ubezpieczonego w następstwie choroby, zaostrenia choroby przewlekłej, wypadku przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, pokryjemy koszty dostarczenia posiłków; koszt posiłków nie jest przez nas pokrywany.	250 zł
4.	Pomoc w opłaceniu rachunków po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu W sytuacji gdy rodzic Ubezpieczonego w następstwie choroby, zaostrenia choroby przewlekłej, wypadku przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, pokryjemy koszty zorganizowania pomocy w opłaceniu rachunków; koszt rachunków nie jest przez nas pokrywany; usługa jest świadczona maksymalnie 2 razy w roku po zakończeniu hospitalizacji.	250 zł
5.	Transport medyczny ze wskazaną przez rodzica Ubezpieczonego osobą bliską z miejsca pobytu do placówki medycznej (1 transport medyczny na zdarzenie) Transport medyczny jest organizowany do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego w sytuacji, gdy w następstwie choroby, zaostrenia choroby przewlekłej, wypadku wymagany jest pobyt rodzica Ubezpieczonego w placówce medycznej; transport medyczny jest organizowany, gdy nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej.	1000 zł
6.	Transport medyczny ze wskazaną przez rodzica Ubezpieczonego osobą bliską z placówki medycznej do miejsca zamieszkania (1 transport medyczny na zdarzenie) Transport medyczny jest organizowany w sytuacji, gdy w następstwie choroby, zaostrenia choroby przewlekłej, wypadku rodzic Ubezpieczonego przebywa w placówce medycznej.	1000 zł
7.	Transport medyczny ze wskazaną przez rodzica Ubezpieczonego osobą bliską z placówki medycznej do placówki medycznej oraz ewentualny transport powrotny (1 transport medyczny wraz z ewentualnym transportem powrotnym 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
8.	Transport na i z wizyty kontrolnej po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu Jeżeli rodzic Ubezpieczonego przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, w ciągu jednego roku po zakończeniu hospitalizacji, zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu dostosowanego do stanu zdrowia rodzica Ubezpieczonego na jedną (1) wizytę kontrolną zalecaną przez lekarza prowadzącego oraz transportu powrotnego.	1000 zł
9.	Transport do i z sanatorium po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu Zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu do i z sanatorium w wybranym przez rodzica Ubezpieczonego terminie po jego pobycie w szpitalu w następstwie choroby, zaostrenia choroby przewlekłej, wypadku, trwającym powyżej 5 dni; transport do i z sanatorium jest organizowany do 1 roku po zakończeniu hospitalizacji.	500 zł
10.	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:	

ZAKRES UBEZPIECZENIA OBEJMUJE NASTĘPUJĄCE ŚWIADCZENIA ASSISTANCE WYKONYWANE WYŁĄCZNIE NA TERENIE POLSKI:		Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każde zdarzenie
a.	zwrot kosztów zakupu biletów w obydwie strony (do i ze szpitala, w którym znajduje się rodzic Ubezpieczonego) autobusowych lub kolejowych 1 klasy dla jednej osoby bliskiej wskazanej przez Ubezpieczonego; oraz	1000 zł
b.	dla tej osoby zorganizujemy i pokryjemy koszty zakwaterowania w hotelu położonym w tej samej miejscowości co szpital, w którym przebywa rodzic Ubezpieczonego (jeżeli w tej miejscowości nie ma hotelu, pokryjemy koszt zakwaterowania w najbliższym hotelu).	300 zł
11.	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
12.	Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego Zorganizujemy i pokryjemy koszty procesu rehabilitacyjnego jeżeli w następstwie wypadku lub po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby, zaostrzenia choroby przewlekłej, wypadku trwającym powyżej 5 dni rodzic Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej; 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
13.	Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego Usługa jest organizowana jeżeli w następstwie wypadku lub po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby, zaostrzenia choroby przewlekłej, wypadku trwającym powyżej 5 dni rodzic Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu; zapewnimy:	
a.	organizację i pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do domu rodzica Ubezpieczonego, dla którego wypożyczono lub zakupiono sprzęt rehabilitacyjny;	500 zł
b.	pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego.	500 zł
14.	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 zamieszkania rodzica Ubezpieczonego przez okres maksymalnie 30 dni.	5000 zł
15.	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, zakupy artykułów spożywczych) po zakończeniu hospitalizacji; koszt posiłków i artykułów spożywczych 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 pierwszej potrzeby Jeżeli rodzic Ubezpieczonego w następstwie nagłego zachorowania lub wypadku był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 3 dni, zwrócimy koszty następujących artykułów pierwszej potrzeby: kaptcie, 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 dojazdów i honorariów 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, zakupy podstawowych artykułów spożywczych), jeżeli rodzic Ubezpieczonego nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników; koszt posiłków i artykułów spożywczych nie jest przez nas pokrywany; usługa świadczona jest maksymalnie przez 15 dni.	2000 zł
IV.	ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE 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	500 zł
b.	śmierć małżonka albo partnera rodzica Ubezpieczonego, rodzica rodzica Ubezpieczonego	
c.	hospitalizacji przez okres dłuższy niż 5 dni lub choroby (zaawansowanego nowotworu, udaru mózgu, zawału serca) małżonka albo partnera rodzica Ubezpieczonego, dziecka rodzica Ubezpieczonego, rodzica rodzica Ubezpieczonego	

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. W odniesieniu do zdarzeń związanych z rodzicem Ubezpieczonego nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów świadczeń assistance, będących następstwem wypadku lub choroby, które powstały wskutek okoliczności wskazanych w § 71 tych o.w.u.
5. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje:
 - a) organizacji i pokrycia kosztów świadczeń assistance poza terytorium Polski;
 - b) pokrycia kosztów świadczeń, które nie zostały przez nas zorganizowane;
 - c) kosztów leków;
 - d) kosztów powstałych wskutek:
 - leczenia stomatologicznego bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego;
 - leczenia sanatoryjnego;
 - zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodów ich wykonania, helioterapii;
 - leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie;
 - wypadku powstałego lub choroby zdiagnozowanej przed datą przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego;
 - e) leczenia, które jest bezpośrednio wynikiem wycieków promieniotwórczych, zanieczyszczeń lub skażeń chemicznych lub radioaktywnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy, działania materiałów nuklearnych;
 - f) wad wrodzonych;
 - g) zdarzeń powstałych w wyniku złamania przez rodzica Ubezpieczonego zakazów i regulacji rządowych, w tym wymogów wizowych;
 - h) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS);
 - i) chorób przewlekłych.
6. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztów świadczeń assistance, których przyczyną było nadwyrężenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych, przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się, co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla rodzica Ubezpieczonego.
7. Nasza odpowiedzialność w każdym 12. miesięcznym okresie, liczącym poczynając od daty przystąpienia do umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego ograniczona jest do 2 rodziców Ubezpieczonego, którzy jako pierwsi skorzystali ze świadczeń assistance.
8. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy Sumę Ubezpieczenia Assistance wskazaną w tabeli nr 15, wykonamy tę usługę w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określoną Sumą Ubezpieczenia Assistance.

§ 67. POWAŻNE ZACHOROWANIE RODZICA UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia rodzica Ubezpieczonego. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego w okresie ochrony polegającego na tym, że u rodzica Ubezpieczonego zostały zdiagnozowane choroby lub przeprowadzone zabiegi, wymienione w załączniku nr 1 do tych o.w.u. – w części „Poważne zachorowanie rodzica”, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie.
2. Wysokość świadczenia wskażemy w certyfikacie.

ŚWIADCZENIA DLA UBEZPIECZONEGO ZWĄZANE Z POWAŻNYM ZACHOROWANIEM RODZICA UBEZPIECZONEGO

3. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia rodzica Ubezpieczonego. W przypadku zaistnienia w okresie ochrony zdarzeń w życiu Ubezpieczonego, wymienionych w ust. 1, dotyczących rodzica Ubezpieczonego, Ubezpieczonemu należyne jest świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (Suma Ubezpieczenia Assistance) do wykorzystania na zasadach określonych poniżej i w tabeli nr 16
4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 3, realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego centrum operacyjnemu z tytułu wykonania wskazanych przez Ubezpieczonego świadczeń medycznych, wymienionych w tabeli nr 16, o ile zostały one zlecone pisemnie przez lekarza prowadzącego leczenie rodzica Ubezpieczonego w związku z wystąpieniem choroby lub przeprowadzeniem zabiegu. Wynagrodzenie wypłacane centrum operacyjnemu w przypadku zaistnienia w okresie ochrony choroby lub zabiegu, ograniczona jest do wysokości Sumy Ubezpieczenia Assistance dla poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych, wskazanych w tabeli nr 16, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
5. Sumy Ubezpieczenia Assistance dla poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych, w odniesieniu do jednej choroby lub zabiegu, każdorazowo ulegają obniżeniu o kwotę stanowiącą wartość danego świadczenia medycznego, wykonanego z tytułu zdarzenia.
6. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do 10 świadczeń medycznych na każdą chorobę lub zabieg (z dostępnych niżej, wskazanych 17 świadczeń medycznych), przy czym z badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego rodzic Ubezpieczonego może skorzystać tylko jeden raz na każdą chorobę lub zabieg.
7. Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktowane jest jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania, niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez lekarza prowadzącego leczenie rodzica Ubezpieczonego, w związku z wystąpieniem choroby lub przeprowadzeniem zabiegu.

Tabela nr 16 (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	4. Ortopeda	7. Neurolog	10. Neurochirurg	5000 zł
2. Okulista	5. Ginekolog	8. Pulmonolog	11. Hepatolog	
3. Otolaryngolog	6. Kardiolog	9. Lekarz rehabilitacji	12. Psycholog	
II. Diagnostyka laboratoryjna				
13. • mocz – 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)	4400 zł
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

- 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.
- Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych assistance za zdiagnozowanie u **rodzica Ubezpieczonego** lub przeprowadzenie zabiegu, które powstały wskutek:
 - okoliczności wskazanych w § 71 tych o.w.u.;
 - zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS).
- 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 3 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego odpowiadamy wyłącznie za **choroby** lub zabiegi będące wynikiem **wypadku**.
- Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie u **rodzica Ubezpieczonego choroby**, jeżeli w okresie 3 lat przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, ta **choroba** była u **rodzica Ubezpieczonego** zdiagnozowana (po raz pierwszy lub kolejny) lub leczona lub z jej powodu rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze.
- Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za przeprowadzenie u **rodzica Ubezpieczonego** zabiegu, jeżeli w okresie 3 lat przed **datą przystąpienia do umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, **choroba** będąca przyczyną przeprowadzenia tego zabiegu była u **rodzica Ubezpieczonego** zdiagnozowana lub leczona lub rozpoczęto z jej powodu postępowanie diagnostyczno-lecznicze.
- Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowaną **chorobę** lub przeprowadzony zabieg, jeżeli **rodzic Ubezpieczonego** zmarł w ich następstwie przed upływem 30 dni od daty ich zdiagnozowania lub przeprowadzenia.
- 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.
- 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**.
- Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji świadczenia medycznego, jeżeli do opóźnienia doszło na skutek **siły wyższej**.
- 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**.

OGÓLNE WYŁĄCZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 68. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZWIĄZANE Z UBEZPIECZONYM

- W przypadkach, gdy o.w.u. odsyła do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, które powstały wskutek:
 - 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;
 - chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99);
 - wypadku lotniczego, z wyjątkiem **wypadków**, w których Ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi statku powietrznego licencjonowanych linii lotniczych;
 - popętnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu;
 - 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**;
 - czynnego udziału Ubezpieczonego w następujących aktywnościach sportowych: paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo, lotnictwo, sporty motorowe lub motorowodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki na linie, speleologia, wspinaczka górską lub skałkowa wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, heliskiing, uczestniczenie w wyprawach survivalowych, free running;
 - uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem jazd próbnych lub testowych do tych zawodów;
 - działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwych dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - przewodzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganých 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**.
- W przypadkach, gdy o.w.u. odsyła do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, jeżeli były one następstwem **choroby**, która powstała wskutek:
 - poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza;
 - epidemii lub pandemii ogłoszonych przez organy administracji państwowej;
 - nadużywania alkoholu, co wynika z dokumentacji medycznej.
- W przypadkach, gdy o.w.u. odsyła do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, jeżeli ich przyczyną był **wypadek**, który powstał wskutek poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu

o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z tym wypadkiem.

§ 69. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZWIĄZANE Z MAŁŻONKIEM ALBO PARTNEREM

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

§ 70. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZWIĄZANE Z DZIECKIEM

1. W przypadkach, gdy o.w.u. odsytają 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;

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

1. W przypadkach, gdy o.w.u. odsytają do tego punktu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, które powstały wskutek:
 - a) działania rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - b) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99);
 - c) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których rodzic Ubezpieczonego lub rodzic małżonka albo rodzic partnera był pasażerem lub członkiem załogi statku powietrznego licencjonowanych linii lotniczych;
 - d) popełnienia przez rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu;
 - e) czynnego udziału rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera w aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych, przebywania rodzica Ubezpieczonego lub

rodzica małżonka albo rodzica partnera na terenach objętych aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera w aktach przemocy, aktach terroru lub zamieszkach;

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

- b) dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia osoby zgłaszanej do ubezpieczenia.
5. Możemy zażądać, aby w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego osoba, na rzecz której ma zostać zawarta umowa, poddała się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Pokrywamy koszty takich badań.
6. 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.
7. Zawarcie umowy potwierdzimy wystawiając polisę dla Ubezpieczającego.
8. O ile nie umówiono się inaczej:
- a) nie dopuszcza się ubezpieczenia tych samych osób jednocześnie w więcej niż jednym wariancie w tej samej umowie;
- b) Ubezpieczeni mogą zmieniać zakres ubezpieczenia wyłącznie w rocznicę polisy.
9. W razie zmiany liczby Ubezpieczonych po zawarciu umowy, Ubezpieczający jest zobowiązany do dostarczenia, najpóźniej ostatniego dnia każdego miesiąca obowiązywania umowy, listy osób przystępujących do umowy w kolejnym miesiącu lub występujących z umowy z końcem bieżącego miesiąca.

§ 73. PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY

1. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu złożenia nam deklaracji przystąpienia:
- a) ma ukończone:
- 15 lat i nie ma ukończonych 69 lat – w odniesieniu do pracowników,
 - 18 lat i nie ma ukończonych 69 lat – w odniesieniu do dzieci pracowników, małżonków i partnerów pracowników,
- b) spełnia definicję Ubezpieczonego,
- c) nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, lub innym zakładzie leczniczym, nie ma orzeczonej niezdolności do pracy, ani też nie ubiega się o takie orzeczenie, nie otrzymuje świadczenia rehabilitacyjnego, ani też nie ubiega się o nie.
2. Osoby, które nie mogą być objęte ochroną ze względu na okoliczności wymienione w ust. 1 lit c), mogą przystąpić do umowy najwcześniej po ustaniu tych okoliczności.
3. Deklaracja przystąpienia musi być wypełniona przez osobę przystępującą do umowy i zaakceptowana przez Ubezpieczającego.
4. 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 pakiety.
5. Przystąpienie do umowy potwierdzimy wystawiając Ubezpieczonemu certyfikat.

§ 74. 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 lub objęciem Ubezpieczonego ochroną. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, on także ma ten obowiązek. Jeżeli nie otrzymamy odpowiedzi na nasze pytania, a mimo to zawrzemy umowę z Ubezpieczającym lub obejmiemy 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.

§ 75. SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia jest ustalana przez strony umowy przy zawieraniu lub zmianie umowy.
2. Suma ubezpieczenia może być wyrażona w następujący sposób: kwotowo albo jako krotność kwoty podanej przez Ubezpieczającego dla każdego Ubezpieczonego.

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.

§ 72. ZAWARCIE UMOWY

1. Umowę zawieramy na okres roku polisowego.
2. Umowa zawierana jest na podstawie poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy, składanego przez Ubezpieczającego na naszym formularzu.
3. Ubezpieczający wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ma obowiązek przekazać nam listę osób przystępujących do ubezpieczenia oraz deklarację przystąpienia każdej z osób przystępujących do ubezpieczenia.
4. Możemy wymagać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy dokumentacji koniecznej do oceny ryzyka ubezpieczeniowego w stosunku do osób przystępujących do umowy, w tym:
- a) kwestionariusza medycznego;

3. Ubezpieczający może, za naszą zgodą, zmienić **sumę ubezpieczenia** w każdą rocznicę polisy.

§ 76. OBJĘCIE OCHRONĄ NOWYCH OSÓB W TRAKCIE OBOWIĄZYWANIA UMOWY

1. 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 § 72 ust. 4 tych **o.w.u.** Możemy także skierować takie osoby przed objęciem ich ochroną na badania, o których mowa w § 72 ust. 5 tych **o.w.u.**
2. W wyniku dokonanej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, możemy podjąć decyzję o akceptacji lub odmowie objęcia ochroną poszczególnych osób przystępujących do ubezpieczenia lub zaproponować objęcie ochroną na warunkach odbiegających na niekorzyść od wnioskowanych.

§ 77. SKŁADKA

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składki w wysokości i z częstotliwością ustaloną w **umowie**.
2. Składkę ustala się w oparciu o dokonaną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie obowiązującej taryfy składek, w zależności od zakresu ubezpieczenia, **sumy ubezpieczenia** oraz wysokości świadczeń. W wyliczeniu składki uwzględnia się okres **karencji**.
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 dnia jego przystąpienia do **umowy** do dnia płatności kolejnej raty 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),
 - b) okres, na który zawiesza 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.

§ 78. 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 przekazuje się 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.

ZDARZENIE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM – I CO DALEJ

§ 79. ZGŁOSZENIE ZDARZENIA

1. Zdarzenie objęte ubezpieczeniem można zgłosić:
 - a) przez elektroniczny formularz na stronie allianz.pl,
 - b) telefonicznie 224 224 224,
 - c) na adres: TU Allianz Życie Polska S.A., ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa,
 - d) w każdej naszej placówce.
2. Potrzebę organizacji świadczeń assistance, telemedycyny, świadczeń medycznych, teleopieki kardiologicznej, powtórnej opinii medycznej można zgłosić za pośrednictwem **centrum operacyjnego**:
 - a) telefonicznie 224 224 224,
 - b) na adres: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce; 02-672 Warszawa, ul. Domaniewska 50B,
 - c) pocztą elektroniczną na adres: pmu@mondial-assistance.pl.
3. Zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia może zgłosić również spadkobierca Ubezpieczonego. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z **umowy**.

§ 80. 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 jest zobowiązana dotychczas wskazane przez nas dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Wniosek o wypłatę można złożyć również na udostępnionym przez nas druku.
3. Reguł 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 spełniłoby bezpośrednio po zgłoszeniu nam zdarzenia lub bez przeprowadzania postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia.
4. Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o zdarzeniu.
5. 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.

6. Bezsprawną część świadczenia jesteśmy zobowiązani spełnić w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o zdarzeniu.
7. 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.
8. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub jeżeli przyznaliśmy kwotę inną niż określona w zgłoszonym roszczeniu informujemy 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.
9. Możemy zażądać, aby Ubezpieczony w celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia, poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Pokrywamy koszty takich badań.
10. Określenie wartości procentowej **trwałego uszczerbku na zdrowiu** jest dokonywane na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia i rehabilitacji, oraz wyników badań, o których mowa w ust. 9. Wskazane jest dokonanie zgłoszenia roszczenia po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie później jednak niż w ciągu 3 lat od daty **wypadku**, z zastrzeżeniem ust. 11. Po zaistnieniu **wypadku** Ubezpieczony, **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.
11. W odniesieniu do uszczerbków wskazanych w części II tabeli stanowiącej załącznik nr 10 do tych o.w.u., ze względów medycznych ustalenie **trwałego uszczerbku na zdrowiu** może nastąpić nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od daty **wypadku**.
12. W przypadku, gdy nasze świadczenie polega na zwrocie poniesionych kosztów, Ubezpieczony powinien udokumentować ich wysokość. Zwrócimy je na podstawie przedstawionych dowodów poniesionych przez niego kosztów.
13. 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.
14. W celu realizacji świadczeń medycznych, teleopieki kardiologicznej, drugiej 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**.
15. 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. 14, zorganizujemy świadczenie medyczne we współpracującym podmiocie lub placówce medycznej.
16. Wartość poszczególnych świadczeń assistance pogrzebowego, świadczeń medycznych po poważnym zachorowaniu, świadczeń assistance onkologicznego, świadczeń assistance i telemedycyny, świadczeń assistance związanych z urodzeniem dziecka oraz świadczeń assistance związanych z rodzicem Ubezpieczonego ustalana jest każdorazowo na podstawie średnich cen usług obowiązujących na terenie danego województwa w dniu organizacji przez nas świadczenia, a w przypadku usług świadczonych za granicą – na podstawie średnich cen usług obowiązujących na terenie danego kraju w dniu organizacji przez nas świadczenia. Poinformujemy o niej Ubezpieczonego oraz jej wpływie na łączny limit kosztów lub **Sumy Ubezpieczenia Assistance** przed skorzystaniem przez Ubezpieczonego ze świadczenia.
17. Do zgłoszenia roszczenia z tytułu świadczeń dodatkowych związanych z **dzieckiem, małżonkiem, partnerem, rodzicem Ubezpieczonego, rodzicem małżonka, rodzicem partnera**, innych niż ich śmierć, należy dotychczas ich zgodę na przetwarzanie danych osobowych o stanie zdrowia oraz upoważnienie podmiotów wykonujących działalność leczniczą do udzielania nam informacji o stanie ich zdrowia, także po ich śmierci (w tym udostępnienia dokumentacji medycznej), w celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia, w zakresie określonym w art. 38 ust. 2 i 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

§ 81. NA RZECZ KOGO REALIZUJEMY ŚWIADCZENIE

1. Świadczenia należne z tytułu **umowy**, z wyłączeniem świadczeń z tytułu śmierci Ubezpieczonego, przysługują Ubezpieczonemu. Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego przysługują **uposażonemu** lub w razie ich braku innym **uprawnionym**. Świadczenie należne z tytułu śmierci Ubezpieczonego skutkującej osieroceniem **dziecka** przysługuje osieroconemu **dziecku**.
2. Ubezpieczony może wskazać jednego lub większą liczbę **uposażonych** jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci. Wskazanie **uposażonego** jest bezskuteczne, jeżeli **uposażony** zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego 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 wyznaczone są przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.
3. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma **uposażonego**, świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego przysługuje najbliższej rodzinie Ubezpieczonego 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) dalsi w kolejności spadkobiercy ustawowi (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.

§ 82. 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 Ubezpieczonego;
 - b) wysokość składki przekazanej na nasz rachunek bankowy jest nie niższa niż wysokość wynikająca z:
 - liczby osób, których **deklaracje 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 Ubezpieczonego rozpoczyna się w pierwszym dniu miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, 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, 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.

§ 83. ZAWIESZENIE OCHRONY

1. W sytuacji gdy składka należna w danym okresie nie została opłacona w terminie a opłacanie składek nie zostało zawieszone zgodnie z § 77 ust. 10-11 tych o.w.u., wezwijemy 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.

W **umowach**, w których datą **początku ubezpieczenia** jest pierwszy dzień danego miesiąca kalendarzowego, tryb opisany powyżej ma zastosowanie, o ile składka należna w danym okresie nie została opłacona w okresie 10 dni od pierwszego dnia miesiąca 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 § 72 ust. 3 i 4 oraz § 76 ust. 1 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 liczonym 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.
- e) z dniem upływu okresu wypowiedzenia **umowy**;
- f) z ostatnim dniem dodatkowego terminu do zapłaty składki wskazanego w wezwaniu, o którym mowa w § 83 ust. 1 tych o.w.u. – jeżeli Ubezpieczający nie przekaze zaległych składek w terminie określonym w par. 83 ust. 4 tych o.w.u.;
- g) w dniu **rocznicy polisy**, następującej bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 70. roku życia, w zależności od tego, które ze zdarzeń opisanych w lit. a)-g) nastąpiło wcześniej.
2. W przypadku, gdy w **umowie** zakres ochrony został rozszerzony również o świadczenia dodatkowe wskazane w tych o.w.u., ochrona względem Ubezpieczonego w odniesieniu do poszczególnego świadczenia dodatkowego wygasa:
 - a) w przypadkach określonych w ust. 1 powyżej;
 - b) z dniem wygaśnięcia **umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego;
 - c) z dniem, w którym do skutku dojdzie zmiana zakresu ochrony względem Ubezpieczonego, w taki sposób, że zakres ubezpieczenia nie obejmuje już tego świadczenia dodatkowego.
3. Wygaśnięcie ochrony wobec **pracownika** powoduje wygaśnięcie ochrony w odniesieniu do Ubezpieczonych będących **matronkami, partnerami lub dziećmi pracownika**.

§ 84. PRZEDŁUŻENIE UMOWY

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

§ 85. ZMIANY W UMOWIE

1. Zmiany **umowy** na niekorzyść Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wymagają zgody tego Ubezpieczonego.
2. Każda ze stron **umowy** może złożyć drugiej stronie wniosek o zmianę **umowy**, przy czym wniosek o zmianę powinien zostać złożony:
 - a) nie później niż na miesiąc przed proponowanym początkiem obowiązywania zmian – jeżeli o zmianę wnioskuje Ubezpieczający;
 - b) nie później niż na dwa miesiące przed **rocznicą polisy** – jeżeli my wnioskujemy o zmianę.
3. 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.
4. Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu od nas wniosku o zmianę **umowy**, nie wyrazi zgody na zmianę **umowy** w terminie do 14 dni przed datą **rocznicy polisy**, **umowa** nie ulega przedłużeniu na kolejny rok polisowy.
5. W celu rozpatrzenia wniosku o zmianę warunków **umowy**, możemy wymagać dostarczenia dokumentów, o których mowa w § 72 ust. 4 tych o.w.u. a także skierować Ubezpieczonego na badania, o których mowa w § 72 ust. 5 tych o.w.u.

§ 86. KONIEC OCHRONY

1. Niezależnie od innych postanowień tych o.w.u., ochrona względem danego Ubezpieczonego wygasa:
 - a) w chwili śmierci Ubezpieczonego;
 - b) z ostatnim dniem miesiąca, za który przekazana została za Ubezpieczonego ostatnia składka, nie później jednak niż z ostatnim dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym ustał stosunek pracy lub inny stosunek prawny łączący Ubezpieczonego z Ubezpieczającym będący podstawą objęcia tego Ubezpieczonego ochroną;
 - c) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony wystąpił z **umowy**;
 - d) z dniem rozwiązania **umowy**;

§ 87. ODSTĄPIENIE OD UMOWY

1. 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.
2. 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.
3. Odstąpienie od **umowy** nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.

§ 88. WYPOWIEDZENIE UMOWY

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 kalendarzowego, 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 kalendarzowego, w którym otrzymamy oświadczenie o wypowiedzeniu.

§ 89. 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, w którym złożono oświadczenie o wystąpieniu. Ubezpieczający ma obowiązek poinformować nas o tym przesyłając raport osób występujących w terminie nie później niż ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o wystąpieniu.

§ 90. ROZWIĄZANIE UMOWY

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

§ 91. SKRÓCENIE OKRESU KARENCJI

1. 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.
2. Skrócenie okresu karencji, o którym mowa w ust. 1, dotyczy tylko i wyłącznie zakresu ubezpieczenia objętego 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 miesiąca;
- c) Ubezpieczony złoży nam wniosek o objęcie ochroną w terminie 3 miesięcy od zakończenia ochrony w ramach **umowy**.

§ 93. JAK ZŁOŻYĆ REKLAMACJĘ

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

§ 94. JAK INACZEJ MOŻNA ROZWIĄZAĆ SPÓR

1. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
2. Mamy obowiązek uczestniczyć w postępowaniu pozasądowym w sprawie rozwiązywania sporów, które prowadzone jest przed Rzecznikiem Finansowym. Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: rf.gov.pl.
3. Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego (KNF). Pozew lub wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do sądu polubownego działającego przy Komisji Nadzoru Finansowego. Rozpatrzenie sprawy przez sąd polubowny wymaga naszej zgody.

§ 95. OBOWIĄZUJĄCE PRZEPISY PRAWA

1. Jeżeli jakieś kwestie nie są uregulowane w **umowie** lub w tych **o.w.u.**, zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej, RODO i inne przepisy prawa polskiego. Prawo polskie jest prawem właściwym dla tej umowy.
2. W relacjach wynikających z tych **o.w.u.** stosujemy język polski.

3. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej jest dostępne na stronie internetowej allianz.pl/sprawozdania-finansowe/ oraz w naszej siedzibie (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa).

§ 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**.

DEFINICJE

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

§ 97. DEFINICJE

1. **Akt przemocy**
bezprawne i celowe działanie fizyczne nakierowane na jakiegokolwiek dobro chronione prawem, za akt przemocy nie uważa się przekroczenia granic obrony koniecznej lub stanu wyższej konieczności
2. **Akt terroru**
nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszania ludności lub dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy, lub skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszania dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych
3. **Akty stanu wojennego lub działania wojenne**
ruchy wojsk, walki zbrojne (lądowe, morskie lub powietrzne) toczone się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub etnicznymi
4. **Całkowita niezdolność do pracy**
całkowita niezdolność do pracy osoby, która całkowicie utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu, stwierdzona orzeczeniem lekarza orzecznika lub przez właściwy sąd rozpoznający odwołanie od decyzji organu emerytalno-rentowego. W przypadku braku orzeczenia lekarza orzecznika lub właściwego sądu rozpoznającego odwołanie od decyzji organu emerytalno-rentowego, całkowita niezdolność do pracy ustala się na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem §80 ust. 9 tych o.w.u., z uwzględnieniem:
 - a) stopnia naruszenia sprawności organizmu oraz możliwości przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji;
 - b) możliwości wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej pracy oraz celowości przekwalifikowania zawodowego, biorąc pod uwagę rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne;pod warunkiem pozostawania przez tę osobę przez nieprzerwany okres minimum 6 miesięcy w niezdolności do pracy, udokumentowanej zaświadczeniem lekarskim lub inną dokumentacją medyczną; przy czym 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. Domaniewskiej 50B, 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. **Choroba przewlekła**
choroba zdiagnozowana przed datą przystąpienia do umowy charakteryzująca się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, leczona stale lub okresowo ambulatoryjnie lub będąca przyczyną pobytu w szpitalu w okresie 12 miesięcy przed datą przystąpienia do umowy
9. **Członek rodziny**
dziecko, małżonek albo partner, rodzice Ubezpieczonego, rodzice matzonka albo partnera
10. **Czynności życia codziennego**
za czynności życia codziennego uznaje się:
 - a) poruszanie się w domu – przemieszczanie się z/do łóżka lub z/na krzesło samodzielnie lub z użyciem laski, chodzika;
 - b) kontrolowanie czynności fizjologicznych – samokontrola w zakresie oddawania kału i moczu przy utrzymaniu higieny osobistej;
 - c) mycie – samodzielne wykonywanie czynności związanych z myciem w stopniu umożliwiającym utrzymanie higieny osobistej;
 - d) ubieranie się – samodzielne ubieranie i rozbieranie się – bez konieczności pomocy innej osoby;
 - e) jedzenie – wykonywanie wszystkich czynności związanych z samodzielnym spożywaniem przygotowanych posiłków (jedzenie i picie);
 - f) korzystanie z toalety – samodzielne przemieszczanie się do toalety i korzystanie z niej przy utrzymaniu higieny osobistej
11. **Data początku ubezpieczenia**
dzień określony w umowie, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność na podstawie umowy. Datę początku ubezpieczenia potwierdzimy w polisie
12. **Data przystąpienia do umowy**
data rozpoczęcia ochrony świadczonej w stosunku do Ubezpieczonego; data przystąpienia do umowy jest ustalana jako pierwszy dzień miesiąca następującego po miesiącu, w którym 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 kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym otrzymaliśmy i zaakceptowaliśmy wniosek o dokonanie zmian – dzień ten potwierdzimy w zmienionym certyfikacie wskazując datę, od której obowiązują zmienione warunki
13. **Data spełnienia kryteriów uczestnictwa w ubezpieczeniu**
za datę spełnienia kryteriów uczestnictwa w ubezpieczeniu uważa się:
 - a) 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;
 - b) w odniesieniu do matzonka 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;
 - c) w odniesieniu do partnera pracownika – ustaloną zgodnie z lit. a) datę spełnienia kryteriów uczestnictwa w ubezpieczeniu przez pracownika;
 - d) 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
14. **Deklaracja przystąpienia**
oświadczenie danej osoby o woli przystąpienia do umowy jako Ubezpieczonego sporządzone na formularzu udostępnionym przez nas
15. **Depresja poporodowa**
zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z porodem, zakwalifikowane w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako F53
16. **Działanie pod wpływem alkoholu**
działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
 - a) stężenia we krwi od 0,2 promila alkoholu lub
 - b) obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³
17. **Dziecko**
dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego
18. **Dzień pobytu w szpitalu**
dzień kalendarzowy, w którym miał miejsce pobyt w szpitalu, niezależnie od tego, ile czasu trwał pobyt w danym dniu kalendarzowym. Za pierwszy dzień przyjmuje się dzień rejestracji w szpitalu, a za ostatni dzień wypisu ze szpitala
19. **Dzień roboczy**
każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy
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 składki
21. **Leczenie antyretrowirusowe**
przez uraz leczony lekami antyretrowirusowymi, zalecone przez lekarza, rozpoczęte w okresie od 48 do 72 godzin po kontakcie z materiałem zakaźnym i kontynuowane przez 4 tygodnie (28 dni)
22. **Leczenie operacyjne**
przez uraz leczony tylko chirurgicznie należy rozumieć uraz, który zgodnie z dokumentacją medyczną wymaga przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego lub laparoskopowego naruszającego ciągłość powłok ciała (przecięcie skóry) lub metodą endoskopową, wykonane go w warunkach ambulatoryjnych lub podczas hospitalizacji. Za leczenie operacyjne w rozumieniu niniejszej definicji nie uważa się zeszywania rany i zabiegów wykonanych w celach diagnostycznych
23. **Leczenie tylko zachowawcze**
przez uraz leczony tylko zachowawczo należy rozumieć uraz wymagający wyłącznie leczenia nieinwazyjnego, które nie wiąże się z podjęciem działań chirurgicznych
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. **Leki**
zalecone Ubezpieczonemu leki gotowe, wpisane do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu, których zakup można zrealizować wyłącznie na podstawie recepty, oraz leki recepturowe, wskazane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego lub w osobnym dokumencie wystawionym przez lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego podczas pobytu Ubezpieczonego w szpitalu
27. **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
28. **Macocha**
osoba z którą ojciec pozostaje lub pozostawał w związku małżeńskim, nie będąca matką
29. **Małżonek**
osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną
30. **Matka**
matka biologiczna lub przysposabiająca
31. **Nagłe zachorowanie**
nagły stan chorobowy zagrażający życiu albo zdrowiu wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej
32. **Niedowład**
potwierdzone dokumentacją medyczną zmniejszenie siły mięśni lub ograniczenie zakresu ruchu powstałe na skutek zmian ośrodkowych organicznych, obwodowych lub dotyczących samego mięśnia
33. **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 §80 ust. 9 tych o.w.u., z uwzględnieniem:

- a) stopnia naruszenia sprawności organizmu oraz możliwości przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji;
- b) możliwości wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej pracy oraz celowości przekwalifikowania zawodowego, biorąc pod uwagę rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne, pod warunkiem pozostawania przez tę osobę przez nieprzerwany okres minimum 6 miesięcy w niezdolności do pracy, udokumentowanej zaświadczeniem lekarskim lub inną dokumentacją medyczną, przy czym za datę zdarzenia uznaje się datę rozpoczęcia ww. okresu niezdolności
- 34. Niezdolność do samodzielnej egzystencji**
 naruszenie sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych stwierdzone orzeczeniem lekarza orzecznika lub właściwego sądu rozpoznającego odwołanie od decyzji organu emerytalno-rentowego. W przypadku braku orzeczenia lekarza orzecznika lub właściwego sądu rozpoznającego odwołanie od decyzji organu emerytalno-rentowego, przez niezdolność do samodzielnej egzystencji rozumie się trwającą i bezpowrotną utratę zdolności do wykonywania co najmniej czterech z sześciu czynności życia codziennego
- 35. OIOM (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii)**
 wydzielony specjalistyczny oddział szpitalny zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanie zagrożenia życia; za OIOM nie uważa się wydzielonych sal intensywnego nadzoru istniejących w ramach innych oddziałów specjalistycznych
- 36. Ojciec**
 ojciec biologiczny lub przysposabiający
- 37. Ojczym**
 osoba z którą matka pozostaje lub pozostawała w związku małżeńskim, nie będąca ojcem
- 38. Okres ochrony**
 okres, w którym udzielamy Ubezpieczonemu ochrony z tytułu danego świadczenia na podstawie umowy
- 39. Ostry zawał serca**
 martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem, ze współistnieniem i udokumentowanym wzrostem lub spadkiem stężenia biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego we krwi (troponiny sercowej cTn) z przynajmniej jedną wartością przekraczającą 99 centyl górnej granicy wartości referencyjnych, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych dowodów na niedokrwienie mięśnia sercowego:
- objawy kliniczne niedokrwienia serca
 - nowe niedokrwienne zmiany w elektrokardiogramie
 - pojawienie się patologicznych załamków Q w elektrokardiogramie
 - nowy ubytek żywego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwiidocznione w badaniach obrazowych
 - obecność skrzepliny w tętnicy wieńcowej uwiidocznionej badaniem angiograficznym
- 40. Pakiet**
 dodatkowe rozszerzenie zakresu ochrony, które Ubezpieczony może wybrać, jeżeli umowa to przewiduje
- 41. Partner**
 osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku nieformalnym, która nie jest spokrewniona z Ubezpieczonym w linii prostej ani nie jest rodzeństwem ani powinowatym w linii prostej z Ubezpieczonym, która jednocześnie prowadzi z nim wspólne gospodarstwo domowe i została wskazana (imię, nazwisko, data urodzenia) jako partner Ubezpieczonego 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
- 42. Polisa**
 dokument potwierdzający zawarcie umowy
- 43. Porażenie**
 potwierdzony dokumentacją medyczną stan charakteryzujący się całkowitą niezdolnością wykonywania ruchu na skutek braku dopływu bodźców nerwowych do mięśni
- 44. Poronienie**
 wydalenie lub wydobycie z ustroju matki będącej Ubezpieczonym lub matką albo partnerem Ubezpieczonego płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak: czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło to przed upływem 22 tygodnia ciąży
- 45. Powtórna opinia medyczna**
 opinia związana z diagnozą, stanem zdrowia oraz leczeniem Ubezpieczonego, sporządzona przez lekarza świadczącego usługi medyczne poza Polską, w oparciu o dokumentację medyczną dostarczoną przez Ubezpieczonego
- 46. 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:
- 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);
 - daty spełnienia kryteriów uczestnictwa w ubezpieczeniu
- 47. Pracownik**
 osoba fizyczna, która jest:
- 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
 - wspólnikiem Ubezpieczającego, lub
 - członkiem Zarządu Ubezpieczającego lub innych organów zarządzających Ubezpieczającego, określonych w umowie spółki lub statucie Ubezpieczającego, lub
 - związana z Ubezpieczającym w inny sposób określony w umowie, uzasadniający możliwość objęcia ochroną na zasadach określonych w tych o.w.u.
- 48. Przewlekła choroba narządu mowy lub słuchu**
 choroba prowadząca do zaburzeń czynnościowych lub zmian organicznych narządu mowy lub słuchu
- 49. Przyczyna zewnętrzna**
 zdarzenie pochodzące spoza organizmu osoby która doznała tego zdarzenia, które było wyjątkowym czynnikiem doprowadzającym do wystąpienia obrażeń ciała tej osoby, polegające na oddziaływaniu na ciało tej osoby:
- energii kinetycznej – czynników mechanicznych powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń, czynników grawitacyjnych powodujących obrażenia w postaci upadków;
 - energii termicznej lub elektrycznej – powodujących obrażenia w postaci oparzeń;
 - czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń lub zatruc;
 - czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych,
- jednocześnie zastrzega się, iż stres i przeżycia nie są przyczyną zewnętrzną według tych o.w.u.
- 50. Przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej**
 stan zagrożenia życia, który powinien być zgłaszany bezpośrednio do pogotowia ratunkowego, za który uważa się:
- zatrucia lekami, środkami/substancjami chemicznymi, gazami, zaburzenia świadomości, utratę przytomności, omdlenia, duszność, zaburzenia oddychania, ból w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca, ostry ból brzucha, krwotoki, uporczywe wymioty;
 - stany zagrożenia ciąży, gwałtownie postępujący poród;
 - rozległe rany z krwawieniem będące efektem urazu oraz urazy uniemożliwiające samodzielne poruszanie się;
 - nagłe wystąpienie: drgawek (również w przebiegu wysokiej temperatury), porażenia i niedowładów;
 - ciężką reakcję anafilaktyczną na ukąszenia, leki lub środki spożywcze
- 51. Rana**
 uszkodzenie skóry i tkanki podskórnej wymagające zaopatrzenia chirurgicznego, to jest opracowania rany poprzez jej zyszczenie przy użyciu nici chirurgicznych, klamer, kleju tkankowego, pasków lub plastrów chirurgicznych lub wycięcie tkanek martwych
- 52. Renta**
 należne z tytułu umowy świadczenie miesięczne
- 53. Reoperacja**
 operacja na narządach uprzednio operowanych, związana z tą samą chorobą lub wypadkiem, które były powodem uprzednio przeprowadzonej operacji
- 54. Rocznicza polisa**
 każda rocznica daty początku ubezpieczenia, przy czym za rocznicę dnia 29 lutego, jeżeli tego dnia nie ma w danym roku, uważamy dzień 28 lutego

55. **Rodzic małżonka**
ojciec małżonka lub matka małżonka, lub ojczym małżonka, lub macocha małżonka
56. **Rodzic partnera**
ojciec partnera lub matka partnera, lub ojczym partnera, lub macocha partnera
57. **Rodzic Ubezpieczonego**
ojciec Ubezpieczonego lub matka Ubezpieczonego, lub ojczym Ubezpieczonego, lub macocha Ubezpieczonego
58. **Rok polisowy**
okres trwający pomiędzy datą początku ubezpieczenia a pierwszą rocznicą polisy oraz każdy okres trwający między kolejnymi rocznicami polisy
59. **Sanatorium**
zakład leczniczy wykorzystujący walory klimatyczne, przyrodnicze i naturalne, zlokalizowany w miejscowości uzdrowskiej, przeznaczony dla osób wymagających rehabilitacji lub utrwalenia wyników leczenia szpitalnego
60. **Siła wyższa**
nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od Ubezpieczonego lub od nas, którego następstwom nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków
61. **Skřęcenie**
uszkodzenie przebiegające z nacięgnięciem, naderwaniem lub całkowitym zerwaniem torebki stawowej lub więzadeł (struktur moczujących i stabilizujących stawy)
62. **Sprzęt rehabilitacyjny**
sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie
63. **Stłuczenie**
zamknięte mechaniczne uszkodzenie tkanek miękkich (mięśni, skóry i tkanki podskórej) powodujące naruszenie czynności narządu z widocznym wylewem krwi lub obrzękiem w miejscu obrażenia
64. **Suma ubezpieczenia**
określona w umowie wartość będąca podstawą do obliczenia wysokości świadczeń wypłacanych z tytułu zdarzeń określonych w umowie. Wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzimy w polisie
65. **Szpital**
zakład opieki zdrowotnej przeznaczony zgodnie z przepisami do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego oraz świadczenia przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za szpital w rozumieniu tych o.w.u. nie uważa się szpitala uzdrowskiego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowska, ośrodka pomocy społecznej, domu opieki, ośrodka leczenia uzależnień, hospicjum
66. **Szpital rehabilitacyjny**
znajdujący się na terenie Polski zakład opieki zdrowotnej przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie zabiegów rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych przez wykwalifikowaną kadrę rehabilitantów i przynajmniej jednego lekarza, w tym również oddziały rehabilitacyjne szpitali w Polsce. Za szpital rehabilitacyjny w rozumieniu tych o.w.u. uważa się również szpital uzdrowskowy (sanatoryjny). Za szpital rehabilitacyjny w rozumieniu tych o.w.u. nie uważa się sanatorium i uzdrowska, ośrodka pomocy społecznej, domu opieki, ośrodka leczenia uzależnień, hospicjum
67. **Transport medyczny**
transport realizowany odpowiednim dla stanu zdrowia środkiem transportu; za transport medyczny nie uważa się transportów na wizyty kontrolne związane z kontynuacją leczenia oraz dojazdów do poradni rehabilitacyjnej
68. **Trwały ubytek neurologiczny**
zaburzenia neurologiczne, powstałe wskutek uszkodzenia poszczególnych struktur układu nerwowego, które powodują trwałe ograniczenie sprawności organizmu potwierdzone w badaniu przedmiotowym i dokumentacji medycznej
69. **Trwały uszczerbek na zdrowiu**
trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, które powodują upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy
70. **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) **małżonek**, 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
71. **Udar mózgu**
nagłe uszkodzenie mózgu pochodzenia naczyniowego na skutek jego ogniskowego niedokrwienia – wynaczynienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego. Przez **udar mózgu** rozumie się również krwotok podpajęčzynówkowy na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego
72. **Umowa**
umowa zawarta na podstawie tych o.w.u.
73. **Unieruchomienie**
unieruchomienie stawu lub kości poprzez zastosowanie: gipsu, gipsu syntetycznego, gorsetu, szyny, ortezy, stabilizatora lub kołnierza ortopedycznego, a w przypadkach uszkodzenia stawu obojęczkowo-barokowego lub obojęczkowo-mostkowego również poprzez zastosowanie chusty trójkątnej, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej
74. **Uposażony**
osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczeń z tytułu jego śmierci
75. **Uprawniony**
uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczeń z tytułu śmierci Ubezpieczonego, o której mowa w § 81 ust. 3 tych o.w.u.
76. **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 9, ani załączniku nr 10 do tych o.w.u.
77. **Urodzenie się dziecka z niską oceną w skali Apgar**
urodzenie się żywego dziecka, w akcie urodzenia którego Ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic, które urodziło się po upływie 22. tygodnia ciąży i przy urodzeniu otrzymało od 1 do 7 punktów w skali Apgar przy ostatniej wstępnej ocenie stanu dziecka przeprowadzanej po porodzie
78. **Urodzenie się martwego dziecka**
urodzenie się Ubezpieczonemu martwego dziecka, nie wcześniej niż po upływie 22. tygodnia ciąży (po upływie 21 tygodni i 7 dni)
79. **Urodzenie się dziecka**
 - a) **narodzenie żywego dziecka** potwierdzone aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic dziecka, albo
 - b) **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
80. **Uszczerbek na zdrowiu dziecka**
fizyczne uszkodzenie ciała dziecka lub utrata przez nie zdrowia, skutkujące upośledzeniem czynności organizmu
81. **Uszkodzenie tkanek miękkich**
uszkodzenie mięśni, naczyń, nerwów, ścięgien, więzadeł będące następstwem wypadku, rozumiane jako ostre zamknięte lub otwarte uszkodzenie tkanek miękkich, gdy występuje co najmniej 1 z następujących objawów: ból, wylew krwi, obrzęk, ograniczenie zakresu ruchów, zwiększone napięcie mięśni, osłabienie siły mięśniowej, powodujące upośledzenie sprawności czynnościowej
82. **Wada wrodzona**
nieprawidłowość powstała w okresie zarodkowym lub płodowym zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (Q00-Q99)
83. **Wariant**
zakres ochrony wybierany przez Ubezpieczonego spośród dostępnych w umowie
84. **Wypadek**
gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które spełnia wszystkie poniższe kryteria:
 - a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia, osoby która doznała tego zdarzenia,
 - b) jest wywołane przyczyną zewnętrzną, która była bezpośrednią i występną przyczyną wystąpienia wypadku,
 - c) nastąpiło w okresie ochrony,
 - d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego naszą odpowiedzialnościąNa potrzeby świadczeń dodatkowych uregulowanych w §14-19, §21, §45, §46, §57 oraz §58 tych o.w.u. przyjmujemy, że wypadek może mieć miejsce także przed datą przystąpienia do umowy w zakresie danego świadczenia dodatkowego
85. **Wypadek komunikacyjny**
zdarzenie spełniające łącznie warunki wskazane w definicji wypadku, mające miejsce w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu osoba uczestnicząca w nim uległa jako:

- a) kierujący pojazdem w rozumieniu prawa o ruchu drogowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem wodnym, lub pasażerskim statkiem powietrznym,
 - b) pasażer,
 - c) rowerzysta,
 - d) pieszy
- 86. Wypadek komunikacyjny przy pracy**
zdarzenie spełniające łącznie warunki wskazane w definicji **wypadku komunikacyjnego** oraz **wypadku przy pracy**
- 87. Wypadek przy pracy**
zdarzenie spełniające łącznie warunki wskazane w definicji **wypadku**, do którego doszło na terenie Polski w związku z łączyącym Ubezpieczonego stosunkiem pracy, lub stosunkiem cywilnoprawnym którego przedmiotem jest świadczenie pracy, który nastąpił:
- a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych, lub poleceń przełożonych, lub
 - b) w czasie pozostawiania Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy, lub stosunku cywilnoprawnego którego przedmiotem jest świadczenie pracy przez Ubezpieczonego, lub
 - c) w czasie trwania podróży służbowej
- 88. Zaawansowany nowotwór**
rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego lub w przypadkach uzasadnionych medycznie innym specjalistycznym badaniem ocenianym przez patomorfologa. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w **okresie ochrony**. Za dzień wystąpienia nowotworu przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa). Ochrona obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa) zostanie pobrany w **okresie ochrony**, a data badania mikroskopowego potwierdzająca pierwsze rozpoznanie wypadła po wygaśnięciu **okresu ochrony**
- 89. Zabieg operacyjny**
leczenie chirurgiczne przeprowadzone w trakcie pobytu w **szpitalu**, według wiedzy medycznej konieczne w procesie leczenia stanu chorobowego, określonego w dokumentacji medycznej
- 90. Zamieszki**
demonstracje i starcia uliczne będące wyrazem niezadowolenia, buntu lub protestu przeciwko władzy publicznej
- 91. Zaostrzenia choroby przewlekłej**
nasilenie objawów chorobowych ze strony tego samego lub innego narządu lub układu, pozostające w bezpośrednim związku z **chorobą przewlekłą**, przebiegające w sposób ostry (burzliwy) i wymagające udzielenia natychmiastowej pomocy lekarskiej
- 92. Zawał serca**
martwica w obrębie mięśnia serca spowodowana jego niedokrwieniem
- 93. Zestaw teleopieki kardiologicznej**
Aparat EKG wraz z ładowarką, materiały szkoleniowe i informacyjne, udostępnione Ubezpieczonemu w ramach teleopieki kardiologicznej
- 94. Zwichnięcie**
zamknięte uszkodzenie stawu, w którym dochodzi do przemieszczenia względem siebie powierzchni stawowych z towarzyszącym uszkodzeniem struktur wewnątrzstawowych (więzadeł, chrząstek, łąkotek), uszkodzeniem naczyń krwionośnych i naciągnięciem lub rozerwaniem torebki stawowej

§ 98. 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.

O.w.u. zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 20 kwietnia 2022 r. i weszły w życie 1 czerwca 2022 r.

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000002561, NIP 5260209975, REGON 010587003, wysokość kapitału zakładowego 95 480 000 zł (włacony w całości).

WYKAZ POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny	Zakres rozszerzony	Poważne zachorowanie rodzica	Poważne zachorowanie dziecka
1.	Amputacja kończyn z powodu choroby A. Przeprowadzenie operacji amputacji co najmniej jednej kończyny wskutek choroby: a) powyżej nadgarstka – w zakresie kończyn górnych, b) powyżej stawu skokowego – w zakresie kończyn dolnych.	—	✓	—	—
2.	Anemia aplastyczna 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 i/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.	✓	✓	✓	—
3.	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych z trwałym ubytkiem neurologicznym A. Ostra choroba ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana wniknięciem bakterii do opon mózgowo-rdzeniowych, wymagająca leczenia szpitalnego i prowadząca do wystąpienia trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być postawione w oparciu o wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego wskazujący na bakteryjny charakter zapalenia opon.	—	✓	—	✓
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. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – wystąpienia choroby u osoby z implantowaną sztuczną zastawką serca, – wystąpienia choroby jako powikłania szpitalnego.	—	✓	—	—
5.	Borelioza wymagająca leczenia szpitalnego A. Choroba rozpoznana jako borelioza (kod choroby A.69.2 według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10) skutkująca koniecznością leczenia szpitalnego, pod warunkiem, że jej pierwsze rozpoznanie potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego miało miejsce w okresie ochrony.	—	✓	—	—
6.	Całkowita, nieodwracalna utrata mowy A. Całkowita, nieodwracalna utrata zdolności mowy, która rozpoczęła się w okresie ochrony, trwała nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, oraz 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.	✓	✓	✓	✓
7.	Całkowita, nieodwracalna utrata słuchu A. Całkowita, nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach, która rozpoczęła się w okresie ochrony, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza otolaryngologa wraz z badaniem audiometrycznym.	✓	✓	✓	✓
8.	Całkowita, nieodwracalna utrata wzroku A. Całkowita, nieodwracalna i niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia obustronna utrata wzroku (VO=0, z brakiem pocucia światła lub z pocuciem światła bez lokalizacji), która rozpoczęła się w okresie ochrony. O utrwalałym charakterze utraty wzroku orzeka lekarz okulista po upływie co najmniej 6 miesięcy od jej wystąpienia.	✓	✓	✓	✓
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. Rozpoznanie choroby i niezdolność 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.	✓	✓	✓	—
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 wszelkich postaci parkinsonizmu wtórnego (objawowego).	✓	✓	✓	—
11.	Choroba Creutzfeldta-Jakoba skutkująca niezdolnością do samodzielnej egzystencji A. Choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym osłabieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych skutkująca niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Rozpoznanie pełnoobjawowej choroby przy jednoczesnej niepełnosprawności w czynnościach życia codziennego powinny być potwierdzone przez lekarza neurologa.	✓	✓	✓	—

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny	Zakres rozszerzony	Poważne zachorowanie rodzica	Poważne zachorowanie dziecka
12.	Choroba Huntingtona (Pląsawica Huntingtona) A. Genetycznie uwarunkowana, postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego objawiająca się klinicznie zaburzeniami koordynacji ruchowej i napięcia mięśni, postępującymi zaburzeniami pamięci, osobowości, depresją, otępieniem. Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza neurologa.	✓	✓	✓	—
13.	Choroba Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu wymagająca operacji A. Przewlekłe, nieswoiste zapalenie przewodu pokarmowego przebiegające z okresami zaostrzeń i remisji, które charakteryzuje się występowaniem odcinkowych zmian zapalnych głównie w obrębie jelita, obejmujących całą grubość jego ściany. Zmiany zapalne 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: niedrożności przewodu pokarmowego, masywnego krwawienia, perforacji jelita, przetoki, ropni, stwierdzenia lub podejrzenia procesu nowotworowego, wyniszczenia organizmu. B. Zakres ochrony nie obejmuje zabiegów wyłączonej plastyki zwierzeń.	✓	✓	✓	—
14.	Choroba neuronu ruchowego A. Wystąpienie jednej z niżej wymienionych chorób, potwierdzonych przez lekarza neurologa, których wspólną cechą są objawy uszkodzenia neuronów ruchowych: a) stwardnienia zanikowego bocznego (SLA), b) postępującego zaniku mięśni (PMA), c) pierwotnego stwardnienia bocznego (PLS), d) postępującego porażenia opuszkowego (PBP).	—	✓	—	—
15.	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.	—	✓	—	—
16.	Ciężki paraliż dwóch lub więcej kończyn A. Całkowita i nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach wskutek porażenia spowodowanego uszkodzeniem w obrębie centralnego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego), która rozpoczęła się 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.	—	✓	—	✓
17.	Ciężki przypadek ziarniniaka Wegenera A. Martwicze zapalenie naczyń i średnich naczyń krwionośnych górnych i dolnych dróg oddechowych oraz nerek, wynikające z nieprawidłowej stymulacji układu odpornościowego, charakteryzujące się powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał przeciwko cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (cANCA). Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki ciężkich uogólnionych postaci choroby, w których dochodzi do schyłkowej niewydolności nerek wymagającej dializy, schyłkowej niewydolności oddechowej wymagającej przewlekłej tlenoterapii, tj. >15 h/dobę, utraty wzroku, utraty słuchu.	—	✓	—	—
18.	Cukrzyca typu I insulinozależna A. Cukrzyca insulinozależna, o etiologii autoimmunologicznej, która wymaga leczenia insuliny w sposób ciągły przez okres co najmniej trzech miesięcy. Diagnoza powinna być potwierdzona przez lekarza diabetologa.	—	—	—	✓
19.	Cukrzyca typu I insulinozależna o ciężkim przebiegu A. Choroba autoimmunologiczna o ciężkim przebiegu, w której dochodzi do bezwzględnego niedoboru insuliny na skutek uszkodzenia komórek beta wysp Langerhansa trzustki, z obecnością markerów procesu autoimmunologicznego, takich jak – przeciwciała przeciwinsulinowe lub przeciw dekarboksylazie kwasu glutaminowego (anty-GAD), doprowadzająca do poważnych zaburzeń metabolicznych w postaci kwasicy ketonowej i/lub śpiączki ketonowej w okresie późniejszym niż przy pierwszej manifestacji klinicznej. Rozpoznanie powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Z zakresu ochrony wyłączone jest kwasica ketonowa lub śpiączka ketonowa jako pierwszy objaw choroby u osoby bez ustalonego rozpoznania cukrzycy.	—	✓	—	—
20.	Dur brzuszny skutkujący powikłaniami A. Ogólnoustrojowa choroba bakteryjna wywołana pałeczkami 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.	—	✓	—	—
21.	Dystrofia mięśniowa: Duchenne’a, Becker’a, obręczowo-kończynowa A. Dziedziczna choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym objawiająca się osłabieniem mięśni wskutek ich degeneracji, zaniku, atrofii prowadzących do trwałych zaburzeń ich funkcji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa i potwierdzone wynikiem biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG).	—	✓	—	✓

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny	Zakres rozszerzony	Poważne zachorowanie rodzica	Poważne zachorowanie dziecka
22.	Głęboka śpiączka A. Stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, który rozpoczął się w okresie ochrony , trwający co najmniej 96 godzin, wymagający zastosowania sprzętu podtrzymującego funkcje życiowe, doprowadzający do trwałego ubytku neurologicznego ; oraz stan śpiączki trwający dłużej niż 60 dni, niezależnie od występowania trwałego ubytku neurologicznego . Rozpoznanie powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego, zawierającej ocenę stanu neurologicznego przy wypisie. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – śpiączki powstałej wskutek spożycia alkoholu, użycia leków, narkotyków, środków chemicznych, – stanu śpiączki wywołanego lub przedłużanego sztucznie w celach terapeutycznych.	✓	✓	✓	✓
23.	Głębokie oparzenia skóry w wyniku wypadku A. Głębokie oparzenia skóry wymagające leczenia szpitalnego. Zakres ochrony obejmuje: a) oparzenia ponad 50% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie, b) oparzenia ponad 20% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia. Rozległość oparzeń oceniana jest na podstawie dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego i w oparciu o przyjęte tabele oceny wielkości powierzchni ciała (reguła dziewiątek lub tablica Lunda i Browdera). Jako datę zdarzenia przyjmuje się datę wypadku prowadzącego do oparzeń spełniających powyższe kryteria. B. Zakres ochrony nie obejmuje oparzeń słonecznych.	✓	✓	✓	✓
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 płynu z niewydolnością oddechową, – poważnego krwotoku, – niewydolności narządowej, do której należą: ostra niewydolność wątroby, ostra niewydolność nerek, encefalopatia, kardiomiopatia.	—	✓	—	—
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 i wdrożeniem leczenia przeciwprątkowego. B. Zakres ochrony nie obejmuje wystąpienia gruźlicy ze współistniejącą infekcją HIV.	—	✓	—	—
26.	Kardiomiopatia A. Choroba mięśnia sercowego prowadząca do trwałej utraty zdolności do wysiłku ocenionej co najmniej jako III klasa wg NYHA (New York Heart Association). Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza kardiologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje kardiomiopatii alkoholowej.	—	✓	—	—
27.	Łagodny guz mózgu wymagający operacji neurochirurgicznej albo powodujący trwały ubytek neurologiczny A. Niezłśliwa histologicznie zmiana guzowata w obrębie tkanki mózgu lub opon (z wyłączeniem rdzenia przedłużonego), potwierdzona badaniem tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR), wymagająca przeprowadzenia operacji neurochirurgicznej, a w przypadku jej zaniechania powodująca trwały ubytek neurologiczny . Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza neurologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – nowotworów złośliwych, – guzów przysadki, – torbieli, – zmian naczyniowych, – krwawiaków, – ziarniników, – ropni, – guzów rdzenia.	✓	✓	✓	✓
28.	Łagodny guz rdzenia wymagający operacji neurochirurgicznej albo powodujący trwały ubytek neurologiczny A. Niezłśliwa histologicznie zmiana guzowata w obrębie rdzenia (w tym rdzenia przedłużonego), zlokalizowana wewnątrztrzonkowo, 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. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – nowotworów złośliwych, – torbieli, – ziarniników, – ropni, – krwawiaków, – malformacji naczyniowych, – guzów zewnątrztrzonowych, – guzów zlokalizowanych w obrębie kręgów, – wypadnięcia krążka międzykręgowego, – zmian zwyrodnieniowych, – gruźlicy, – urazów kręgołupa.	✓	✓	✓	✓

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres opitymalny	Zakres rozszerzony	Poważne zachorowanie rodzica	Poważne zachorowanie dziecka
29.	Malaria o ciężkim przebiegu A. Ostra lub przewlekła choroba zakaźna wywoływana przez wewnątrzkomórkowego pierwotniaka z gatunku zarodźców (Plasmodium) objawiająca się dreszczami i wysoką gorączką oraz towarzyszącymi dolegliwościami, do których należą: bóle głowy, mięśni, nudności, wymioty, biegunka, duszność, zaburzenia neurologiczne. Rozpoznanie postawione na podstawie objawów klinicznych musi być potwierdzone wynikiem jednego z poniższych badań wskazujących na: – obecność zarodźców malarii w rozmazach krwi (technika Giemzy), – obecność kwasów nukleinowych Plasmodium spp. we krwi (m.in. techniką PCR, NAT, reakcją NASBA, LAMP), – obecność antygenu Plasmodium spp. (test immunologiczny RDTs). Zakres ochrony obejmuje przypadki wymagające leczenia szpitalnego, o ciężkim przebiegu manifestującym się pod postacią: 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 lub malarię powikłaną niewydolnością wielonarządową.	—	✓	—	—
30.	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. Diagnoza musi być postawiona przez lekarza na podstawie typowego obrazu klinicznego choroby i wyniku jednego z potwierdzających badań: – mutacji w obu allelach genu CFTR (delta F 508), – dodatni wynik testu potowego (Cl⁻ >60 mmol/l) w co najmniej dwóch badaniach, – duża wartość przezbłonowej różnicy potencjałów.	—	✓	—	✓
31.	Nabyta niedokrwistość hemolityczna A. Heterogenna grupa chorób cechujących się nieprawidłowym przedwczesnym rozpadem erytrocytów, przebiegających z objawami niedokrwistości i żółtaczki, a w trakcie intensywniej hemolizy z powiększeniem śledziony i wątroby. Zakres ochrony obejmuje wystąpienie choroby wyłącznie w postaci nabytej, spowodowanej przez czynniki immunologiczne i nieimmunologiczne jak: choroby zakaźne i układowe, środki chemiczne, czynniki chemiczne i fizyczne, leki, metale, jady zwierząt, 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.	—	✓	—	—
32.	Nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis) skutkujące trwałym kalectwem A. Ostra choroba zakaźna, która wystąpiła w okresie ochrony, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej, wywołana przez wirusy polio, występująca w postaci porażennej (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, w stopniu uniemożliwiającym codzienne funkcjonowanie i dalszy prawidłowy rozwój – w odniesieniu do dziecka, które nie ukończyło 16. roku życia.	—	—	—	✓
33.	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 lub w przypadkach uzasadnionych medycznie innym specjalistycznym badaniem ocenianym przez patomorfologa. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony. Za dzień wystąpienia nowotworu przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa). Zakres ochrony obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa) zostanie pobrany w okresie ochrony, a data badania mikroskopowego potwierdzająca pierwsze rozpoznanie wypadła po wygaśnięciu okresu ochrony. B. Zakres ochrony nie obejmuje: nowotworów „in situ”, nowotworów współistniejących z infekcją HIV, nowotworów skóry (z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM).	—	—	—	✓
34.	Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu skutkujące trwałym ubytkiem neurologicznym A. Ostra choroba zapalna mózgu o etiologii wirusowej, do powstania której doszło wskutek zakażenia przenoszonego przez kleszcza, prowadząca do uszkodzenia struktur mózgu i powstania trwałego ubytku neurologicznego, oraz wymagająca leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje zapalenia mózgu ze współistniejącą infekcją HIV.	—	✓	—	✓
35.	Operacja usunięcia bąblowca mózgu A. Przeprowadzenie operacji usunięcia zmiany w mózgu, potwierdzonej rozpoznaniem histopatologicznym jako bąbłowiec mózgu (z obecnością larw typu echinococcus).	—	✓	—	—
36.	Operacja usunięcia ropnia mózgu A. Przeprowadzenie operacji usunięcia zmiany w mózgu, która została potwierdzona rozpoznaniem histopatologicznym jako ropień mózgu.	—	✓	—	—
37.	Operacja wymiany zastawki na otwartym sercu A. Przeprowadzenie operacji na otwartym sercu, z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego, w celu leczenia przewlekłej nabytej choroby zastawki lub zastawek serca polegającej na wymianie jednej lub więcej zastawek serca. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie operację wszczepiania sztucznych zastawek serca, jeżeli wada zastawki została wykryta w okresie ochrony. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – zabiegów naprawczych zastawek, – zabiegów polegających na wymianie wszczepionej wcześniej zastawki, wymianie zastawki bez otwierania klatki piersiowej (przezskórne wszczepienie zastawki).	✓	✓	—	—

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny	Zakres rozszerzony	Poważne zachorowanie rodzica	Poważne zachorowanie dziecka
38.	Ostra niewydolność wątroby A. Występowanie klinicznych objawów ostrej niewydolności miększu wątroby, które rozpoczęły się w okresie ochrony, będące wyrazem gwałtownego pogorszenia jej funkcji, prowadzące do encefalopatii i zaburzeń krzepnięcia u osoby bez istniejącej wcześniej choroby wątroby. Zakres ochrony obejmuje przypadki spełniające łącznie wszystkie poniższe kryteria: a) brak stwierdzenia wcześniej choroby wątroby, b) niewydolność wątroby trwająca przed zdiagnozowaniem ostrej niewydolności nie dłużej niż 6 miesięcy od początku objawów choroby, c) encefalopatia wątrobowa ujawniona w okresie krótszym niż 6 miesięcy od początku objawów choroby, d) zaburzenia w układzie krzepnięcia krwi, przy wskaźniku INR $\geq$ 1,5. B. Zakres ochrony nie obejmuje niewydolności wątroby powstałej na skutek spożywania alkoholu ani zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.	—	✓	—	—
39.	Ostry zawał serca A. Martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem, ze współistniejącym i udokumentowanym wzrostem lub spadkiem stężenia biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego we krwi (troponiny sercowej cTn) z przynajmniej jedną wartością przekraczającą 99 centyl górnej granicy wartości referencyjnych, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych dowodów na niedokrwienie mięśnia sercowego: a) objawy kliniczne niedokrwienia serca b) nowe niedokrwienne zmiany w elektrokardiogramie c) pojawienie się patologicznych załamków Q w elektrokardiogramie d) nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych e) obecność skrzepiny w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym B. Zakres ochrony nie obejmuje: – uszkodzenia mięśnia serca spowodowanego czynnikami mechanicznymi, toksycznymi, zapalnymi lub naciekiem, – zawału w przebiegu choroby niedokrwiennej serca rozpoznanej przed objęciem ochroną w zakresie tego świadczenia dodatkowego, – przypadków, w których brak wskazania do pilnego leczenia szpitalnego, – drugiego i kolejnych zawałów, które miały miejsce w okresie ochrony.	✓	✓	—	—
40.	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 do aorty bez otwierania jamy brzusznej.	✓	✓	—	—
41.	Otwarta operacja aorty piersiowej A. Przeprowadzenie operacji aorty w odcinku piersiowej, 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 do aorty bez otwierania klatki piersiowej.	✓	✓	—	—
42.	Pierwotne nadciśnienie płucne A. Choroba przebiegająca ze skurczem naczyń w krążeniu płucnym, prowadzącym do podwyższenia ciśnienia krwi w krążeniu płucnym oraz skłonnością do nadmiernego wykrzepiania krwi, objawiająca się klinicznie niewydolnością serca i skutkująca trwałą utratą zdolności do wysiłku co najmniej III stopnia wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza kardiologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje nadciśnienia płucnego wtórnego od jakiegokolwiek innej przyczyny.	—	✓	—	—
43.	Pomostowanie (by-pass) tętnic wieńcowych na otwartym sercu A. Przeprowadzenie operacji w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca, wymagającej otwarcia klatki piersiowej, polegającej na pomostowaniu jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wytworzenie przepływów omijających z użyciem przeszczepów naczyniowych. B. Zakres ochrony nie obejmuje operacji na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła naczynia, to jest: – angioplastyki, – cewnikowania naczyń, – zabiegów wykorzystujących techniki laserowe.	✓	✓	—	—
44.	Posocznica (sepsa) o ciężkim przebiegu A. Zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) powstały wskutek zakażenia wywołanego obecnością drobnoustrojów lub ich toksyn we krwi krążącej, objawiający się niewydolnością lub głęboką dysfunkcją narządów. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie posocznice o ciężkim przebiegu, wyrażonym występowaniem ostрых zaburzeń funkcjonowania narządów wewnętrznych, wymagającą leczenia szpitalnego.	—	✓	—	✓
45.	Postępujące porażenie nadjądrowe skutkujące niezdolnością do samodzielnej egzystencji A. Choroba charakteryzująca się postępującym zanikiem, glejową (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.	—	✓	—	—
46.	Powiktłana postać schistosomatozy (bilharczoza) A. Przewlekła choroba pasożytnicza, wywołana przez przywry krwi z rodzaju Schistosoma. Rozpoznanie potwierdzone wynikiem badania parazytologicznego, serologicznego lub histopatologicznego. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki powiktłanej postaci choroby, w których dochodzi do włóknienia płuc i rozwoju serca płucnego lub do zajęcia ośrodkowego układu nerwowego skutkującego wystąpieniem porażenia, które wymagają leczenia szpitalnego.	—	✓	—	—

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny	Zakres rozszerzony	Poważne zachorowanie rodzica	Poważne zachorowanie dziecka
47.	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). Dokonanie przeszczepu lub zarejestrowanie na Krajowej Liście Oczekujących prowadzonej przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji Poltransplant powinno być potwierdzone dokumentacją medyczną. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – nieodwracalnej schyłkowej niewydolności przeszczepianego narządu, do której doszło przed objęciem ochroną w zakresie tego świadczenia dodatkowego, – przeszczepów wykorzystujących komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.	✓	✓	✓	✓
48.	Przeszczep tętnicy płucnej na otwartym sercu A. Przeprowadzenie operacji na otwartym sercu, w celu leczenia choroby lub urazowego uszkodzenia tętnicy płucnej, polegająca na wycięciu części tętnicy i zastąpieniu jej przeszczepem. B. Zakres ochrony nie obejmuje zabiegów na tętnicy płucnej wykonywanych od strony światła naczynia, to jest: – angioplastyki, – cewnikowania naczyń, – zabiegów wykorzystujących techniki laserowe.	—	✓	—	—
49.	Przewłękła niewydolność oddechow A. Potwierdzona przez lekarza pulmonologa przewłękła choroba płuc skutkująca znacznym obniżeniem wydolności oddechowej. Wymagane jest zaistnienie łącznie następujących warunków: a) konieczność przewłękłej tlenoterapii, tj. >15 h/dobę przez minimum 6 miesięcy, b) objawy kliniczne i wyniki badań wskazujące na niewydolność oddechową. Zakres ochrony obejmuje przewłękłą obturacyjną chorobę płuc, pozapalne zwłóknienie i marskość płuc, pylicę płuc, samoistne włóknienie płuc. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – astmy, – mukowiscydozy, – przewłękłej niewydolności serca, – przewłękłej zatorowości płucnej, – wad serca i dużych naczyń, – chorób układu nerwowego, – nowotworów, – zmian anatomicznych i pourazowych, – zespołu ostrej niewydolności oddechowej z każdej przyczyny.	—	✓	—	—
50.	Przewłękła niewydolność nerek A. Przewłękła niewydolność nerek, która rozpoczęła się w okresie ochrony, spowodowana nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek i skutkująca mocznicą, wymagająca regularnych dializ przez okres co najmniej 3 miesięcy lub przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza nefrologa; kwalifikacja do przeszczepu powinna być dokonana przez lekarza specjalistę z ośrodka kwalifikującego do przeszczepów.	✓	✓	✓	✓
51.	Przewłękłe wirusowe zapalenie wątroby typu B A. Przewłękłe, trwające ponad 6 miesięcy wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW typu B), które rozpoczęło się w okresie ochrony i zostało wywołane zakażeniem wirusem HBV, pod warunkiem spełnienia łącznie następujących kryteriów: – 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 przewłęktych zmian martwiczo-zapalnych lub ich potwierdzenie wynikiem badania elastograficznego lub serologicznych markerów włóknienia.	—	✓	—	—
52.	Przewłękłe wirusowe zapalenie wątroby typu C A. Przewłękłe wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C), które rozpoczęło się w okresie ochrony, wywołane zakażeniem wirusem HCV, pod warunkiem spełnienia łącznie następujących kryteriów: – utrzymywanie się na podwyższonym poziomie wartości ALAT i ASPAT stale lub okresowo przez okres ponad 6 miesięcy, – stwierdzenie obecności HCV RNA (+) przez okres ponad 6 miesięcy, – kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci co najmniej jednego z następujących objawów: żółtaczki, powiększenia wątroby, wodobrzusza.	—	✓	—	—
53.	Schyłkowa niewydolność wątroby A. Występowanie klinicznych objawów ostrej lub przewłękłej niewydolności mięszu wątroby spowodowanej marskością, będące wyrazem ciężkich zaburzeń czynności wątroby i jej niezdolności do spełniania prawidłowych funkcji metabolicznych oraz syntezy białek. Objawy, których łącznie występowanie jest konieczne do uznania rozszczenia: a) utrwalona żółtaczka, b) wodobrzusze, c) encefalopatia wątrobowa. B. Zakres ochrony nie obejmuje niewydolności wątroby powstałej na skutek spożywania alkoholu ani zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.	✓	✓	✓	✓
54.	Stwardnienie rozsiane skutkujące trwałym ubytkiem neurologicznym A. Przewłękła nieuleczalna choroba centralnego układu nerwowego o podłożu autoimmunologicznym, w przebiegu której dochodzi do powstania rozszcianych ognisk demielinizacji w mózgu, rdzeniu kręgowym, przebiegająca z okresami zaostrzeń i poprawy lub postępująco, skutkująca trwałym ubytkiem neurologicznym, której pierwszy rzut (epizod typowy dla „ostrej zmiany demielinizacyjnej” ośrodkowego układu nerwowego) miał miejsce w okresie ochrony. Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza neurologa na podstawie danych klinicznych i wyników badań dodatkowych, opartych na badaniu metodą rezonansu magnetycznego (NMR) oraz, jeżeli było wykonane, na podstawie badania płynu mózgowo-rdzeniowego lub badania potencjałów wywołanych.	✓	✓	✓	✓

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny	Zakres rozszerzony	Poważne zachorowanie rodzica	Poważne zachorowanie dziecka
55.	Tężec o ciężkim przebiegu A. Ostra choroba zakaźna wywołana przez laseczki tężca, występująca w postaci uogólnionej o ciężkim przebiegu i wymagająca leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje tężca w postaci lekkiej, miejscowej, mózgowej.	—	✓	—	✓
56.	Toczeń rumieniowaty układowy o ciężkim przebiegu A. Choroba autoimmunologiczna, doprowadzająca do procesu zapalnego i w konsekwencji do uszkodzenia wielu tkanek i narządów, najczęściej obejmującego skórę, nerki, stawy, układ krwiotwórczy i nerwowy, przebiegająca postępująco, z okresami zaostrzeń i remisji, a w rozumieniu tej definicji doprowadzająca do utrwalonej niewydolności nerek lub skutkująca trwałym ubytkiem neurologicznym . Rozpoznanie choroby postawione przez lekarza reumatologa pod warunkiem występowania zmian w nerkach skutkujących utrzymującą się proteinurią (białkomocz) lub hematurią (krwiomocz) i stałym utrzymywaniem się współczynnika przesączania kłębuszkowego (GFR) na poziomie poniżej 30 ml/minutę lub występowania trwałego ubytku neurologicznego . B. Zakres ochrony nie obejmuje: – tocznia polekowego, – innych form choroby bez towarzyszącej nefropatii lub trwałego ubytku neurologicznego .	—	✓	—	—
57.	Twardzina układowa (sklerodermia) o ciężkim przebiegu A. Przewlekła autoimmunologiczna choroba tkanki łącznej, powodująca wzmożone napięcie i stwardnienie skóry (zmiany w układzie naczyniowym, kostnym, mięśniowym oraz narządach wewnętrznych) oraz uszkodzenie narządów wewnętrznych, w tym płuc i serca. Zakres ochrony obejmuje wystąpienie twardziny układowej uogólnionej, z rozległymi zmianami skórnymi i zajęciem procesem chorobowym płuc, serca lub nerek. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza reumatologa lub dermatologa i potwierdzone wynikami biopsji i badań serologicznych. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – twardziny układowej ograniczonej, miejscowej (akrosklerodermia, morphea), w tym zespołu CREST, – zespołów twardzinopodobnych w przebiegu chorób metabolicznych, eozynofilowego zapalenia powięzi, obrzęku stwardniałego, keloidu.	✓	✓	✓	—
58.	Udar mózgu skutkujący trwałym ubytkiem neurologicznym A. Nagłe uszkodzenie mózgu pochodzenia naczyniowego na skutek jego ogniskowego niedokrwienia – wynaczynienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, w tym krwotoku podpajęczynówkowego na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego, skutkujące trwałym ubytkiem neurologicznym . Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR). B. Zakres ochrony nie obejmuje: – napadu przejściowego (do 24 h) niedokrwienia centralnego układu nerwowego, – udaru niepozostawiającego trwałego ubytku neurologicznego w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego, – uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem, – drugiego i kolejnych udarów, które miały miejsce w okresie ochrony .	✓	✓	—	—
59.	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).	—	✓	—	—
60.	Wścieklizna o ciężkim przebiegu 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.	✓	✓	✓	✓
61.	Zaawansowany nowotwór A. Rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego lub w przypadkach uzasadnionych medycznie innym specjalistycznym badaniem ocenianym przez patomorfologa. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony . Za dzień wystąpienia nowotworu przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa). Ochrona obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego zostanie pobrany w okresie ochrony , a data badania mikroskopowego potwierdzająca pierwsze rozpoznanie wypadła po wygaśnięciu okresu ochrony . B. Zakres ochrony nie obejmuje: – zespołów mielodysplastycznych, – nowotworów mieloproliferacyjnych z wyjątkiem przewlekłej białaczki szpikowej, – nowotworów łagodnych, nieinwazyjnych, – zmian przednowotworowych, – nowotworów przedinwazyjnych in situ (Tis), – dysplazji dużego stopnia, – śród nabłonkowej neoplazji szyjkowej (CIN 1,2,3), – guzów o niskim potencjale złośliwości, granicznej złośliwości, – brodawkowego mikro-raka tarczycy, – raka pęcherza moczowego Ta (nieinwazyjny rak brodawkowy) i T1 – wg klasyfikacji TNM, – raka gruczołu krokowego w stopniu niższym niż T2N0M0 wg klasyfikacji TNM lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7 (<=6), – nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka w stopniu zaawansowania wyższym niż IB w klasyfikacji TNM, – nowotworów współistniejących z infekcją HIV.	✓	✓	—	—
62.	Zapalenie mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym A. Ostra choroba zapalna mózgu, wymagająca leczenia szpitalnego, prowadząca do uszkodzenia struktury mózgu i powstania trwałego ubytku neurologicznego . B. Zakres ochrony nie obejmuje zapalenia mózgu ze współistniejącą infekcją HIV.	—	✓	—	✓

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny	Zakres rozszerzony	Poważne zachorowanie rodzica	Poważne zachorowanie dziecka
63.	Zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji A. Zakażenie, które wystąpiło u osoby niechorującej na hemofilię, które zostało spowodowane przetoczeniem na terytorium Polski zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie przypadki przeprowadzenia transfuzji, w wyniku której doszło do zakażenia w okresie ochrony i nastąpienie serokonwersji w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.	✓	✓	✓	✓
64.	Zabieg usunięcia zakażonej martwicy trzustki A. Przeprowadzenie operacji otwarcia jamy brzusznej (laparotomii) i usunięcia martwiczych tkanek okołotrzustkowych lub trzustki u osoby, u której rozpoznano zakażenie tych tkanek w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Pierwsze rozpoznanie choroby i dokonanie operacji w okresie ochrony powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – przeprowadzenia zabiegu w przebiegu choroby zapalnej trzustki rozpoznanej przed objęciem ochroną w ramach tego świadczenia dodatkowego, – przypadków nieskutkujących usunięciem martwiczych tkanek (laparotomia zwiadowcza), – drugiego i kolejnych zabiegów, które miały miejsce w okresie ochrony.	—	✓	—	—
65.	Zatorowość płucna wymagająca leczenia szpitalnego A. Nagłe zatkanie światła pnia tętnicy płucnej lub jej odgałęzień w wyniku przemieszczenia materiału zatorowego z żył obwodowych lub jam prawego serca, skutkujące 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.	—	✓	—	—
66.	Zespół apalityczny (stan wegetatywny) A. Uogólniona trwała i nieodwracalna martwica kory mózgowej przy zachowanej funkcji pnia mózgu, która rozpoczęła się w okresie ochrony, utrzymująca się przez co najmniej jeden miesiąc. Ostateczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa w oparciu o dokumentację medyczną.	—	✓	—	—
67.	Zespół Devica A. Choroba o charakterze demielinizacyjnym i martwiczym z klinicznie i radiologicznie potwierdzonym w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego zapaleniem nerwu II i poprzecznym zapaleniem rdzenia kręgowego. Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza neurologa.	—	✓	—	—
68.	Zgorzel 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.	—	✓	—	—

WYKAZ PROCEDUR MEDYCZNYCH

I. ZABIEGI AMBULATORYJNE

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

II. BADANIA LABORATORYJNE:

1. morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi)
2. morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi) z automatycznym zliczaniem odsetków leukocytów
3. morfologia krwi obwodowej; z rozmazem, ocena mikroskopowa oraz ręcznie wykonany wzór odsetkowy leukocytów
4. morfologia krwi obwodowej; retikulocytoza; ręcznie
5. szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego); nieautomatycznie
6. szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego); automatycznie

III. BADANIE RADIOLOGICZNE:

1. czaszka
2. klatka piersiowa; jedna projekcja – czółowa PA
3. klatka piersiowa; dwie projekcje – czółowa PA i boczna
4. żuchwa
5. układ kostny twarzy
6. klatka piersiowa; specjalne projekcje (np. w pozycji leżącej na boku)
7. żebro; jednostronne
8. żebro; obustronne
9. mostek
10. staw lub stawy mostkowo-obończykowe
11. kręgosłup – całość; badanie przeglądowe, projekcja PA lub boczna
12. kręgosłup szyjny
13. kręgosłup – odcinek piersiowo-lędźwiowy; w pozycji stojącej (skolioza)
14. kręgosłup – odcinek piersiowy
15. kręgosłup – odcinek piersiowo-lędźwiowy
16. kręgosłup – odcinek lędźwiowo-krzyżowy
17. miednica
18. stawy krzyżowo-biodrowe
19. kość krzyżowa i kość ogonowa
20. obojczyk; całkowite
21. łopatką; całkowite
22. bark
23. stawy barkowo-obończykowe
24. kość ramienna
25. staw łokciowy
26. przedramię
27. nadgarstek
28. ręka
29. palec (palce) ręki
30. biodro
31. kość udowa
32. kolano
33. oba kolana; w pozycji stojącej w projekcji PA
34. piszczel i strzałka
35. staw skokowy
36. stopa
37. kość piętowa
38. jama brzuszna; pojedyncza projekcja PA

IV. BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE:

1. klatka piersiowa
2. jama brzuszna
3. miednica
4. moszna i jej zawartość
5. kończyna; nienaczyniowe

V. REHABILITACJA:

1. ćwiczenia indywidualne – w obrębie jednego lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości
2. ćwiczenia grupowe (do 6 osób) – w obrębie jednego lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości
3. techniki terapii manualnej (np. metody McKenziego, Cyriax, Mulligana i PNF) w obrębie jednego lub więcej obszarów, mobilizacje i manipulacje
4. wyciągi – w obrębie jednego lub licznych obszarów; trakcja mechaniczna
5. rower (rotor), cykloergometr – w obrębie jednego lub licznych obszarów
6. kinezyotaping
7. diatermia – w obrębie jednego lub licznych obszarów
8. podczerwień (sollux) – w obrębie jednego lub licznych obszarów
9. ultrafiolet – w obrębie jednego lub licznych obszarów
10. ultradźwięki – w obrębie jednego lub licznych obszarów
11. jonoforeza – w obrębie jednego lub licznych obszarów
12. galwanizacja
13. elektrostymulacja
14. tonoliza

15. prądy diadynamiczne
16. prądy interferencyjne
17. prądy Kotza
18. prądy Tens
19. prądy Traberta
20. impulsowe pole magnetyczne
21. laseroterapia (skaner, punktowo)
22. okłady ciepłe lub zimne (termożele) – w obrębie jednego lub licznych obszarów
23. krioterapia – miejscowa
24. krioterapia – zabieg w kriokomorze

VI. TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA:

1. głowa lub mózg; bez kontrastu, z kontrastem
2. oczodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne; bez kontrastu, z kontrastem
3. okolica szczękowo-twarzowa; bez kontrastu, z kontrastem
4. tkanki miękkie szyi; bez kontrastu, z kontrastem
5. klatka piersiowa; bez kontrastu, z kontrastem
6. odcinek szyjny kręgosłupa; bez kontrastu, z kontrastem
7. odcinek piersiowy kręgosłupa; bez kontrastu, z kontrastem
8. odcinek lędźwiowy kręgosłupa; bez kontrastu, z kontrastem
9. miednica; bez kontrastu, z kontrastem
10. kończyna górna; bez kontrastu, z kontrastem
11. kończyna dolna; bez kontrastu, z kontrastem
12. jama brzuszna; bez kontrastu, z kontrastem

VII. REZONANS MAGNETYCZNY:

1. oczodół, twarz i szyja; bez kontrastu, z kontrastem
2. mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu); bez kontrastu, z kontrastem
3. klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia); bez kontrastu, z kontrastem
4. kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek szyjny kręgosłupa; bez kontrastu, z kontrastem
5. kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek piersiowy kręgosłupa; bez kontrastu, z kontrastem
6. kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek lędźwiowy kręgosłupa; bez kontrastu, z kontrastem
7. miednica; bez kontrastu, z kontrastem
8. kończyna górna; badanie nieskierowane na stawy; bez kontrastu, z kontrastem
9. którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej; bez kontrastu, z kontrastem
10. kończyna dolna; badanie nieskierowane na stawy; bez kontrastu, z kontrastem
11. którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej; bez kontrastu, z kontrastem
12. jama brzuszna; bez kontrastu, z kontrastem

POWTÓRNA OPINIA MEDYCZNA

CHOROBY UPRAWNIAJĄCE DO 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, w efekcie – do niezdolności samodzielnego funkcjonowania. Rozpoznanie choroby oraz niezdolność do samodzielnego funkcjonowania powinny być potwierdzone przez lekarza neurologa lub psychiatrę.
- B. Zakres ochrony nie obejmuje innych postaci demencji, oraz demencji wtórnej od nadużywania alkoholu, leków lub AIDS.

2. Choroba aorty piersiowej lub brzusznej wymagająca przeprowadzenia leczenia kardiologicznego

- A. Tętniakowate poszerzenie lub rozwarstwienie aorty piersiowej lub brzusznej, które wymaga przeprowadzenia operacji chirurgicznej polegającej na wymianie chorobowo zmienionego odcinka aorty z zastosowaniem protezy naczyniowej.
- B. Zakres ochrony nie obejmuje operacji odgałęzień aorty.

3. Choroba wieńcowa serca wymagająca leczenia kardiologicznego (by-pass)

- A. Choroba wieńcowa serca powodująca zwężenie lub zamknięcie co najmniej jednej tętnicy wieńcowej, wymagająca zgodnie z oceną lekarza kardiologa lub kardi chirurga wytworzenia przełęczy omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych.

4. 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.:
- drżenia spoczynkowego,
 - spowolnienia ruchowego,
 - plastycznego wzmożenia napięcia mięśniowego (sztywność mięśniowa),
 - niestabilności postawy, zmniejszających się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny. Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez neurologa.
- B. Zakres ochrony nie obejmuje wszelkich postaci parkinsonizmu wtórnego (objawowego).

5. 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:
- osłabienie i zaniki mięśni z osłabieniem odruchów ścięgowych bez zaburzeń czucia z prawidłowym obrazem płynu mózgowo-rdzeniowego,
 - typowy obraz elektromiograficzny,
 - rozpoznanie kliniczne potwierdzone wynikiem biopsji mięśni.

6. Niezłoty guz mózgu

- A. Łagodny histologicznie guz wewnątrzczaszkowy, powodujący uszkodzenie mózgu, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwałe ubytki neurologiczne. Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez lekarza neurologa lub neurochirurga.
- B. Zakres ochrony nie obejmuje: nowotworów złośliwych, guzów przysadki, torbieli, zmian naczyniowych, krwinków, ziarniaków, ropni, guzów rdzenia.

7. 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 lub w przypadkach uzasadnionych medycznie innym specjalistycznym badaniem ocenianym przez patomorfologa. Pod pojęciem nowotworu określa się również białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony. Za dzień wystąpienia nowotworu przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego

przez patomorfologa). Ochrona obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa) zostanie pobrany w okresie ochrony, a badanie mikroskopowe potwierdzające pierwsze rozpoznanie nowotworu złośliwego nastąpi później.

B. Zakres ochrony nie obejmuje:

- wszystkich nowotworów skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania T1bN0M0 lub wyższym,
- nowotworu złośliwego gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
- wszystkich guzów, gdzie po badaniu histopatologicznym stwierdzono stan przednowotworowy lub przedinwazyjny,
- raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ),
- choroby Hodgkina w pierwszym stadium,
- wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV.

8. 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 powinna być dokonana przez lekarza specjalistę w ośrodku kwalifikacyjnym.

9. Schyłkowa niewydolność narządu

- A. Schyłkowa niewydolność narządu (narządów) wymagająca przeprowadzenia operacji przeszczepienia. Dotyczy: serca, płuc, nerki, wątroby lub jej części, trzustki, szpiku kostnego.

10. Stwardnienie rozsiane

- A. Przewlekła choroba centralnego układu nerwowego o podłożu autoimmunologicznym charakteryzująca się występowaniem rozsianych zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym, przebiegająca z okresami rzutów i remisji lub o przebiegu postępującym. Rozpoznanie postawione przez lekarza neurologa musi opierać się na co najmniej dwóch odrębnych w czasie rzutach choroby, oddzielonych od siebie okresami dłuższymi niż 3 tygodnie. Pierwsze rozpoznanie powinno zostać postawione w okresie ochrony.

11. Udar mózgu

- A. Martwica tkanki mózgowej prowadząca do trwałych ubytków neurologicznych, powstała w następstwie przerwania dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotoku do tkanki mózgowej lub przestrzeni podpajęczynówkowej, wywołana wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, z wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi.
- B. Zakres ochrony nie obejmuje epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).

12. Utrata wzroku

- A. Nieodwracalna oboczna utrata ostrości wzroku powyżej 50% lub oboczne ograniczenie pola widzenia poniżej 20 stopni, potwierdzone specjalistycznym badaniem okulistycznym.
- B. Zakres ochrony nie obejmuje przypadków utraty wzroku poddającej się korekcyi.

13. Wada zastawki serca/zastawek serca wymagająca leczenia operacyjnego

- A. Choroba serca, która zgodnie z zaleceniem lekarza kardiologa/kardi chirurga wymaga operacji jednej lub więcej zastawek.

14. Wady układu mięśniowo-szkieletowego powstałe wskutek wypadku lub chorób wymienionych w pkt 1-13

- A. Wady powstałe wskutek wypadku lub chorób wymienionych w pkt 1-13 powyżej, uniemożliwiające wykonywanie przynajmniej jednej z niżej wymienionych czynności:
- kontrolowanie czynności fizjologicznych – samokontroli w zakresie oddawania kału i moczu oraz utrzymywanie higieny osobistej,
 - ubieranie się – samodzielne ubieranie i rozbieranie się – bez konieczności pomocy drugiej osoby,
 - mycie i toaletę – samodzielne wykonywanie czynności związanych z myciem i higieną osobistą – bez konieczności pomocy drugiej osoby,
 - jedzenie – wszystkie czynności związane z samodzielnym jedzeniem gotowych posiłków.

LECZENIE UBEZPIECZONEGO W ZAKRESIE 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 włośniowej 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, najądrza, 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
- 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 łkotki
- 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. przycięcie migdałków podniebiennych (tonsillotomy)
- h. usunięcie migdałka gardłowego i przycięcie migdałków podniebiennych (adenotonsillectomy)
- 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
- e. wyłuszczenie gruczołu Bartholina
- f. usuwanie polipów narządu rodniczego
- g. chirurgiczne usunięcie kłykciny narządu rodniczego
- h. histeroskopowe usunięcie polipa
- i. wyłuszczenie mięśniaków macicy metodą laparoskopową
- j. wyłuszczenie mięśniaków macicy metodą klasyczną
- k. histeroskopowe usunięcie mięśniaka
- l. operacyjne i laparoskopowe usunięcie jajnika
- ł. laparoskopowe usunięcie torbieli jajnika
- m. wytyżeczkowanie frakcjonowane kanatu szyjki i jamy macicy

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

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

WYSTĄPIENIE U UBEZPIECZONEGO POWIKŁAŃ POOPERACYJNYCH

RODZAJ PRZEPROWADZANEGO ZABIEGU OPERACYJNEGO	POWIKŁANIE POOPERACYJNE BĘDĄCE NASTĘPSTWEM PRZEPROWADZANEGO ZABIEGU OPERACYJNEGO	KATEGORIA POWIKŁANIA
Operacja usunięcia przepukliny brzusznej – zabieg operacyjny przeprowadzany metodą klasyczną lub laparoskopową, mający na celu usunięcie istniejącego worka przepukliny	• 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 • niedokrwiennie 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-maciczej	A A B B
Usunięcie mięśniaków macicy – zabieg operacyjny polegający na usunięciu mięśniakowato zmienionych fragmentów mięśniówki macicy	• przebiecie 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-macicza	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, operacje przebiegające z otwarciem jamy opłucnej	• utrzymujące się powyżej trzech miesięcy objawy uszkodzenia nerwu przeponowego	B
Operacje kardiochirurgiczne	• 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 CHOROBYCH, 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 osierdzia	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 dusznicy 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 kifo-skoliozy	I27.1
Inne określone zespoły sercowo-płucne	I27.8
Zespół sercowo-płucny, nieokreślony	I27.8
Przetoka tętniczo-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 osierdzia	I30.0
Ostre zapalenie osierdzia, nieokreślone	I30.9

NAZWA CHOROBY	KOD ICD 10
Przewlekłe zarostowe zapalenie osierdzia	I31.0
Przewlekłe zaciskające zapalenie osierdzia	I31.1
Krwak osierdzia niesklasyfikowany gdzie indziej	I31.2
Płyn w worku osierdziowym (nie-zapalny)	I31.3
Inne określone choroby osierdzia	I31.8
Choroba osierdzia, nieokreślona	I31.9
Zapalenie osierdzia w chorobach bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.0
Zapalenie osierdzia w innych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.1
Zapalenie osierdzia w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.8
Ostre i podostre zakaźne zapalenie wsierdzia	I33.0
Ostre zapalenie wsierdzia, 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

NAZWA CHOROBY	KOD ICD 10
Przerostowa kardiomiopatia zawężająca	I42.1
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 dwugałęziowy	I45.2
Blok trójgałęziowy	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

NAZWA CHOROBY	KOD ICD 10
Zatrzymanie krążenia ze skuteczną resuscytacją	I46.0
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 brodawkowatego niesklasyfikowane gdzie indziej	I51.2
Zakrzep (skrzeplina) wewnątrzsercowy niesklasyfikowany gdzie indziej	I51.3
Zapalenie mięśnia serca, nieokreślone	I51.4
Zwyrodnienie mięśnia serca	I51.5
Choroby serca i naczyń krwionośnych, nieokreślone	I51.6
Powiększenie serca	I51.7
Ostre reumatyczne zapalenie wsierdza	I01.1
Ostre reumatyczne zapalenie mięśnia serca	I01.2
Inne ostre choroby reumatyczne serca	I01.8

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) pylica-gruźlica
 - 4) pylica spawaczy
 - 5) pylica azbestowa oraz pozostałe pylice krzemianowe
 - 6) pylica talkowa
 - 7) pylica grafitowa
 - 8) pylice wywołane pyłami metali
4. Choroby płuc lub osierdza wywołane pyłem azbestu:
 - 1) rozległe zgrubienia płuc
 - 2) rozległe blaszki płuc lub osierdza
 - 3) wysięk płucowy
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 pochodne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych: postać ostra i podostra, postać przewlekła
8. Ostre uogólnione reakcje alergiczne
9. Byssinoza
10. Beryloza
11. Choroby płuc wywołane pyłami metali twardych
12. Alergiczny nieżyt nosa
13. Zapalenie obrzkowe 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
 - 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) międzybłonniak płucnej 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 okostostawowe barku
 - 5) przewlekłe zapalenie nadkłyka 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 kanału de Guyona
 - 4) uszkodzenie nerwu strzałkowego wspólnego u osób wykonujących pracę w pozycji kucznej
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 słyszającym, 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 mieszaną: 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:
 - 1) udar cieplny albo jego następstwa
 - 2) wyczerpanie cieplne albo jego następstwa
 - 3) odmroziyny
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 naczynek wywołane krótkofalowym promieniowaniem podczerwonym lub promieniowaniem widzialnym z obszaru widma niebieskiego
26. Choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa.

TABELA TRWAŁYCH USZCZERBKÓW NA ZDROWIU – ZAKRES PODSTAWOWY

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
I Uszkodzenia neurologiczne po urazach głowy:	
A porażenie połowicze utrwalone	100
B niedowład połowiczny utrwalony	40
C utrata mowy	60
II Uszkodzenia narządu wzroku, słuchu:	
A utrata wzroku w jednym oku	30
B utrata wzroku w obu oczach	100
C utrata słuchu w jednym uchu	15
D utrata słuchu obustronna	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:	
A porażenie całkowite utrwalone	100
B niedowład dużego stopnia utrwalony	80
C porażenie całkowite obu kończyn dolnych utrwalone	90
D niedowład obu kończyn dolnych, z możliwością poruszania się z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego typu laska ortopedyczna, kula, balkonik	40
E całkowita pourazowa utrata funkcji kończyny dolnej	40
F całkowite porażenie obu kończyn górnych	100
G niedowład obu kończyn górnych utrwalony	60
H całkowita pourazowa utrata funkcji kończyny górnej	50
I zaburzenia funkcji zwieraczy bez niedowładów (zespół stożka końcowego)	20

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
VI Uszkodzenia kończyn górnych	
A amputacja kończyny w stawie ramiennie-topatkowym*	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
* UWAGA: Powyższa ocena dotyczy dominującej kończyny górnej – w przypadku uszkodzenia w drugiej kończynie uszczerbek ulega pomniejszeniu każdorazowo o 5 proc	
VII Uszkodzenia kończyn dolnych	
A amputacja kończyny dolnej przez wytuszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między - lub podkłętarzowej	80
B amputacja obu kończyn dolnych przez wytuszczenie 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

Definicje:

- **Utrata mowy:** całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy wskutek urazu w przebiegu **wypadku**, potwierdzona specjalistycznym badaniem lekarza otolaryngologa lub neurologa. Trwałość schorzenia ustala się na podstawie badania specjalistycznego, przeprowadzonego po upływie 6 miesięcy od zajścia **wypadku**
- **Niedowład dużego stopnia utrwalony:** głęboka i nieodwracalna utrata funkcji 4 kończyn (2-3 w skali Lovetta, lub 4-3 w skali Ashwortha) wskutek uszkodzenia rdzenia w przebiegu **wypadku**. Trwałość niedowładu ustala się na podstawie wyniku badania lekarza neurologa, przeprowadzonego po upływie 6 miesięcy od zajścia **wypadku**
- **Niedowład połowiczy utrwalony:** częściowa i nieodwracalna utrata władzy (funkcji) w 2 kończynach połowy ciała (2-5 w skali Lovetta, lub 4-1 w skali Ashwortha) wskutek uszkodzenia mózgu w przebiegu **wypadku**. Trwałość niedowładu ustala się na podstawie dostarczonego wyniku badania neurologa, przeprowadzonego po upływie 6 miesięcy od zajścia **wypadku**
- **Niedowład obu kończyn górnych utrwalony:** nieodwracalna utrata funkcji obu kończyn górnych (2-3 w skali Lovetta, lub 4-3 w skali Ashwortha) wskutek uszkodzenia rdzenia w przebiegu **wypadku**. Trwałość niedowładu ustala się na podstawie wyniku badania neurologa, przeprowadzonego po upływie 6 miesięcy od zajścia **wypadku**
- **Porażenie całkowite obu kończyn dolnych utrwalone:** całkowita i nieodwracalna utrata władzy (funkcji) obu kończyn dolnych wskutek porażenia (0-1 w skali Lovetta, lub 5 w skali Ashwortha) spowodowanego uszkodzeniem rdzenia w przebiegu **wypadku**. Trwałość porażenia ustala się na podstawie dostarczonego wyniku badania neurologa, przeprowadzonego po upływie 6 miesięcy od zajścia **wypadku**
- **Porażenie całkowite utrwalone:** całkowita i nieodwracalna utrata władzy (funkcji) czterech kończyn wskutek porażenia (0-1 w skali Lovetta, lub 5 w skali Ashwortha) spowodowanego uszkodzeniem rdzenia w przebiegu **wypadku**. Trwałość porażenia ustala się na podstawie dostarczonego wyniku badania neurologa, przeprowadzonego po upływie 6 miesięcy od zajścia **wypadku**
- **Porażenie połowicze utrwalone:** całkowita i nieodwracalna utrata władzy (funkcji) w 2 kończynach połowy ciała wskutek porażenia (0-1 w skali Lovetta, lub 5 w skali Ashwortha) spowodowanego uszkodzeniem mózgu w przebiegu **wypadku**. Trwałość porażenia ustala się na podstawie wyniku badania neurologa, przeprowadzonego po upływie 6 miesięcy od zajścia **wypadku**
- **Utrata słuchu obustronna:** całkowita, nieodwracalna i nienaprawialna utrata słuchu w obu uszach wskutek urazu w przebiegu **wypadku**, potwierdzona specjalistycznym badaniem lekarza otolaryngologa i badaniem audiometrycznym. Trwałość schorzenia ustala się na podstawie badania specjalistycznego, przeprowadzonego po upływie 6 miesięcy od zajścia **wypadku**
- **Utrata słuchu w jednym uchu:** całkowita, nieodwracalna i nienaprawialna utrata słuchu w jednym uchu wskutek urazu w przebiegu **wypadku**, potwierdzona specjalistycznym badaniem lekarza otolaryngologa i badaniem audiometrycznym. Trwałość schorzenia ustala się na podstawie badania specjalistycznego, przeprowadzonego po upływie 6 miesięcy od zajścia **wypadku**
- **Utrata wzroku w jednym oku:** całkowita i nieodwracalna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) wskutek urazu w przebiegu **wypadku**. Trwałość schorzenia ustala się na podstawie badania lekarza okulisty, przeprowadzonego po upływie 6 miesięcy od zajścia **wypadku**
- **Utrata wzroku w obu oczach:** całkowita i nieodwracalna obustronna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) wskutek urazu w przebiegu **wypadku**. Trwałość schorzenia ustala się na podstawie badania lekarza okulisty, przeprowadzonego po upływie 6 miesięcy od zajścia **wypadku**

TABELA TRWAŁYCH USZCZERBKÓW NA ZDROWIU – ZAKRES ROZSZERZONY

Uwagi:

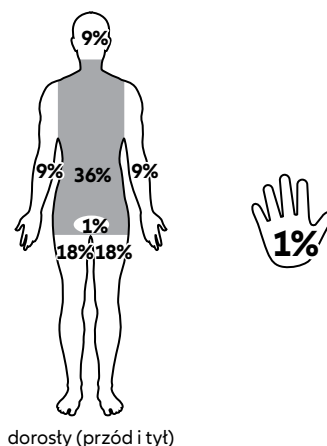
OCENA POWIERZCHNI OPARZENIA:

a) Reguła dziewiątek Wallace'a:

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

b) Reguła dłoni

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



dorosły (przód i tył)

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
CZĘŚĆ I	
A OPARZENIA	
A1 oparzenia skóry ciała	
A1.01 oparzenia I stopnia ponad 60% powierzchni ciała	5%
A1.02 oparzenia dróg oddechowych leczone w warunkach szpitalnych	10%
A1.03 oparzenia twarzy powyżej I stopnia oparzenia – wielkość poniżej 2 cm × 2 cm	3%
A1.04 oparzenia twarzy powyżej I stopnia oparzenia – wielkość 2 cm × 2 cm do 4 cm × 4 cm	5%
A1.05 oparzenia twarzy powyżej I stopnia oparzenia – wielkość powyżej 4 cm × 4 cm	8%
A1.06 oparzenia dłoni powyżej I stopnia oparzenia – tylko jeden palec	1%
A1.07 oparzenia dłoni powyżej I stopnia oparzenia – tylko dwa palce	2%
A1.08 oparzenia dłoni powyżej I stopnia oparzenia – trzech lub więcej palców	3%
A1.09 oparzenia dłoni (poza palcami), powyżej I stopnia oparzenia – wielkość poniżej 2 cm × 2 cm	1%
A1.10 oparzenia dłoni (poza palcami), powyżej I stopnia oparzenia – wielkość 2 cm × 2 cm do 4 cm × 4 cm	2%
A1.11 oparzenia dłoni (poza palcami), powyżej I stopnia oparzenia – wielkość powyżej 4 cm × 4 cm	3%
A1.12 oparzenia krocza – niezależnie od wielkości oparzeń	3%
A1.13 inne oparzenia powyżej I stopnia oparzenia (poza twarzą, dłońmi i kroczem) – oparzenia poniżej 1% powierzchni ciała	1%
A1.14 inne oparzenia powyżej I stopnia oparzenia (poza twarzą, dłońmi i kroczem) – oparzenia 1–4% powierzchni ciała	2%
A1.15 inne oparzenia powyżej I stopnia oparzenia (poza twarzą, dłońmi i kroczem) – oparzenia 5–14% powierzchni ciała	6%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
A1.16 inne oparzenia powyżej I stopnia oparzenia (poza twarzą, dłońmi i kroczem) – oparzenia 15–30% powierzchni ciała	10%
A1.17 inne oparzenia powyżej I stopnia oparzenia (poza twarzą, dłońmi i kroczem) – oparzenia powyżej 30% powierzchni ciała	15%
B ODMROŻENIA	
B1 odmrożenia II i III stopnia	
B1.01 odmrożenie tylko 1 palca dłoni lub stopy	1%
B1.02 odmrożenia licznych palców dłoni lub stopy (maksymalnie za dłoń lub stopę)	4%
B1.03 odmrożenia nosa lub ucha/uszu	3%
C USZKODZENIA GŁOWY	
C1 rany powłok czaszki (z wyjątkiem oparzeń) uwaga: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran powłok czaszki wymienionych w pkt C1.01-C1.03 nie może przekroczyć 5%	
C1.01 rana skóry głowy – do 4 cm długości	1%
C1.02 rana skóry głowy – powyżej 4 cm do 10 cm długości	2%
C1.03 liczne rany skóry głowy (co najmniej 3) – łącznie lub rana powyżej 10 cm długości	5%
C1.04 utrata skóry owłosionej (oskalpowanie) – jeżeli ponad 75% powierzchni	25%
C2 złamanie kości sklepienia i podstawy czaszki	
C2.01 złamanie jednej kości podstawy czaszki	5%
C2.02 złamanie dwóch lub więcej kości podstawy czaszki	10%
C2.03 złamanie jednej kości sklepienia czaszki	3%
C2.04 złamanie dwóch kości sklepienia czaszki	6%
C2.05 złamanie trzech lub więcej kości sklepienia czaszki	9%
C2.06 ubytek pełnej grubości kości każdego rozmiaru (dodatkowo)	10%
C3 złamanie kości twarzoczaszki (oczodołu, szczęki, kości jarzmowej)	

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
C3.01	złamanie jednej kości twarzoczaszki leczone tylko zachowawczo	3%
C3.02	złamanie dwóch kości twarzoczaszki leczone tylko zachowawczo	6%
C3.03	złamanie trzech lub więcej kości twarzoczaszki leczone tylko zachowawczo	9%
C3.04	złamanie jednej kości twarzoczaszki leczone operacyjnie	5%
C3.05	złamanie dwóch kości twarzoczaszki leczone operacyjnie	10%
C3.06	złamanie trzech lub więcej kości twarzoczaszki leczone operacyjnie	15%
C4	uszkodzenia neurologiczne po urazach głowy	
C4.01	wstrząśnienie mózgu z pobytem w szpitalu – do 5 dni pobytu w szpitalu	2%
C4.02	wstrząśnienie mózgu z pobytem w szpitalu – powyżej 5 dni pobytu w szpitalu	5%
C4.03	krwiak śródczaszkowy, potwierdzony w badaniu obrazowym mózgu (TK – tomografii komputerowej lub NMR – rezonansu magnetycznego), leczone tylko zachowawczo	10%
C4.04	krwiak śródczaszkowy leczone operacyjnie	20%
C5	uszkodzenia twarzy (z wyjątkiem oparzeń) uwaga: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran powłok twarzy nie może przekroczyć 12%	
C5.01	jedna rana powłok twarzy – do 4 cm długości	2%
C5.02	jedna rana powłok twarzy – powyżej 4 cm do 10 cm długości	6%
C5.03	liczne rany powłok twarzy (co najmniej 3) – łącznie lub rana powyżej 10 cm długości	12%
C6	uszkodzenia nosa	
C6.01	złamanie kości nosa lub przegrody nosa leczone tylko zachowawczo	3%
C6.02	złamanie kości nosa lub przegrody nosa leczone operacyjnie	5%
C6.03	utrata części nosa	7%
C6.04	utrata nosa w całości (z kośćmi nosa)	25%
C7	utrata zębów	
C7.01	utrata częściowej korony zęba	0,5%
C7.02	utrata całkowitej korony zęba (za każdy ząb)	1%
C7.03	utrata zęba wraz z korzeniem (za każdy ząb) – siekacze, kły	2%
C7.04	utrata zęba wraz z korzeniem (za każdy ząb) – pozostałe zęby	1 %
C8	uszkodzenia żuchwy	
C8.01	złamanie żuchwy leczone tylko zachowawczo	3%
C8.02	złamanie żuchwy leczone operacyjnie	5%
C8.03	utrata częściowej żuchwy	15%
C8.04	utrata całkowitej żuchwy	40%
C9	uszkodzenia języka	
C9.01	rana języka	1%

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

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
E2.01	jedna lub więcej ran małżowiny usznej	1%
E2.02	utrata lub zniekształcenie małżowiny lub jej części	2%
E2.03	utrata części małżowiny leczone operacyjnie z rekonstrukcją narządu	7%
E2.04	utrata małżowiny w całości	15%
E3	uszkodzenia ucha wewnętrznego	
E3.01	uszkodzenia ucha wewnętrznego z upośledzeniem słuchu i zaburzeniami równowagi bez pęknięcia kości skalistej	20%
E3.02	uszkodzenia ucha wewnętrznego z upośledzeniem słuchu, zaburzeniami równowagi i pęknięciem kości skalistej	25%
F	USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZĘŁYKU	
F1	uszkodzenia szyi (z wyjątkiem oparzeń) uwaga: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran skóry szyi nie może przekroczyć 4%	
F1.01	jedna rana skóry szyi – do 4 cm długości	1%
F1.02	jedna rana skóry szyi – powyżej 4 cm do 10 cm długości	2%
F1.03	liczne rany skóry szyi (co najmniej 3) – tłacznie lub rana powyżej 10 cm długości	4%
F1.04	uszkodzenie tkanek miękkich szyi leczone operacyjnie	4%
F2	uszkodzenia krtani, tchawicy, przełyku, gardła	
F2.01	uszkodzenie tchawicy leczone operacyjnie	8%
F2.02	uszkodzenie krtani leczone operacyjnie	10%
F2.03	uszkodzenie gardła lub przełyku leczone operacyjnie bez rekonstrukcji narządu	10%
F2.04	uszkodzenie gardła lub przełyku leczone operacyjnie z rekonstrukcją narządu	25%
G	USZKODZENIA W OBRĘBIE KŁATKI PIERSIOWEJ	
G1	uszkodzenia klatki piersiowej, grzbietu (z wyjątkiem oparzeń)	
G1.01	jedna rana skóry klatki piersiowej	1%
G1.02	dwie lub więcej ran klatki piersiowej	3%
G1.03	uszkodzenie tkanek miękkich klatki piersiowej, grzbietu leczone operacyjnie	2%
G2	pourazowe uszkodzenia sutka, piersi	
G2.01	uszkodzenie brodawki sutka lub sutka	5%
G2.02	częściowa lub całkowita utrata piersi	15%
G3	złamania żeber, mostka	
G3.01	złamanie żebra (za każde żebro, do 4 żeber)	0,5%
G3.02	złamanie od 5 do 10 żeber	5%
G3.03	złamanie powyżej 10 żeber	10%
G3.04	złamanie mostka	3%
G4	uszkodzenia płuc, odma	
G4.01	uszkodzenie płuc i opłucnej – stłuczenie	1%
G4.02	krwiak/odma opłucnej nie wymagające drenażu	2%
G4.03	krwiak/odma opłucnej wymagające drenażu	4%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
G4.04	krwiak/odma leczone operacyjnie	10%
G4.05	utrata części płuca	15%
G4.06	utrata płuca w całości	30%
G5	uszkodzenie serca	
G5.01	uszkodzenie serca wymagające nakłucia (odbarczenia osierdzia)	10%
G5.02	uszkodzenie serca wymagające torakotomii (otwarcia klatki piersiowej)	30%
H	USZKODZENIA JAMY BRZUSZNEJ	
H1	uszkodzenia jamy brzusznej (z wyjątkiem oparzeń)	
H1.01	uszkodzenia powłok jamy brzusznej – jedna rana skóry	1%
H1.02	uszkodzenie powłok jamy brzusznej – dwie lub więcej ran skóry	3%
H1.03	uszkodzenie mięśni leczone operacyjnie	2%
H1.04	uszkodzenie dużych naczyń jamy brzusznej i miednicy leczone operacyjnie	10%
H1.05	uszkodzenie powłok jamy brzusznej leczone operacyjnie z otwarciem jamy otrzewnej (laparotomia) Uwaga: Uszczerbku z tej pozycji nie sumuje się z uszczerbkami z zakresu uszkodzenia jamy brzusznej wymienionymi w ust. H2-H5	5%
H2	uszkodzenia przepony, żołądka, jelit, odbytu	
H2.01	uszkodzenie przepony leczone operacyjnie	10%
H2.02	uszkodzenie żołądka leczone operacyjnie – zeszyście, drenaż	8%
H2.03	uszkodzenie żołądka leczone operacyjnie – gastrostomia	10%
H2.04	uszkodzenie żołądka leczone operacyjnie – resekcja	15%
H2.05	uszkodzenie jelita leczone operacyjnie – zeszyście, drenaż	8%
H2.06	uszkodzenie jelita leczone operacyjnie – resekcja, ileostomia, kolostomia, jejunostomia	15%
H2.07	uszkodzenie odbytu leczone operacyjnie – zeszyście	3%
H2.08	uszkodzenie zwieracza odbytu leczone operacyjnie	10%
H3	uszkodzenia śledziony	
H3.01	pęknięcie śledziony leczone tylko zachowawczo	2%
H3.02	pęknięcie śledziony leczone operacyjnie	5%
H3.03	utrata śledziony do 18. roku życia	20%
H3.04	utrata śledziony po 18. roku życia	15%
H4	uszkodzenia wątroby, trzustki, przewodów żółciowych i pęcherzyka żółciowego	
H4.01	uszkodzenia wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki (krwiak, pęknięcie narządu) leczone tylko zachowawczo , z wyjątkiem stłuczeń	2%
H4.02	uszkodzenia wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki leczone operacyjnie	15%
H4.03	utrata całkowita wątroby lub trzustki	100%
H5	uszkodzenia narządów moczowo-płciowych	

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
H5.01	uszkodzenia jednej nerki lub obu nerek (krwiak, pęknięcie narządu) leczone tylko zachowawczo, z wyjątkiem stłuczeń	2%
H5.02	uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek leczone operacyjnie	5%
H5.03	utrata jednej nerki	30%
H5.04	utrata obu nerek	100%
H5.05	uszkodzenia pęcherza leczone tylko zachowawczo	2%
H5.06	uszkodzenia pęcherza leczone operacyjnie	10%
H5.07	całkowita utrata pęcherza	50%
H5.08	uszkodzenia cewki moczowej leczone tylko zachowawczo	5%
H5.09	uszkodzenia cewki moczowej leczone operacyjnie	15%
H5.10	uszkodzenia moczowodu leczone operacyjnie	7%
H5.11	częściowa utrata prącia	10%
H5.12	całkowita utrata prącia	40%
H5.13	uszkodzenia jądra, jajnika w tym krwiak i wodniak leczone tylko zachowawczo	2%
H5.14	uszkodzenia jądra, jajnika leczone operacyjnie	5%
H5.15	utrata jednego jądra, jajnika	20%
H5.16	utrata obu jąder, jajników	40%
H5.17	utrata macicy	30%
H5.18	rana powłok narządów moczowo-płciowych	2%
H5.19	głębokie uszkodzenia krocza, prącia, worka mosznowego, sromu, pochwy obejmujące też mięśnie, powięź, leczone operacyjnie	7%
I USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA		
I1	uszkodzenia kręgosłupa szyjnego uwaga: sumaryczny uszczerbek z tytułu uszkodzeń kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 30%	
I1.01	skręcenie kręgosłupa szyjnego	1%
I1.02	zwichnięcie kręgosłupa szyjnego	2%
I1.03	złamania kręgów leczone tylko zachowawczo (za każdy)	5%
I1.04	złamania kręgów leczone operacyjnie (za każdy)	8%
I1.05	złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych leczone tylko zachowawczo lub leczone operacyjnie (za każdy)	1%
I2	uszkodzenia kręgosłupa piersiowego w odcinku Th1-Th11 uwaga: sumaryczny uszczerbek z tytułu uszkodzeń kręgosłupa piersiowego w odcinku Th1-Th11 nie może przekroczyć 25%	
I2.01	skręcenie kręgosłupa piersiowego	1%
I2.02	złamania kręgów leczone tylko zachowawczo (za każdy)	5%
I2.03	złamania kręgów leczone operacyjnie (za każdy)	8%
I2.04	złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych leczone tylko zachowawczo lub leczone operacyjnie (za każdy)	1%
I3	uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym Th12- L5 uwaga: sumaryczny uszczerbek z tytułu uszkodzeń kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym Th12-L5 nie może przekroczyć 30%	

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
I3.01	skręcenie w odcinku piersiowo-lędźwiowym	1%
I3.02	złamania kręgów leczone tylko zachowawczo (za każdy)	5%
I3.03	złamania kręgów leczone operacyjnie (za każdy)	8%
I3.04	złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych leczone tylko zachowawczo lub leczone operacyjnie (za każdy)	1%
I4	uraz rdzenia kręgowego	
I4.01	wstrząśnienie rdzenia z pobytem w szpitalu – powyżej 1 dnia pobytu w szpitalu	2%
I4.02	krwiak potwierdzony w badaniu obrazowym mózgu (TK – tomografii komputerowej lub NMR – rezonansu magnetycznego), leczone tylko zachowawczo	10%
I4.03	krwiak rdzenia leczone operacyjnie	20%
J USZKODZENIA MIEDNICY		
J1	rany skóry pośladków (z wyjątkiem oparzeń) i uszkodzenia tkanek miękkich	
J1.01	rana skóry pośladków	1%
J1.02	liczne rany (co najmniej 3) skóry pośladków	3%
J1.03	uszkodzenia tkanek miękkich leczone operacyjnie	3%
J2	uszkodzenia w obrębie miednicy i stawu biodrowego	
J2.01	zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego	10%
J2.02	złamanie kości łonowej lub kulszowej jednostronnie (za każdą)	4%
J2.03	złamanie kości łonowej lub kulszowej obustronnie (za każdą)	6%
J2.04	rozejście się zespolenia łonowego	5%
J2.05	złamania miednicy w odcinku przednim i tylnym (typu Malgaigne'a)	15%
J2.06	złamania miednicy z przerwaniem ciągłości obręczy biodrowej leczone operacyjnie	20%
J2.07	złamanie kości krzyżowej	5%
J2.08	złamanie kości ogonowej	2%
J2.09	izolowane złamanie w obrębie talerza kości biodrowej	3%
J2.10	izolowane złamanie kolca biodrowego	1%
K USZKODZENIA KOŃCZYN GÓRNYCH		
K1	rany skóry kończyn górnych (z wyjątkiem oparzeń) uwaga: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran skóry kończyn górnych nie może przekroczyć 3%	
K1.01	rana skóry kończyn górnych – do 4 cm długości	1%
K1.02	rana skóry kończyn górnych – powyżej 4 cm do 10 cm długości	2%
K1.03	liczne rany kończyn górnych (co najmniej 3) – łącznie lub rana powyżej 10 cm długości	3%
K2	uszkodzenia stawu obojczykowo-barkowego	
K2.01	skręcenie w stawie obojczykowo-barkowym lub obojczykowo-mostkowym z unieruchomieniem	2%
K2.02	zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego	5%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
K2.03	złamanie łopatki	5%
K2.04	uszkodzenie tkanek miękkich leczone operacyjnie	5%
K2.05	złamanie obojczyka leczone tylko zachowawczo	4%
K2.06	złamanie obojczyka leczone operacyjnie	6%
K3	uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego	
K3.01	skręcenie w stawie łopatkowo-ramiennym z unieruchomieniem	2%
K3.02	zwichnięcie stawu łopatkowo-ramiennego (zwichnięcie barku)	5%
K3.03	uszkodzenie tkanek miękkich leczone operacyjnie	5%
K3.04	złamanie głowy lub nasady bliższej kości ramiennej leczone tylko zachowawczo	5%
K3.05	złamanie głowy lub nasady bliższej kości ramiennej leczone operacyjnie , bez protezoplastyki stawu ramiennego	10%
K3.06	złamanie głowy lub nasady bliższej kości ramiennej leczone operacyjnie , włącznie z protezoplastyką stawu ramiennego	15%
K3.07	utrata kończyny w stawie łopatkowo-ramiennym	70%
K3.08	utrata kończyny z łopatką	75%
K4	uszkodzenia ramienia	
K4.01	złamanie trzonu kości ramiennej leczone tylko zachowawczo	5%
K4.02	złamanie trzonu kości ramiennej leczone operacyjnie	8%
K4.03	uszkodzenie tkanek miękkich leczone operacyjnie	5%
K4.04	utrata kończyny na poziomie ramienia	65%
K5	uszkodzenia stawu łokciowego	
K5.01	skręcenie w stawie łokciowym	1%
K5.02	skręcenie w stawie łokciowym z unieruchomieniem	2%
K5.03	zwichnięcie w stawie łokciowym	4%
K5.04	uszkodzenie tkanek miękkich leczone operacyjnie	3%
K5.05	złamanie w obrębie łokcia (dalszej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej) leczone tylko zachowawczo	5%
K5.06	złamanie w obrębie łokcia (dalszej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej) leczone operacyjnie	10%
K5.07	utrata kończyny w stawie łokciowym	60%
K6	uszkodzenia przedramienia	
K6.01	uszkodzenie tkanek miękkich z uszkodzeniem 1 ścięgna leczone operacyjnie	3%
K6.02	uszkodzenie tkanek miękkich z uszkodzeniem 2 lub więcej ścięgien leczone operacyjnie	5%
K6.03	złamanie dalszych nasad kości przedramienia leczone tylko zachowawczo (za każdą)	3%
K6.04	złamanie dalszych nasad kości przedramienia leczone operacyjnie (za każdą)	7%
K6.05	złamanie trzonów kości przedramienia leczone tylko zachowawczo (za każdą)	3%

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

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
L2.07	utrata trzech paliczków palca wskazującego	15%
L2.08	utrata palca wskazującego z kością śródręcza	17%
L2.09	złamanie palca wskazującego leczone tylko zachowawczo	2%
L2.10	złamanie palca wskazującego leczone operacyjnie	3%
L3	uszkodzenia w zakresie palca III ręki	
L3.01	skręcenie stawu międzypaliczkowego palca III z unieruchomieniem	1%
L3.02	zwichnięcie palca III	2%
L3.03	uszkodzenia tkanek miękkich palca III leczone operacyjnie	2%
L3.04	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca III	3%
L3.05	utrata dwóch lub trzech paliczków palca III	7%
L3.06	złamanie palca III	2%
L3.07	utrata palca III z kością śródręcza	9%
L4	uszkodzenia w zakresie palca IV ręki	
L4.01	skręcenie stawu międzypaliczkowego palca IV z unieruchomieniem	1%
L4.02	zwichnięcie palca IV	2%
L4.03	uszkodzenia tkanek miękkich palca IV leczone operacyjnie	1%
L4.04	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca IV	2%
L4.05	utrata dwóch lub trzech paliczków palca IV	4%
L4.06	złamanie palca IV	1%
L4.07	utrata palca IV z kością śródręcza	5%
L5	uszkodzenia w zakresie palca V ręki	
L5.01	skręcenie stawu międzypaliczkowego palca V z unieruchomieniem	1%
L5.02	zwichnięcie palca V	1%
L5.03	uszkodzenia tkanek miękkich palca V leczone operacyjnie	1%
L5.04	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca V	2%
L5.05	utrata dwóch lub trzech paliczków palca V	4%
L5.06	złamanie palca V	1%
L5.07	utrata palca V z kością śródręcza	5%
Ł	USZKODZENIA KOŃCZYN DOLNYCH	
Ł1	rany skóry kończyn dolnych (z wyjątkiem oparzeń) uwaga: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran skóry kończyn dolnych nie może przekroczyć 3%	
Ł1.01	jedna rana skóry do 4 cm długości	1%
Ł1.02	jedna rana skóry powyżej 4 cm do 10 cm długości	2%
Ł1.03	liczne rany (co najmniej 3) łącznie lub rana powyżej 10 cm długości	3%
Ł2	uszkodzenia stawu biodrowego	
Ł2.01	skręcenie stawu biodrowego	3%
Ł2.02	zwichnięcie stawu biodrowego	10%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
Ł2.03	złamanie w zakresie krętarza, bliższej nasady lub szyjki kości udowej, urazowe złuszczenie głowy kości udowej leczone tylko zachowawczo	10%
Ł2.04	złamanie w zakresie krętarza, bliższej nasady lub szyjki kości udowej leczone operacyjnie	20%
Ł2.05	złamania lub zwichnięcie centralne panewki stawu biodrowego leczone tylko zachowawczo	15%
Ł2.06	ułamania lub zwichnięcie centralne panewki stawu biodrowego leczone operacyjnie włącznie z protezoplastyką stawu biodrowego	25%
Ł2.07	uszkodzenia tkanek miękkich leczone operacyjnie	3%
Ł2.08	utrata kończyny dolnej przez wytuszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między- lub podkrętarzowej	75%
Ł3	uszkodzenia uda	
Ł3.01	złamanie kości udowej leczone tylko zachowawczo (złamania szyjki, przez i podkrętarzowe, krętarzy, trzonu, nasady – łącznie)	9%
Ł3.02	złamanie kości udowej leczone operacyjnie (złamania szyjki, przez i podkrętarzowe, krętarzy, trzonu, nasady – łącznie)	15%
Ł3.03	uszkodzenia tkanek miękkich leczone operacyjnie	8%
Ł3.04	utrata kończyny na poziomie uda	60%
Ł4	uszkodzenia stawu kolanowego	
Ł4.01	skręcenie stawu kolanowego bez uszkodzenia więzadeł i łąkotki z unieruchomieniem	2%
Ł4.02	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem jednego więzadła leczone tylko zachowawczo	3%
Ł4.03	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem jednego więzadła leczone operacyjnie	5%
Ł4.04	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem dwóch więzadeł leczone tylko zachowawczo	6%
Ł4.05	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem dwóch więzadeł leczone operacyjnie	10%
Ł4.06	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem trzech lub więcej więzadeł leczone tylko zachowawczo	9%
Ł4.07	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem trzech lub więcej więzadeł leczone operacyjnie	15%
Ł4.08	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem jednej łąkotki leczone tylko zachowawczo	3%
Ł4.09	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem jednej łąkotki leczone operacyjnie	5%
Ł4.10	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem dwóch łąkotek leczone tylko zachowawczo	6%
Ł4.11	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem dwóch łąkotek leczone operacyjnie	10%
Ł4.12	skręcenie lub inny uraz ze złamaniem rzepki nie skutkujący usunięciem rzepki	5%
Ł4.13	skręcenie lub inny uraz ze złamaniem skutkujący usunięciem rzepki	10%
Ł4.14	zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	2%
Ł4.15	utrata kończyny na poziomie kolana	50%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
Ł5	uszkodzenia podudzia	
Ł5.01	złamanie kości strzałkowej leczone tylko zachowawczo	1%
Ł5.02	złamanie kości strzałkowej leczone operacyjnie	4%
Ł5.03	złamanie kości piszczelowej leczone tylko zachowawczo	5%
Ł5.04	złamanie kości piszczelowej leczone operacyjnie	10%
Ł5.05	uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone tylko zachowawczo	2%
Ł5.06	rozerwanie ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	7%
Ł5.07	uszkodzenia tkanek miękkich leczone tylko zachowawczo – oprócz ścięgna Achillesa	1%
Ł5.08	uszkodzenia tkanek miękkich leczone operacyjnie – oprócz ścięgna Achillesa	4%
Ł5.09	utrata kończyny w obrębie podudzia	45%
Ł6	uszkodzenia stawu skokowo-goleniowego (skokowy górny) lub skokowo-piętowego (skokowy dolny), uszkodzenia stopy	
Ł6.01	skręcenie z unieruchomieniem	2%
Ł6.02	zwichnięcie	3%
Ł6.03	złamanie kostki bocznej leczone tylko zachowawczo	3%
Ł6.04	złamanie kostki bocznej leczone operacyjnie	4%
Ł6.05	złamanie kostki przyśrodkowej leczone tylko zachowawczo	2%
Ł6.06	złamanie kostki przyśrodkowej leczone operacyjnie	5%
Ł6.07	złamanie trójkostkowe	12%
Ł6.08	złamanie kości skokowej leczone tylko zachowawczo	5%
Ł6.09	złamanie kości skokowej leczone operacyjnie	8%
Ł6.10	złamanie kości piętowej leczone tylko zachowawczo	6%
Ł6.11	złamanie kości piętowej leczone operacyjnie	8%
Ł6.12	złamanie lub zwichnięcia kości stępu (jednej lub więcej kości)	4%
Ł6.13	złamanie jednej kości śródstopia leczone tylko zachowawczo	2%
Ł6.14	złamanie jednej kości śródstopia leczone operacyjnie	3%
Ł6.15	złamanie dwóch kości śródstopia leczone tylko zachowawczo	4%
Ł6.16	złamanie dwóch kości śródstopia leczone operacyjnie	6%
Ł6.17	złamanie trzech lub więcej kości śródstopia leczone tylko zachowawczo	6%
Ł6.18	złamanie trzech lub więcej kości śródstopia leczone operacyjnie	9%
Ł7	utrata stopy	
Ł7.01	utrata stopy w obrębie śródstopia	25%
Ł7.02	utrata stopy w stawie Lisfranca	35%
Ł7.03	utrata stopy w stawie Choparta	40%
Ł7.04	utrata stopy w całości	45%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
M	USZKODZENIA PALCÓW STOPY	
M1	uszkodzenia palucha	
M1.01	utrata w obrębie paliczka paznokciowego palucha	2%
M1.02	utrata całego paliczka paznokciowego palucha	5%
M1.03	utrata całego palucha	10%
M1.04	utrata palucha z kością śródstopia	12%
M1.05	złamanie, zwichnięcie palucha	2%
M1.06	złamanie palucha leczone operacyjnie	3%
M2	uszkodzenia w zakresie palca drugiego stopy	
M2.01	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca II	1%
M2.02	utrata całego palca II	2%
M2.03	utrata palca II z kością śródstopia	3%
M2.04	złamanie, zwichnięcie palca II	1%
M3	uszkodzenia w zakresie palca trzeciego stopy	
M3.01	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca III	1%
M3.02	utrata całego palca III	2%
M3.03	utrata palca III z kością śródstopia	3%
M3.04	złamanie, zwichnięcie palca III	1%
M4	uszkodzenia w zakresie palca czwartego stopy	
M4.01	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca IV	1%
M4.02	utrata całego palca IV bez kości śródstopia	2%
M4.03	utrata palca IV z kością śródstopia	3%
M4.04	złamanie, zwichnięcie palca IV	1%
M5	uszkodzenia w zakresie palca piątego stopy	
M5.01	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca V	1%
M5.02	utrata całego palca V bez kości śródstopia	2%
M5.03	utrata palca V z kością śródstopia	3%
M5.04	złamanie, zwichnięcie palca V	1%
CZĘŚĆ II		
N	TRWAŁE ZABURZENIA NEUROLOGICZNE POURAZOWE	
N1	trwałe porażenia, niedowłady lub utrata funkcji kończyny górnej	
N1.01	porażenie kończyny górnej – ręki dominującej	50%
N1.02	porażenie kończyny górnej – ręki niedominującej	40%
N1.03	porażenie obu kończyn górnych	100%
N1.04	niedowład kończyny górnej	15%
N1.05	niedowład obu kończyn górnych	40%
N2	trwałe porażenia, niedowłady lub utrata funkcji kończyny dolnej	
N2.01	porażenie kończyny dolnej	50%
N2.02	porażenie obu kończyn dolnych bez lub z zaburzeniami zwieraczy	100%
N2.04	niedowład kończyny dolnej	10%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
N2.05 niedowład obu kończyn dolnych, z możliwością poruszania się z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego, laski, kuli, balkonika	40%
N2.06 niedowład dużego stopnia czterech kończyn uniemożliwiający funkcjonowanie	100%
N3 trwałe porażenia czterech kończyn	
N3.01 porażenie całkowite czterech kończyn	100%
N4 trwałe porażenia i niedowłady połowicze	
N4.01 porażenie połowicze	100%
N4.02 niedowład połowiczy	30%
N5 zespoły neurologiczne	
N5.01 zespół stożka końcowego bez niedowładów	20 %
N5.02 zespół mózdkowy utrudniający chód i sprawność ruchową	40%
N5.03 zespół mózdkowy uniemożliwiający samodzielne funkcjonowanie, wymagający opieki osób trzecich	80%
N5.04 utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	90%
N5.05 utrwalony zespół pozapiramidowy niewymagający opieki osób trzecich	30%
N6 zaburzenia mowy	
N6.01 całkowita utrata mowy (afazja całkowita)	60%
N6.02 afazja częściowa	10%
O TRWAŁE USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU PO URAZIE	
O1 ubytki pola widzenia	
O1.01 w jednym oku	7%
O1.02 w obu oczach	20%
O2 koncentryczne ubytki pola widzenia	
O2.01 w jednym oku	7%
O2.02 w obu oczach	25%
O3 niedowidzenie połowicze	
O3.01 dwunosowe	20%
O3.02 dwuskroniowe	50%
O3.03 jednoimienne	20%
P TRWAŁE PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW CZASZKOWYCH PO URAZACH GŁOWY	
P1 trwałe porażenia lub niedowłady nerwu twarzowego	
P1.01 porażenie całkowite nerwu twarzowego	15%
P1.02 niedowład nerwu twarzowego	5%
P2 trwałe porażenia lub niedowłady nerwów ruchowych gałki ocznej uwaga: sumaryczny uszczerbek z tytułu trwałych porażen lub niedowładów nerwów czaszkowych wymienionych w pkt P2.01-P2.02 nie może przekroczyć: za porażenie 45% za niedowład 15%	
P2.01 porażenie całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (za każdy)	15%
P2.02 niedowład nerwów ruchowych gałki ocznej (za każdy)	5%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
P3 trwałe porażenia lub niedowłady nerwu językowo-gardłowego	
P3.01 porażenie całkowite nerwu językowo-gardłowego	10%
P3.02 niedowład nerwu językowo-gardłowego	3%
P4 trwałe porażenia lub niedowłady nerwu błędnego	
P4.01 porażenie całkowite nerwu błędnego	10%
P4.02 niedowład nerwu błędnego	3%
P5 trwałe porażenia lub niedowłady nerwu dodatkowego	
P5.01 porażenie całkowite nerwu dodatkowego	10%
P5.02 niedowład nerwu dodatkowego	3%
P6 trwałe porażenia lub niedowłady nerwu podjęzykowego	
P6.01 porażenie całkowite nerwu podjęzykowego	10%
P6.02 niedowład nerwu podjęzykowego	3%
uwaga: sumaryczny uszczerbek z tytułu utrwalonych porażen lub niedowładów nerwów czaszkowych wymienionych w pkt. P3 – P6 nie może przekroczyć: za porażenie 30%, za niedowład 9%	
R TRWAŁE PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH	
R1 trwałe porażenia lub niedowłady nerwu przeponowego	
R1.01 porażenie całkowite nerwu przeponowego	15%
R1.02 niedowład nerwu przeponowego	5%
R2 trwałe porażenia lub niedowłady nerwu piersiowego długiego	
R2.01 porażenie całkowite nerwu piersiowego długiego	10%
R2.02 niedowład nerwu piersiowego długiego	5%
R3 trwałe porażenia lub niedowłady nerwu pachowego	
R3.01 porażenie całkowite nerwu pachowego	20%
R3.02 niedowład nerwu pachowego	5%
R4 trwałe porażenia lub niedowłady nerwu mięśniowo-skórnego	
R4.01 porażenie całkowite nerwu mięśniowo-skórnego	10%
R4.02 niedowład nerwu mięśniowo-skórnego	3%
R5 trwałe porażenia lub niedowłady nerwu promieniowego	
R5.01 porażenie całkowite nerwu promieniowego	25%
R5.02 niedowład nerwu promieniowego	5%
R6 trwałe porażenia lub niedowłady nerwu pośrodkowego	
R6.01 porażenie całkowite nerwu pośrodkowego	15%
R6.02 niedowład nerwu pośrodkowego	5%
R7 trwałe porażenia lub niedowłady nerwu łokciowego	
R7.01 porażenie całkowite nerwu łokciowego	20%
R7.02 niedowład nerwu łokciowego	5%
R8 trwałe porażenia lub niedowłady części górnej (nadobojczykowej) splotu barkowego	
R8.01 porażenie całkowite części górnej splotu barkowego	20%
R8.02 niedowład części górnej splotu barkowego	5%
R9 trwałe porażenia lub niedowłady części dolnej (podobojczykowej) splotu barkowego	

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
R9.01	porażenie całkowite części dolnej splotu barkowego	40%
R9.02	niedowład części dolnej splotu barkowego	10%
R10	trwałe porażenia lub niedowłady pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	
R10.01	porażenie całkowite pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	15%
R10.02	niedowład pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	3%
R11	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu zastonowego	
R11.01	porażenie całkowite nerwu zastonowego	15%
R11.02	niedowład nerwu zastonowego	3%
R12	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu udowego	
R12.01	porażenie całkowite nerwu udowego	30%
R12.02	niedowład nerwu udowego	5%
R13	trwałe porażenia lub niedowłady nerwów pośladkowych	
R13.01	porażenie całkowite nerwów pośladkowych	20%
R13.02	niedowład nerwów pośladkowych	3%
R14	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu sromowego wspólnego	
R14.01	porażenie całkowite nerwu sromowego wspólnego	20%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
R14.02	niedowład nerwu sromowego wspólnego	5%
R15	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu kulszowego	
R15.01	porażenie całkowite nerwu kulszowego	50%
R15.02	niedowład nerwu kulszowego	10%
R16	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu piszczelowego	
R16.01	porażenie całkowite nerwu piszczelowego	30%
R16.02	niedowład nerwu piszczelowego	5%
R17	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu strzałkowego	
R17.01	porażenie całkowite nerwu strzałkowego	20%
R17.02	niedowład nerwu strzałkowego	5%
R18	trwałe porażenia lub niedowłady splotu lędźwiowo-krzyżowego	
R18.01	porażenie całkowite splotu lędźwiowo-krzyżowego	60%
R18.02	niedowład splotu lędźwiowo-krzyżowego	30%
R19	trwałe porażenia lub niedowłady pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	
R19.01	porażenie całkowite pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	10%
R19.02	niedowład pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	3%

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 LUB ASHWORTH):	
a. porażenie połowicze, lub porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha)	100
b. głęboki niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych znacznie utrudniający sprawność kończyn (2° do 3° według skali Lovetta lub 4°-3° według skali Ashwortha)	60-80
c. średniego stopnia niedowład połowiczy lub niedowład obu kończyn dolnych (3°-4° według skali Lovetta lub 3°-2° według skali Ashwortha)	40-60
d. nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych (4° lub 4/5° według skali Lovetta lub 2-1°, 1° według skali Ashwortha), dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostatecznej precyzji ruchów	5-40
e. porażenie kończyny górnej (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha) z niedowładem kończyny dolnej (3-4° według skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha)	prawej: 70-90 lewej: 60-80
f. niedowład kończyny górnej (3-4° według skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha) z porażeniem kończyny dolnej (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha)	prawej: 70-90 lewej: 60-80
g. monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha)	prawej: 50-60 lewej: 40-50
h. monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (2°-2/3° według skali Lovetta lub 4-3° według skali Ashwortha)	prawej: 30-50 lewej: 20-40
i. monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (3-4° według skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha)	prawej: 10-30 lewej: 5-20
j. monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha)	40-50
k. monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (2-2/3° według skali Lovetta lub 4-3° według skali Ashwortha)	25-40
l. monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (3-3/4° według skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha)	15-25
ł. monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (4-4/5° według skali Lovetta lub 2/1,1° według skali Ashwortha)	5-15
UWAGA: W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego oceniać dodatkowo 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	
SKALA ASHWORTH 1 – brak wzmożonego napięcia mięśniowego 2 – nieznaczny wzrost napięcia mięśniowego występujący w trakcie zgięcia lub prostowania kończyny 3 – bardziej zaznaczony wzrost napięcia mięśniowego, ale dotknięta część łatwo poddaje się zginaniu 4 – wyraźny wzrost napięcia mięśniowego, ruch bierny trudny do wykonania 5 – sztywność badanego odcinka podczas zgięcia i prostowania	
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 MÓŻDŻKOWE:	
a. uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
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, dyskretne upośledzenie zborności i precyzji ruchów	1-10
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 utrudniająca 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: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna względnie szpitalna potwierdzające rozpoznanie. Rozpoznanie powinno zostać potwierdzone przez lekarza neurologa lub psychiatrę. Podejrzenie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu. Wskazane jest wykonanie badań CT i NMR dla wykluczenia innych przyczyn niepozostających w związku z udarem mózgu.	
5. ZABURZENIA MOWY:	
a. afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią 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 WEWNĄTRZWDZIELNICZE Z POTWIERDZONYM POCHODZENIEM OŚRODKOWYM (MOCZÓWKA PROSTA, CUKRZYCA, NADCIŚNIENIE 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, BŁOCZKOWY, 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 współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu oceniać według punktu 1 niniejszej tabeli. Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu należy oceniać według punktu 1.	
10. UTRWALONE USZKODZENIE CZĘŚCIOWE LUB CAŁKOWITE NERWÓW JĘZYKOWO-GARDŁOWEGO I BŁĘDNEGO – W ZALEŻNOŚCI OD STOPNIA ZABURZEŃ MOWY, POŁYKANIA, ODDECHU, KRAŻENIA 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

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
12. USZKODZENIE CZĘŚCIOWE LUB CAŁKOWITE NERWU PODJĘZYKOWEGO – W ZALEŻNOŚCI OD STOPNIA USZKODZENIA	5-20
13. USZKODZENIE SERCA LUB OSIERDZIA:	
a. po leczeniu operacyjnym, z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	5
b. I klasa NYHA, EF 50-55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	6-15
c. II klasa NYHA, EF 45%-55%, 7-10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	16-25
d. III klasa NYHA, EF 35%-45%, 5-7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	26-55
e. IV klasa NYHA, EF <35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	56-90

Stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/ lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych podpunktów muszą być spełnione co najmniej dwa z następujących kryteriów: klasyfikacja NYHA, EF, MET i zaburzenia kurczliwości.

KLASYFIKACJA NYHA – KLASYFIKACJA NOWOJORSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO WYRÓŻNIA NASTĘPUJĄCE STANY CZYNNOŚCIOWE SERCA:

- Klasa I. Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i 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.

DEFINICJA EF – 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.

DEFINICJA RÓWNOWAŻNIKA METABOLICZNEGO – MET, STOSOWANEGO PRZY OCENIE PRÓBY WYSIŁKOWEJ:

MET-y (MET – równoważnik metaboliczny jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu, ok. 3,5 ml tlenu na kilogram masy ciała na minutę) uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (w ml/min) przez iloczyn: masy ciała (w kg) × 3,5. Liczbę 3,5 przyjmuje się jako wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.

KATEGORIE WAD WRODZONYCH

KATEGORIE WAD WRODZONYCH OZNACZONE WEDŁUG MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI CHOROÓB I PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH ICD-10

KATEGORIA A

1. Q07 inne wady układu nerwowego
2. Q10 oko – wady rozwojowe powiek, aparatu łzowego i oczodołu
3. Q12 wrodzone wady rozwojowe soczewki
4. Q13 oko – wady przedniego odcinka oka
5. Q14 oko – wady tylnego odcinka
6. Q15 inne wady oka
7. Q17 inne wady ucha
8. Q18 inne wady twarzy i szyi
9. Q24 serce – wady pozostałe
10. Q26 układ naczyniowy – wady dużych żył
11. Q27 inne wady obwodowego układu naczyniowego
12. Q28 inne wady układu krążenia
13. Q30 wady nosa
14. Q31 wady krtani
15. Q32 wady tchawicy i oskrzeli
16. Q33 wady płuc
17. Q34 inne wady układu oddechowego
18. Q35 rozszczep podniebienia
19. Q36 rozszczep wargi
20. Q38 wady języka, jamy ustnej, gardzieli
21. Q40 inne wady górnego odcinka przewodu pokarmowego
22. Q43 inne wady wrodzone jelit
23. Q44 wady wątroby, p. żółciowego i pp. żółciowych
24. Q45 inne wady przewodu pokarmowego
25. Q50 wrodzone wady rozwojowe jajników, jajowodów i więzadeł szerokiach macicy
26. Q51 wrodzone wady rozwojowe macicy i szyjki macicy
27. Q52 inne wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych żeńskich
28. Q53 niezstąpienie jąder
29. Q54 spodziectwo
30. Q55 inne wady wrodzone narządów płciowych męskich
31. Q56 narządy płciowe obojnacze
32. Q61 wielotorbielowatość nerek
33. Q62 wrodzone wady miedniczki nerkowej powodujące zastój moczu i wrodzone wady rozwojowe moczowodu
34. Q63 inne wady nerek
35. Q64 inne wady układu moczowego
36. Q66 zniekształcenia stopy
37. Q67 zniekształcenia czaszki, twarzy, kręgosłupa i klatki piersiowej
38. Q68 inne zniekształcenia mięśniowo-kostne
39. Q69 palce dodatkowe
40. Q70 zrost palców
41. Q74 inne wady kończyn
42. Q75 inne określone wady kości czaszki i twarzy
43. Q76 wady klatki piersiowej i żeber
44. Q78 inne osteochondrodysplazje
45. Q79 wady układu mięśniowo-szkieletowego niesklasyfikowane gdzie indziej
46. Q80 wrodzona rybia łuska
47. Q81 pęcherzowe oddzielanie naskórka
48. Q82 inne wady skóry
49. Q83 wrodzone wady rozwojowe gruczołów sutkowych
50. Q84 inne wady powłok ciała
51. Q85 fakomatozy
52. Q86 zespoły spowodowane czynnikami zewnętrznymi
53. Q87 zespoły związane głównie z niskim wzrostem
54. Q89 wady mnogie
55. Q92 inne trisomie i częściowe trisomie autosomów
56. Q93 monosomie i delecje autosomów
57. Q95 zrównoważone translokacje
58. Q96 Zespół Turnera
59. Q97 inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim
60. Q98 inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem męskim
61. Q99 inne aberracje chromosomowe niesklasyfikowane gdzie indziej

KATEGORIA B

1. Q00 bezmózgowie i podobne wady rozwojowe
2. Q02 małogłowie
3. Q03 wodogłowie
4. Q04 inne wrodzone wady rozwojowe mózgu
5. Q05 rozszczep kręgosłupa
6. Q06 inne wrodzone wady rozwojowe rdzenia kręgowego
7. Q11 bezocze, małocze i wielkocze
8. Q16 wady ucha powodujące upośledzenie słuchu
9. Q20 serce – wady jam i połączeń
10. Q21 serce – wady przegród
11. Q22 – serce – wady zastawki pnia płucnego i trójdzielnej
12. Q23 – serce – wady zastawki aorty i dwudzielnej
13. Q25 układ naczyniowy – duże tętnice – wady
14. Q37 rozszczep wargi i podniebienia
15. Q39 wady przetyku
16. Q41 jelito cienkie – brak zarośnięcie zwężenie
17. Q42 jelito grube – brak zarośnięcie zwężenie
18. Q60 nerki – agenezja i niedorozwój mięjszy
19. Q65 zniekształcenia stawu biodrowego
20. Q71 zniekształcenia zmniejszające kończyny górnej
21. Q72 zniekształcenia zmniejszające kończyny dolnej
22. Q73 zniekształcenie zmniejszające kończyny, nie określone
23. Q77 osteochondrodysplazje z upośledzeniem wzrostu kości długiej i kręgosłupa
24. Q90 zespół Downa
25. Q91 zespół Edwardsa i Patau

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) umputacja 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 połowiczne 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

RODZAJ USZCZERBKU NA ZDROWIU	Procent uszczerbku na zdrowiu
3) złamania panewki stawu biodrowego	10
8. Urazy narządu ruchu powodujące unieruchomienie przez co najmniej 7 dni	
1) uraz w obrębie kręgosłupa	5
2) uraz stawu biodrowego	10
3) uraz stawu kolanowego	5
4) uraz stawu skokowego	3
5) uraz stawu barkowego	7
6) uraz stawu łokciowego	3
7) uraz stawu nadgarstkowego	3
8) uraz stawu w obrębie śródręcza i palców dłoni (maksymalnie za wiele urazów w obrębie śródręcza 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) złamania łopatki	4
2) złamania obojczyka	4
3) amputacja kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym	70
4) amputacja kończyny wraz z łopatką	75
5) złamanie trzonu kości ramiennej	10
6) amputacja kończyny na poziomie ramienia	65
7) amputacja obu kończyn górnych na poziomie ramienia	90
8) złamania dalszej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej	7
9) amputacja w stawie łokciowym	60
10) złamania dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia	8
11) złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia	7
12) amputacja kończyny w obrębie przedramienia lub nadgarstka	50
13) złamania nadgarstka	5
14) amputacja dłoni na poziomie nadgarstka	50
15) złamania pojedynczej kości śródręcza	3
16) złamania kości śródręcza – trzech lub więcej	8

RODZAJ USZCZERBKU NA ZDROWIU	Procent uszczerbku na zdrowiu
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 III, IV lub V	2
27) złamania w obrębie dwóch lub trzech palców jednej dłoni III, IV lub V	4
28) złamania w obrębie dwóch lub trzech palców jednej dłoni 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

RODZAJ USZCZERBKU NA ZDROWIU	Procent uszczerbku na zdrowiu
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 II, III, IV lub V	1,5
25) złamania w obrębie dwóch lub więcej palców jednej stopy II, III, IV lub V	3
26) złamania w obrębie dwóch lub więcej palców jednej stopy 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
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. 30a ust. 1 pkt 5 ustawy o PIT, od dochodu z tytułu udziału w funduszach kapitałowych pobiera się 19% zryczałtowany podatek dochodowy.

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

Zgodnie z art. 30a ust. 1 pkt 10 ustawy o PIT od dochodu oszczędzającego na indywidualnym koncie emerytalnym z tytułu zwrotu albo częściowego zwrotu, w rozumieniu przepisów o indywidualnych 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 począwszy 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 opłaconych przez pracodawcę z tytułu zawartych lub odnowionych umów ubezpieczenia na rzecz pracowników, z wyjątkiem umów dotyczących ryzyka grup 1, 3 i 5 działu I oraz grup 1 i 2 działu II wymienionych w załączniku do ustawy o działalności ubezpieczeniowej jeżeli uprawnionym do otrzymania świadczenia nie jest pracodawca i umowa ubezpieczenia w okresie pięciu lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym ją zawarto lub odnowiono, wyklucza: a) wypłatę kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od umowy, b) możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy, c) wypłatę z tytułu dożycia wieku oznaczonego w umowie.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA JAKO PRZYCHÓD PRACOWNIKA

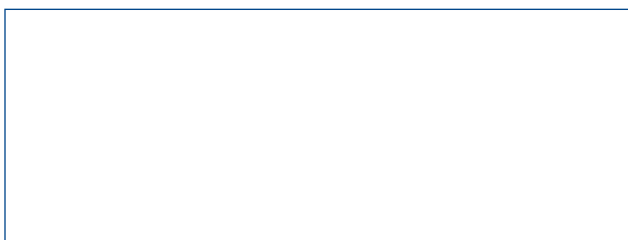
Na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy o PIT za przychody ze stosunku służbowego, stosunku pracy, pracy nakładczej oraz spółdzielczego stosunku pracy uważa się wszelkiego rodzaju wypłaty pieniężne oraz wartość pieniężną świadczeń w naturze bądź ich ekwiwalenty, bez względu na źródło finansowania tych wypłat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

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

[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