

**WARUNKI OGÓLNE
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
OPIEKUN DLA GRUP BRANŻOWYCH
NR PGO/BR/2017/1**

Informacja o postanowieniach zawartych we wzorcach umów
dotycząca Warunków Ogólnych Ubezpieczenia na Życie
Opiekun dla Grup Branżowych nr PGO/BR/2017/1

Rodzaj informacji / postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu wzorca umownego	
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	I. Postanowienia ogólne	§ 3 ust. 1 § 4 § 8 ust. 2
	II. Świadczenia ubezpieczeniowe – część 1	
	Ubezpieczenie ryzyka śmierci Ubezpieczonego	§ 15 ust. 1 § 15 ust. 5
	Ubezpieczenie ryzyka osierocenia dziecka Ubezpieczonego	§ 16 ust. 1.1-1.2 § 16 ust. 3
	III. Świadczenia ubezpieczeniowe – część 2	
	Ubezpieczenie ryzyka śmierci wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu	§ 17 ust. 1 § 17 ust. 3
	Ubezpieczenie ryzyka Leczenia Szpitalnego	§ 18 ust. 1.1-1.3 § 18 ust. 1.5-1.6 § 18 ust. 3
	Ubezpieczenie ryzyka Leczenia Szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych	§ 19 ust. 1.1-1.3 § 19 ust. 1.5-1.8 § 19 ust. 3
	Ubezpieczenie ryzyka przeprowadzenia postępowania medycznego podczas Hospitalizacji	§ 20 ust. 1.1-1.4 § 20 ust. 1.6 § 20 ust. 3
	Ubezpieczenie ryzyka Poważnego Zachorowania	§ 21 ust. 1.1-1.3 § 21 ust. 3
	Ubezpieczenie ryzyka zachorowania na nowotwór złośliwy „Rakassistance”	§ 22 ust. 1 § 22 ust. 3
	Ubezpieczenie ryzyka wystąpienia poważnego stanu chorobowego	§ 23 ust. 1.1-1.3 § 23 ust. 3
	Ubezpieczenie ryzyka leczenia specjalistycznego	§ 24 ust. 1.1-1.3 § 24 ust. 3
	IV. Świadczenia ubezpieczeniowe – część 3	
	Ubezpieczenie ryzyka śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	§ 25 ust. 1 § 25 ust. 3
	Ubezpieczenie ryzyka Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	§ 26 ust. 1 § 26 ust. 3

Ubezpieczenie ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	§ 27 ust. 1 § 27 ust. 3
Ubezpieczenie ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w systemie świadczeń progresywnych	§ 28 ust. 1 § 28 ust. 3
Ubezpieczenie ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu	§ 29 ust. 1 § 29 ust. 3
Ubezpieczenie ryzyka Leczenia Szpitalnego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	§ 30 ust. 1 § 30 ust. 3
Ubezpieczenie ryzyka Rehabilitacji	§ 31 ust. 1.1-1.5 § 31 ust. 1.7 § 31 ust. 3
Ubezpieczenie ryzyka Rekonwalescencji	§ 32 ust. 1.1-1.2 § 32 ust. 1.4 § 32 ust. 3
Ubezpieczenie ryzyka śmierci Małżonka Ubezpieczonego	§ 33 ust. 1.1-1.2 § 33 ust. 3
Ubezpieczenie ryzyka śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	§ 34 ust. 1 § 34 ust. 3
Ubezpieczenie ryzyka śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy	§ 35 ust. 1 § 35 ust. 3
Ubezpieczenie ryzyka śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu	§ 36 ust. 1 § 36 ust. 3
Ubezpieczenie ryzyka śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego	§ 37 ust. 1 § 37 ust. 3
Ubezpieczenie ryzyka Kalectwa Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	§ 38 ust. 1 § 38 ust. 3
Ubezpieczenie ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	§ 39 ust. 1 § 39 ust. 3
Ubezpieczenie ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w systemie świadczeń progresywnych	§ 40 ust. 1 § 40 ust. 3
Ubezpieczenie ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu	§ 41 ust. 1 § 41 ust. 3

	Ubezpieczenie ryzyka Poważnego Zachorowania Małżonka Ubezpieczonego	§ 42 ust. 1 § 42 ust. 4
	Ubezpieczenie ryzyka śmierci dziecka Ubezpieczonego	§ 43 ust. 1.1-1.2 § 43 ust. 2 § 43 ust. 4
	Ubezpieczenie ryzyka śmierci dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	§ 44 ust. 1 § 44 ust. 3
	Ubezpieczenie ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	§ 45 ust. 1 § 45 ust. 3
	Ubezpieczenie ryzyka następstw Nieszczęśliwych Wypadków u dziecka Ubezpieczonego	§ 46 ust. 1 § 46 ust. 3
	Ubezpieczenie ryzyka Leczenia Szpitalnego dziecka Ubezpieczonego	§ 47 ust. 1.1-1.3 § 47 ust. 1.5-1.6 § 47 ust. 3
	Ubezpieczenie ryzyka Rehabilitacji Nowonarodzonego Dziecka Ubezpieczonego	§ 48
	Ubezpieczenie ryzyka przeprowadzenia postępowania medycznego podczas Hospitalizacji Dziecka Ubezpieczonego	§ 49 ust. 1.1-1.4 § 49 ust. 1.6 § 49 ust. 3.1-3.5
	Ubezpieczenie ryzyka Poważnego Zachorowania dziecka Ubezpieczonego	§ 50 ust. 1.1-1.3 § 50 ust. 4
	Ubezpieczenie ryzyka urodzenia się dziecka Ubezpieczonego	§ 51
	Ubezpieczenie ryzyka urodzenia się dziecka Ubezpieczonego w systemie świadczeń progresywnych	§ 52 ust. 1 § 52 ust. 2.1-2.3
	Ubezpieczenie ryzyka urodzenia dziecka martwego lub poronienia	§ 53 ust. 1 § 53 ust. 2.1-2.2
	Ubezpieczenie ryzyka śmierci rodzica Ubezpieczonego	§ 54 ust. 1.1-1.2 § 54 ust. 3
	Ubezpieczenie „Zagraniczna Opinia Lekarska”	§ 55 ust. 2
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	I. Postanowienia ogólne	§ 2 ust. 14, 15 § 3 ust. 2, 3 § 7 ust. 5

II. Świadczenia ubezpieczeniowe – część 1	
Ubezpieczenie ryzyka śmierci Ubezpieczonego	§ 15 ust. 2, 3
Ubezpieczenie ryzyka osierocenia dziecka Ubezpieczonego	§ 16 ust. 1.3 § 16 ust. 2
III. Świadczenia ubezpieczeniowe – część 2	
Ubezpieczenie ryzyka śmierci wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu	§ 17 ust. 2
Ubezpieczenie ryzyka Leczenia Szpitalnego	§ 18 ust. 1.4 § 18 ust. 2
Ubezpieczenie ryzyka Leczenia Szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych	§ 19 ust. 1.4 § 19 ust. 2
Ubezpieczenie ryzyka przeprowadzenia postępowania medycznego podczas Hospitalizacji	§ 20 ust. 1.5 § 20 ust. 1.7-1.11 § 20 ust. 2
Ubezpieczenie ryzyka Poważnego Zachorowania	§ 21 ust. 1.4-1.5 § 21 ust. 2
Ubezpieczenie ryzyka zachorowania na nowotwór złośliwy „Rakassistance”	§ 22 ust. 2
Ubezpieczenie ryzyka wystąpienia poważnego stanu chorobowego	§ 23 ust. 1.4-1.9 § 23 ust. 2
Ubezpieczenie ryzyka leczenia specjalistycznego	§ 24 ust. 1.4-1.5 § 24 ust. 2
IV. Świadczenia ubezpieczeniowe – część 3	
Ubezpieczenie ryzyka śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	§ 25 ust. 2
Ubezpieczenie ryzyka Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	§ 26 ust. 2
Ubezpieczenie ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	§ 27 ust. 2
Ubezpieczenie ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w systemie świadczeń progresywnych	§ 28 ust. 2
Ubezpieczenie ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu	§ 29 ust. 2
Ubezpieczenie ryzyka Leczenia Szpitalnego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	§ 30 ust. 2
Ubezpieczenie ryzyka Rehabilitacji	§ 31 ust. 1.6 § 31 ust. 2

Ubezpieczenie ryzyka rekonwalescencji	§ 32 ust. 1.3 § 32 ust. 2
Ubezpieczenie ryzyka śmierci Małżonka Ubezpieczonego	§ 33 ust. 1.3 § 33 ust. 2
Ubezpieczenie ryzyka śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	§ 34 ust. 2
Ubezpieczenie ryzyka śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy	§ 35 ust. 2
Ubezpieczenie ryzyka śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu	§ 36 ust. 2
Ubezpieczenie ryzyka śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego	§ 37 ust. 2
Ubezpieczenie ryzyka Kalectwa Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	§ 38 ust. 2
Ubezpieczenie ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	§ 39 ust. 2
Ubezpieczenie ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w systemie świadczeń progresywnych	§ 40 ust. 2
Ubezpieczenie ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu	§ 41 ust. 2
Ubezpieczenie ryzyka Poważnego Zachorowania Małżonka Ubezpieczonego	§ 42 ust. 2 § 42 ust. 3
Ubezpieczenie ryzyka śmierci dziecka Ubezpieczonego	§ 43 ust. 1.3 § 43 ust. 3
Ubezpieczenie ryzyka śmierci dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	§ 44 ust. 2
Ubezpieczenie ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	§ 45 ust. 2
Ubezpieczenie ryzyka następstw Nieszczęśliwych Wypadków u dziecka Ubezpieczonego	§ 46 ust. 2
Ubezpieczenie ryzyka Leczenia Szpitalnego dziecka Ubezpieczonego	§ 47 ust. 1.4 § 47 ust. 2

	Ubezpieczenie ryzyka Rehabilitacji Nowonarodzonego Dziecka Ubezpieczonego	Brak
	Ubezpieczenie ryzyka przeprowadzenia postępowania medycznego podczas Hospitalizacji dziecka Ubezpieczonego	§ 49 ust. 1.5 § 49 ust. 1.7-1.10 § 49 ust. 2 § 49 ust. 3.6
	Ubezpieczenie ryzyka Poważnego Zachorowania dziecka Ubezpieczonego	§ 50 ust. 1.4 § 50 ust. 2 § 50 ust. 3
	Ubezpieczenie ryzyka urodzenia się dziecka Ubezpieczonego	Brak
	Ubezpieczenie ryzyka urodzenia się dziecka Ubezpieczonego w systemie świadczeń progresywnych	§ 52 ust. 2.3-2.4
	Ubezpieczenie ryzyka urodzenia dziecka martwego lub poronienia	§ 53 ust. 2.3
	Ubezpieczenie ryzyka śmierci rodzica Ubezpieczonego	§ 54 ust. 1.3 § 54 ust. 2
	Ubezpieczenie „Zagraniczna Opinia Lekarska”	§ 55 ust. 3
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	I. Postanowienia ogólne	§ 7 oraz dokument ubezpieczenia (polisa)
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania Ochrony Ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje, chyba że wzorzec umowy nie zawiera takich informacji	Nie dotyczy	

WARUNKI OGÓLNE UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE OPIEKUN DLA GRUP BRANŻOWYCH NR PGO/BR/ 2017/1

Niniejsze warunki ogólne ubezpieczenia (OWU) stanowią podstawę zawarcia Umowy Ubezpieczenia Opiekun dla Grup Branżowych.

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1. DEFINICJE

Ilekcroć w Warunkach Ogólnych Ubezpieczenia na Życie Opiekun dla Grup Branżowych, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub jej wykonywaniem, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:

- 1) **Akt terroryzmu** – każde działanie, indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły lub przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność, które zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych, ekonomicznych lub finansowych;
- 2) **Bójka** – starcie trzech albo więcej osób wzajemnie zadających sobie razy, z których każda jest jednocześnie napadniętym i napastnikiem;
- 3) **Członek Rodziny** – Małżonek, Partner, Rodzic i Dziecko;
- 4) **Dodatkowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe (Dodatkowe Zdarzenie)** – dodatkowe zdarzenie związane z postępowaniem medycznym przeprowadzonym na rzecz Ubezpieczonego, wskazane w części 3. Wykazu Postępowań Medycznych stanowiącego Załącznik nr 1 do OWU; wyróżnia się Dodatkowe Zdarzenia Ubezpieczeniowe (Dodatkowe Zdarzenia) typu 1 i typu 2;
- 5) **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione Ubezpieczonego, pozostające pod jego władzą rodzicielską (w przypadku dzieci niepełnoletnich), oraz dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które nie ukończyło 19 roku życia, albo 25 roku życia pod warunkiem, że kontynuuje naukę;
- 6) **Dzień Zapłaty Składki** – dzień, w którym składka znajdzie się w posiadaniu Towarzystwa; w przypadku wpłaty na rachunek bankowy Towarzystwa jest nim dzień uznania tego rachunku;
- 7) **Grupa Branżowa** – grupa osób spełniających określone Kryterium Kwalifikacji do Grupy Branżowej, które wnioskuje o zawarcie Umowy Ubezpieczenia albo spełniających określone Kryterium Przynależności do Grupy Branżowej i objętych już Ochroną Ubezpieczeniową. Kryterium Kwalifikacji do Grupy Branżowej oraz Kryterium Przynależności do Grupy Branżowej opisane są w aktualnie obowiązującym Katalogu, w części dedykowanej danej Grupie Branżowej;
- 8) **Hospitalizacja** – nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, z wyłączeniem pobytu na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz oddziale rehabilitacyjnym, a także pobytu związanego z leczeniem chorób wyłączonych z zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, odnotowany w księdze głównej przyjęć i wypisów, sporządzonej i prowadzonej przez szpital zgodnie z obowiązującymi przepisami w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania; za dzień Hospitalizacji uznaje się każdy dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, jaką część dnia trwał ten pobyt, przy czym pierwszym dniem Hospitalizacji jest dzień rejestracji, a ostatnim dzień wypisu ze szpitala; nieprzerwany pobyt w więcej niż jednym szpitalu traktowany jest jako jedna Hospitalizacja;
- 9) **Hospitalizacja Dziecka** – nieprzerwany pobyt Dziecka w szpitalu, z wyłączeniem pobytu na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz oddziale rehabilitacyjnym, a także pobytu związanego z leczeniem chorób wyłączonych z zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, odnotowany w księdze głównej przyjęć i wypisów, sporządzonej i prowadzonej przez szpital zgodnie z obowiązującymi przepisami w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania; za dzień Hospitalizacji Dziecka uznaje się każdy dzień kalendarzowy, w którym Dziecko przebywało w szpitalu, niezależnie od tego, jaką część dnia trwał ten pobyt, przy czym pierwszym dniem Hospitalizacji Dziecka jest dzień rejestracji, a ostatnim dzień wypisu ze szpitala; nieprzerwany pobyt w więcej niż jednym szpitalu traktowany jest jako jedna Hospitalizacja Dziecka;
- 10) **Kalectwo Małżonka Ubezpieczonego Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – przewidziane w tabeli zamieszczonej w § 38 ust.1.2 niniejszych Warunków Ogólnych uszkodzenie ciała Małżonka Ubezpieczonego, będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli uszkodzenie to nastąpiło w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 11) **Kalectwo Ubezpieczonego Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – przewidziane w tabeli zamieszczonej w § 26 ust.1.2 niniejszych Warunków Ogólnych uszkodzenie ciała Ubezpieczonego, będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli uszkodzenie to nastąpiło w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 12) **Katalog** – okresowo aktualizowany zbiór Zestawów ryzyk ubezpieczeniowych, o jakie może zawniekskować Ubezpieczony spełniający Kryterium Kwalifikacji do określonej Grupy Branżowej lub które po spełnieniu Kryterium Przynależności przez Ubezpieczonego zostaną mu zaproponowane w celu zawarcia kolejnej Umowy Ubezpieczenia;
- 13) **Koszt Ochrony Ubezpieczeniowej** – ustalana przez Towarzystwo w sposób przewidziany w OWU łączna składka, przeznaczana na zapewnienie Ochrony Ubezpieczeniowej przewidzianej w Umowie Ubezpieczenia dla osoby należącej do Grupy Branżowej, obliczana zgodnie z aktuarialną taryfą składek, zasadami matematyki ubezpieczeniowej oraz zakresem i wysokością Ochrony Ubezpieczeniowej, określona w taki sposób, aby zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań wynikających z Umowy Ubezpieczenia, z uwzględnieniem zawieszzeń lub ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa mających miejsce w okresach karencji, a także pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej przez Towarzystwo;
- 14) **Kryterium Kwalifikacji** – przedstawiony w aktualnie obowiązującym Katalogu, w części dotyczącej danej Grupy Branżowej, dedykowanym danej Grupie Branżowej zbiór wymagań, które w dniu sporządzania Wniosku musi spełniać osoba wnioskująca o zawarcie pierwszej Umowy Ubezpieczenia;
- 15) **Kryterium Przynależności** – przedstawiony w aktualnie obowiązującym Katalogu, w części dotyczącej danej Grupy Branżowej, zbiór wymagań, które w dniu kończącym daną Umowę Ubezpieczenia musi spełniać osoba zamierzająca zawrzeć kolejną Umowę Ubezpieczenia;
- 16) **Leczenie Szpitalne** – trwający nieprzerwanie nie mniej niż cztery dni pobyt Ubezpieczonego w szpitalu znajdującym się na terytorium kraju należącego obecnie lub w przeszłości do Unii Europejskiej lub na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanu, podczas którego został on poddany leczeniu uzasadnionemu jego stanem zdrowia, z wyłączeniem:
 - a) pobytu na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz oddziale rehabilitacyjnym;oraz
 - b) pobytu związanego z ciążą, porodem lub położeniem, chyba że przedmiotem Hospitalizacji było zagrażające lub zaistniałe poronienie albo ciąża pozamaciczna,oraz
 - c) pobytu związanego z leczeniem chorób wyłączonych z zakresu odpowiedzialności Towarzystwa.W rozumieniu niniejszych warunków ogólnych dzień pobytu w szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, przy czym za pierwszy przyjmuje się dzień rejestracji a za ostatni dzień wypisu ze szpitala;
- 17) **Leczenie Szpitalne Dziecka** – trwający nieprzerwanie nie mniej niż cztery dni pobyt Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu znajdującym się na terytorium kraju należącego obecnie lub w przeszłości do Unii Europejskiej lub na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanu, podczas którego został on poddany leczeniu uzasadnionemu jego stanem zdrowia, z wyłączeniem:
 - a) pobytu na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz oddziale rehabilitacyjnym;oraz
 - b) pobytu związanego z ciążą, porodem lub położeniem, chyba że przedmiotem Hospitalizacji było zagrażające lub zaistniałe poronienie albo ciąża pozamaciczna,oraz
 - c) pobytu związanego z leczeniem chorób wyłączonych z zakresu odpowiedzialności Towarzystwa.

W rozumieniu niniejszych warunków ogólnych dzień pobytu w szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, przy czym za pierwszy przyjmuje się dzień rejestracji a za ostatni dzień wypisu ze szpitala;

18) **Leczenie Szpitalne Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – trwający nieprzerwanie nie mniej niż cztery dni, spowodowany Nieszczęśliwym Wypadkiem, pobyt Ubezpieczonego w szpitalu znajdującym się na terytorium kraju należącego obecnie lub w przeszłości do Unii Europejskiej, lub na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanu, z wyłączeniem:

- a) pobytu na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz oddziale rehabilitacyjnym, oraz
 - b) pobytu związanego z ciążą, porodem lub położeniem, chyba że przedmiotem Hospitalizacji było zagrażające lub zaistniałe poronienie albo ciąża pozamaciczna,
- oraz
- c) pobytu związanego z leczeniem chorób wyłączonych z zakresu odpowiedzialności Towarzystwa.

W rozumieniu niniejszych warunków ogólnych dzień pobytu w szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, przy czym za pierwszy przyjmuje się dzień rejestracji a za ostatni dzień wypisu ze szpitala;

19) **Lista Schorzeń Kluczowych** – lista będąca podstawą oceny ryzyka ubezpieczeniowego obejmująca następujące choroby: nowotwór złośliwy (w tym: białaczka, chłoniak złośliwy, ziarnica złośliwa, złośliwe nowotwory szpiku kostnego), nadciśnienie tętnicze, zawał serca, choroba aorty piersiowej, choroba aorty brzusznej, wady i choroby serca, przewlekła niewydolność układu krążenia, miażdżycza tętnic, białowięć mózgu, ropień mózgu, nowotwór łagodny mózgu, tętniak mózgu udar mózgu, cukrzyca, padaczka, choroby nerek z wyłączeniem kamicy nerkowej, choroby wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki, choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodzące zapalenie jelita grubego, zator tętnicy płucnej, przewlekła obturacyjna choroba płuc, astma oskrzelowa, rozedma, gruźlica płuc, stwardnienie rozsiane, choroba Alzheimera i inne zespoły otępienne, choroba Parkinsona, inna choroba demielinizacyjna, dystrofia mięśniowa, niedowład, choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne), zaburzenia psychiczne, toczeń rumieniowaty układowy, dyskopatia i/lub zmiany wyrodnieniowe kręgosłupa i wynikające z nich powikłania, zmiany wyrodnieniowe stawów biodrowych, kolanowych, reumatoidalne zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, borelioza i wynikające z niej powikłania, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu oraz bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rzemiowych, zakażenie wirusem HIV, tężec, twardzina układowa, choroba alkoholowa, uzależnienie od substancji psychoaktywnych, wada wzroku w obu oczach powyżej 7 dioptrii, jaskra, zaćma, zwyrodnienie lub odwarstwienie siatkówki, stożek rogówki

20) **Małżonek** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;

21) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu odpowiednio Ubezpieczonego lub Członka Rodziny, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli odpowiednio Ubezpieczonego lub Członka Rodziny;

22) **Nieszczęśliwy Wypadek przy Pracy** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka i nastąpiła w związku ze świadczeniem przez odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka pracy w ramach istniejącego w chwili zadziałania tej przyczyny zatrudnienia Ubezpieczonego lub Małżonka na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub kontraktu menedżerskiego. Nieszczęśliwym Wypadkiem przy Pracy nie jest Nieszczęśliwy Wypadek mający miejsce w drodze z domu do pracy i z pracy do domu;

23) **Nowonarodzone Dziecko** – Dziecko własne Ubezpieczonego lub Dziecko przysposobione Ubezpieczonego, pozostające pod jego władzą rodzicielską, z tytułu urodzenia którego zostało wypłacone Ubezpieczonemu świadczenie wynikające z ubezpieczenia ryzyka urodzenia Dziecka;

24) **Ochrona Ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Towarzystwa do wypłaty – w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego przewidzianego w Umowie Ubezpieczenia – świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości i na warunkach wynikających z Umowy Ubezpieczenia. Ochrona Ubezpieczeniowa obejmuje pierwszą Umowę Ubezpieczenia oraz kolejne Umowy Ubezpieczenia, jeżeli zostaną zawarte pomiędzy Towarzystwem i Ubezpieczającym;

25) **Oddział Intensywnej Terapii (OIT)** – wyodrębniony organizacyjnie w ramach struktur wewnętrznych szpitala oddział, na wyposażeniu którego

znajduje się specjalistyczna aparatura umożliwiająca stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych pacjentów oraz podjęcie niezbędnych czynności zastępczych w przypadku zaistnienia niewydolności narządów lub układów ustroju;

26) **Ośrodek Rehabilitacji** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest prowadzenie zabiegów Rehabilitacji leczniczej w trybie ambulatoryjnym i stacjonarnym, w szczególności do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający wykwalifikowanych rehabilitantów i przynajmniej jednego lekarza, przy czym pojęcie „Ośrodek Rehabilitacji” nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka wypoczynkowego ani jakiegokolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień; Ośrodkiem Rehabilitacyjnym może być szpitalny oddział rehabilitacyjny (oddział Rehabilitacji ogólnoustrojowej, neurologicznej);

27) **OWU, Ogólne Warunki Ubezpieczenia** – niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wraz z załącznikami;

28) **Partner** – osoba niespokrewniona z Ubezpieczonym i wskazana przez Ubezpieczonego we Wniosku, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku nieformalnym prowadząc wspólne gospodarstwo domowe. W jednym czasie ochroną może być objęty tylko jeden Partner Ubezpieczonego. Odwołanie przez Ubezpieczonego wskazania danej osoby jako Partnera jest możliwe w każdym czasie, zaś wskazanie przez Ubezpieczonego nowego Partnera jest możliwe od daty zawarcia kolejnej Umowy Ubezpieczenia;

29) **Platforma Internetowa Towarzystwa** – system informatyczny Towarzystwa, umożliwiający Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu dokonanie określonych czynności związanych z zawarciem i wykonywaniem Umowy Ubezpieczenia;

30) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia. Polisa może być sporządzona w formie elektronicznej;

31) **Poważne Zachorowanie** – schorzenie przewidziane w: Tabeli Poważnych Zachorowań zamieszczonej w § 21 ust. 4.1, w Tabeli Poważnych Zachorowań zamieszczonej w § 42 ust. 1.2 oraz w Tabeli Poważnych Zachorowań zamieszczonej w § 49 ust. 4.4;

32) **Poważny Stan Chorobowy** – kardiologiczny lub neurologiczny problem zdrowotny Ubezpieczonego, polegający na wystąpieniu poważnej choroby zawartej i zdefiniowanej w Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych w § 23 ust. 4.1 albo na konieczności przeprowadzenia w warunkach szpitalnych na rzecz Ubezpieczonego postępowania medycznego wymienionego w ww. Tabeli;

33) **Rehabilitacja (leczenie rehabilitacyjne)** – proces przeprowadzony po Leczeniu Szpitalnym związanym: z zawałem serca lub operacją serca (Rehabilitacja kardiologiczna), albo z udarem mózgu (Rehabilitacja neurologiczna), albo z uszkodzeniem narządu ruchu wskutek wypadku (Rehabilitacja ortopedyczna), na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza prowadzącego Leczenie Szpitalne Ubezpieczonego, stanowiący integralną część Leczenia Szpitalnego, który ma na celu zmniejszenie fizycznych i psychicznych następstw choroby lub wypadku oraz przywrócenie Ubezpieczonego do pełnej lub maksymalnej sprawności fizycznej lub psychicznej, przeprowadzony w ośrodku rehabilitacyjnym,

34) **Rekonwalescencja** – trwający nieprzerwanie co najmniej 14 (czternaście) dni pobyt Ubezpieczonego lub Małżonka na zwolnieniu lekarskim wydanym Ubezpieczonemu lub Małżonkowi po zakończeniu Leczenia Szpitalnego przez Szpital, w którym odbywało się to leczenie;

35) **Rehabilitacja Nowonarodzonego Dziecka** – zaordynowane przez lekarza prowadzącego leczenie zabiegi medyczne, które mają na celu zmniejszenie fizycznych i psychicznych następstw choroby Nowonarodzonego Dziecka oraz przywrócenie go do pełnej lub maksymalnej sprawności fizycznej lub psychicznej, przeprowadzone w ośrodku Rehabilitacji, które rozpoczęły się w ciągu 12 pierwszych miesięcy życia tego dziecka i zostały wykonane w trybie stacjonarnym (to jest wymagającym całodobowego pobytu we wspomnianym ośrodku) albo w trybie dzielnym (to jest nie wymagającym całodobowego pobytu w takim ośrodku);

36) **Rodzic** – rodzic naturalny Ubezpieczonego lub Małżonka, o ile do dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia nie został pozbawiony władzy rodzicielskiej, osoba która przysposobiła Ubezpieczonego lub Małżonka, jak również osoba, która od dnia rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej jej w ramach Umowy Ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych warunków ogólnych do dnia jej wygaśnięcia pozostawała w związku małżeńskim z rodzicem naturalnym Ubezpieczonego lub Małżonka albo osobą, która przysposobiła Ubezpieczonego lub Małżonka; jeżeli jednak w okresie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej nastąpił zgon rodzica naturalnego Ubezpieczonego lub rodzica naturalnego Małżonka albo osoby, która przysposobiła Ubezpieczonego lub Małżonka, wymóg pozostawania w związku małżeńskim dotyczy okresu do daty zgonu; dodatkowo, rodzic to osoba, której status cywilny (wdowa/wdowiec) uzyskany po tej dacie nie zmienił się w okresie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, o której mowa wyżej;

- 37) **Rok Ubezpieczenia** – roczny okres rozpoczynający się w dniu zawarcia danej Umowy Ubezpieczenia lub w przypadające w następnych latach kalendarzowych dni oznaczone tą samą datą dzienną; jeżeli datą zawarcia danej Umowy Ubezpieczenia jest dzień 29 lutego, druga i kolejne roczne Umowy Ubezpieczenia rozpoczynają się ostatniego dnia miesiąca lutego;
- 38) **Suma Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Ubezpieczonego** – wynikająca z Umowy Ubezpieczenia kwota, którą na warunkach określonych w OWU Towarzystwo zobowiązane jest zapłacić w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
- 39) **Szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, albo podmiot leczniczy wykonujący zabiegi chirurgii jednego dnia, co najmniej w zakresie dotyczącym postępowania medycznego wykonanego na rzecz Ubezpieczonego lub Członka Rodziny; Szpitalem w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia nie jest jednak ośrodek opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek Rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, ani zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym w szczególności szpital uzdrowiskowy lub szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny;
- 40) **Śmierć Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – Śmierć Dziecka będąca następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli śmierć ta nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku;
- 41) **Śmierć Rodzica wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – Śmierć Rodzica będąca następstwem Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli śmierć ta nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku;
- 42) **Śmierć Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Śmierć Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy, Śmierć Małżonka wskutek Wypadku Komunikacyjnego** – Śmierć Małżonka będąca następstwem odpowiednio Nieszczęśliwego Wypadku, Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy lub Wypadku Komunikacyjnego, jeżeli nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty tego zdarzenia;
- 43) **Śmierć Małżonka wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu** – Śmierć Małżonka będąca następstwem Zawału Serca lub Udaru Mózgu, jeżeli nastąpiła w ciągu trzydziestu dni od daty odpowiednio Zawału Serca lub Udaru Mózgu oraz w karcie zgonu lub innym dokumencie wystawionym przez instytucję uprawnioną do stwierdzenia przyczyny zgonu Zawał Serca lub Udar Mózgu został wskazany jako pierwotna (wyjściowa) albo bezpośrednia przyczyna zgonu;
- 44) **Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy, Śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego** – śmierć Ubezpieczonego będąca następstwem odpowiednio Nieszczęśliwego Wypadku, Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy lub Wypadku Komunikacyjnego jeżeli nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty tego zdarzenia;
- 45) **Śmierć Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu** – śmierć Ubezpieczonego będąca następstwem Zawału Serca lub Udaru Mózgu, jeżeli nastąpiła w ciągu trzydziestu dni od daty odpowiednio Zawału Serca lub Udaru Mózgu oraz w karcie zgonu lub innym dokumencie wystawionym przez instytucję uprawnioną do stwierdzenia przyczyny zgonu Zawał Serca lub Udar Mózgu został wskazany jako pierwotna (wyjściowa) albo bezpośrednia przyczyną zgonu Ubezpieczonego.
- 46) **Świadczenie Ryczałtowe** – świadczenie z tytułu dodatkowego zdarzenia typu 1;
- 47) **Świadczenie Lekowe** – świadczenie z tytułu dodatkowego zdarzenia typu 2;
- 48) **Towarzystwo** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie;
- 49) **Trwały Uszczerbek na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – wszelkiego rodzaju utrwalone objawy, zmniejszenie sprawności poszczególnych narządów lub organów, brak części organizmu oraz wszelkie zaburzenia czynności całego organizmu w wyniku ubytków morfologicznych lub zaburzeń jego budowy, będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli wymienione dolegliwości wystąpiły w ciągu stu osiemdziesięciu dni od Nieszczęśliwego Wypadku; w rozumieniu niniejszych warunków ogólnych za Trwały Uszczerbek na Zdrowiu nie uważa się utraty możliwości wykonywania wyuczonych przez Ubezpieczonego, Małżonka lub Dziecko umiejętności, czynności lub zawodu;
- 50) **Trwały Uszczerbek na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu** – trwałe zmniejszenie sprawności poszczególnych narządów oraz wszelkie zaburzenia czynności całego organizmu, będące następstwem Zawału Serca lub Udaru Mózgu, jeżeli wymienione objawy wystąpiły w ciągu stu osiemdziesięciu dni od odpowiednio Zawału Serca lub Udaru Mózgu; w rozumieniu niniejszych warunków ogólnych za Trwały Uszczerbek na Zdrowiu nie uważa się utraty możliwości wykonywania wyuczonych przez Ubezpieczonego lub Małżonka umiejętności, czynności lub zawodu;
- 51) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, która zawiera z Towarzystwem umowę ubezpieczenia;
- 52) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna objęta Ochroną Ubezpieczeniową, będąca jednocześnie ubezpieczającym;
- 53) **Udar Mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - nagle wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu;
 - obecność ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres co najmniej 3 miesięcy od chwili rozpoznania schorzenia;
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla schorzenia w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI);
- 54) **Umowa Ubezpieczenia lub umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWU; pojęcie to obejmuje pierwszą Umowę Ubezpieczenia oraz kolejne Umowy Ubezpieczenia, jeżeli zostaną zawarte pomiędzy Towarzystwem i Ubezpieczającym;
- 55) **Uposażony** – osoba uprawniona do otrzymania, na warunkach opisanych w OWU, świadczenia przewidzianego na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
- 56) **Uposażony Zastępczy** – osoba uprawniona do otrzymania na warunkach opisanych w OWU, świadczenia przewidzianego na wypadek śmierci Ubezpieczonego w sytuacji, gdy w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonego;
- 57) **Urodzenie Dziecka Wymagającego Wzmoczonej Opieki Medycznej** – urodzenie Dziecka, które:
 - uzyskało mniej niż 8 punktów w skali APGAR, lub
 - urodziło się przedwcześnie, tj. przed końcem 36. tygodnia ciąży, lub
 - miało urodzeniową masę ciała nie przekraczającą 2499 g, lub
 - u którego stwierdzono Wadę Wrodzoną;
- 58) **Wada Wrodzona** – anatomiczne i funkcjonalne nieprawidłowości występujące w obrębie tkanek lub narządów, nabyte w okresie życia płodowego, zdiagnozowane do ukończenia przez Dziecko 12-ego miesiąca życia;
- 59) **Wniosek** – deklaracja woli zawarcia Umowy Ubezpieczenia. Wniosek może mieć formę pisemną albo formę elektroniczną, w szczególności Towarzystwo może udostępnić możliwość złożenia Wniosku za pośrednictwem Platformy Internetowej Towarzystwa;
- 60) **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
- 61) **Wypadek Komunikacyjny** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę mającą związek z ruchem pojazdu drogowego lub szynowego lub statku wodnego lub powietrznego i niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Ubezpieczonego;
- 62) **Wypadek Komunikacyjny przy Pracy** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę mającą związek z ruchem pojazdu drogowego lub szynowego lub statku wodnego lub powietrznego i niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej niezależnie od woli Ubezpieczonego i nastąpiła w związku ze świadczeniem przez Ubezpieczonego pracy w ramach istniejącego w chwili zadziałania tej przyczyny zatrudnienia Ubezpieczonego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub kontraktu menedżerskiego, a w przypadku, gdy Ochroną Ubezpieczeniową objęty jest Małżonek albo Partner – w związku ze świadczeniem przez tę osobę pracy na podstawie istniejącego w chwili zadziałania tej przyczyny zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub kontraktu menedżerskiego. Wypadkiem komunikacyjnym przy pracy nie jest wypadek mający miejsce w drodze z domu do pracy i z pracy do domu;
- 63) **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi, lub rajdy, lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjali-

- stycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
- 64) **Zawodowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
- w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy
- lub
- w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy
- lub
- uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych;
- 64) **Zawał Serca** – dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniami dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – rozpoznana w oparciu o stwierdzenie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistnieniem co najmniej jednego z poniższych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- typowe objawy schorzenia w postaci bólu w klatce piersiowej;
 - jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;
- 65) **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – zdarzenie, które jest przedmiotem ubezpieczenia w Umowie Ubezpieczenia.
- 66) **Zestaw** – Lista ryzyk objętych Ochroną Ubezpieczeniową wymieniona w Katalogu, zawierająca sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia poszczególnych ryzyk.

§ 2.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

- Umowa Ubezpieczenia zawierana jest na czas określony jednego roku. Umowa Ubezpieczenia może zostać odnowiona (zawarta na kolejny roczny okres ubezpieczenia) na zasadach określonych w OWU oraz w Zestawie bądź Zestawach Ochrony Ubezpieczeniowej dostępnych dla danej Grupy Branżowej, zgodnie z aktualnym Katalogiem.
- Ubezpieczonym może być wyłącznie Ubezpieczający spełniający Kryterium Kwalifikacji do Grupy Branżowej określone w aktualnym Katalogu.
- Pierwsza Umowa Ubezpieczenia na rzecz danego Ubezpieczonego zawierana jest w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Składając Wniosek Ubezpieczający wybiera Zestaw bądź Zestawy, przedstawione w aktualnie obowiązującym Katalogu, w części dotyczącej danej Grupy Branżowej.
- Składając Wniosek Ubezpieczający opłaca składkę odpowiadającą wybranemu Zestawowi lub Zestawom.
- Przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia Towarzystwo może zażądać, aby Ubezpieczony poddał się wskazanym badaniom lekarskim, z wyłączeniem badań genetycznych, które zostaną wykonane na koszt Towarzystwa, z zastrzeżeniem zdania ostatniego. Towarzystwo może ponadto zażądać przedłożenia zaświadczeń i wyników badań potwierdzających stan zdrowia Ubezpieczonego oraz udzielenia wszelkich informacji uznanych przez nie za niezbędne w celu oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony wystąpił z wnioskiem o udostępnienie wyników badań lekarskich, o których mowa powyżej i Umowa Ubezpieczenia nie została zawarta wskutek rezygnacji którejśkolwiek z tych osób z jej zawarcia, Towarzystwo ma prawo do potrącenia z wpłaconej składki ubezpieczeniowej kosztów tych badań.
- Umowę Ubezpieczenia uważa się za zawartą na warunkach zgodnych z treścią Wniosku z chwilą doręczenia Ubezpieczającemu Polisy, stanowiącej oświadczenie woli Towarzystwa o przyjęciu jego oferty. Przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczający i Ubezpieczony składają Towarzystwu oświadczenia, upoważnienia i deklaracje wymagane treścią Wniosku.
- W wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo może odmówić zawarcia Umowy Ubezpieczenia albo zaproponować Ubezpieczającemu jej zawarcie na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego Wniosku (kontroferta). Złożenie kontroferty następuje poprzez doręczenie Ubezpieczającemu Polisy wraz z informacją o postanowieniach Umowy Ubezpieczenia odbiegających od treści Wniosku. Jednocześnie Towarzystwo wyznaczy Ubezpieczającemu przynajmniej 7 (siedmio-) dniowy termin do wniesienia sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu uważa się, iż kontroferta Towarzystwa została przyjęta, a Umowa Ubezpieczenia została zawarta zgodnie z warunkami zaproponowanymi przez Towarzystwo, w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do wniesienia sprzeciwu. W razie wniesienia sprzeciwu Umowę Ubezpieczenia uważa się za niezawartą.
- Do czasu doręczenia Polisy Ubezpieczający może cofnąć złożoną Towarzystwu ofertę. W przypadku, gdy Ubezpieczający skutecznie cofnie ofertę zawarcia Umowy Ubezpieczenia Towarzystwo obowiązane jest zwrócić wpłaconą przez niego składkę w wysokości nominalnej w terminie nie dłuższym niż trzydzieści dni od dnia otrzymania oświadczenia Ubezpieczającego o cofnięciu oferty. Jeżeli Towarzystwo odmówi zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub gdy Ubezpieczający nie przyjmie kontroferty Towarzystwa, postanowienie zdania poprzedzającego stosuje się odpowiednio.
- Z zastrzeżeniem ust. 14, nie później niż na 30 dni przed ostatnim dniem okresu obowiązywania danej Umowy Ubezpieczenia, Towarzystwo przedstawi Ubezpieczającemu propozycję zawarcia kolejnej Umowy Ubezpieczenia i tym samym przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej na rzecz Ubezpieczonego na kolejny roczny okres, zgodnie z aktualnym Katalogiem, w części dotyczącej Zestawów Ochrony Ubezpieczeniowej dla danej Grupy Branżowej.
- W celu przyjęcia oferty Towarzystwa, o której mowa w ust. 11 i zawarcia Umowy Ubezpieczenia na kolejny roczny okres obowiązywania, Ubezpieczający zobowiązany jest potwierdzić spełnienie przez Ubezpieczonego Kryterium Przynależności do Grupy Branżowej i opłacić składkę wskazaną w ofercie Towarzystwa.
- Towarzystwo może również podjąć decyzję o nie składaniu Ubezpieczającemu propozycji zawarcia kolejnej Umowy Ubezpieczenia i nie przedłużaniu Ochrony Ubezpieczeniowej na kolejny roczny okres. W takim przypadku Towarzystwo informuje o tym fakcie Ubezpieczającego nie później niż 30 dni przed ostatnim dniem okresu obowiązywania danej Umowy Ubezpieczenia.
- Z zastrzeżeniem zdania następnego oraz ust. 14, każda propozycja Towarzystwa, dotycząca przedłużenia Umowy Ubezpieczenia na kolejny roczny okres, będzie zawierała Zestawy, które, obowiązywały w Umowie Ubezpieczenia ją poprzedzającej. Zakres Ochrony Ubezpieczeniowej wynikającej z poszczególnych Zestawów będzie zgodny z aktualnym Katalogiem. W przypadku ukończenia przez Ubezpieczonego pięćdziesiątego piątego roku życia w trakcie trwania danej Umowy Ubezpieczenia albo w pierwszym dniu kolejnej Umowy Ubezpieczenia, propozycja Towarzystwa przedłużenia umowy na ten kolejny roczny okres może zawierać zmianę zakresu ubezpieczenia i wysokości sum ubezpieczenia.
- Okresowo Towarzystwo może aktualizować Katalog przez:
 - zmianę kosztu poszczególnych Zestawów;
 - rozszerzenie zakresu Ochrony Ubezpieczeniowej poprzez dodanie do istniejących Zestawów nowych ryzyk ubezpieczeniowych lub zwiększenie wysokości sum ubezpieczenia;
 - zmniejszenie zakresu Ochrony Ubezpieczeniowej przez usunięcie z istniejących Zestawów określonych ryzyk ubezpieczeniowych lub zmniejszenie wysokości sum ubezpieczenia;
 - dobudowanie nowych Zestawów dostępnych dla danej Grupy Branżowej.
- W przypadku aktualizacji Katalogu w trakcie Roku Ubezpieczenia, propozycja Towarzystwa, dotycząca przedłużenia Umowy Ubezpieczenia na kolejny roczny okres, będzie zawierała zaktualizowany zakres ubezpieczenia zgodnie z aktualnym Katalogiem. W takim przypadku w odniesieniu do ryzyk wcześniej nie włączonych do zakresu ubezpieczenia, obowiązują 180-dniowy okres karencji dotyczący zdarzeń nie będących następstwem nieszczęśliwego wypadku.
- Nie wcześniej niż w piątą rocznicę zawarcia Umowy Ubezpieczenia po raz pierwszy, a następnie nie częściej niż raz na pięć lat, przy przedłużaniu Umowy Ubezpieczenia na kolejny rok trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, Ubezpieczający może wnioskować o zmianę zakresu ubezpieczenia, w szczególności o rozszerzenie jej o kolejny Zestaw dostępny dla danej Grupy Branżowej. W takim przypadku, w odniesieniu do ryzyk wcześniej nie włączonych do zakresu ubezpieczenia, obowiązują okres karencji przewidziany dla danego ryzyka, liczony od dnia objęcia Ubezpieczonego Ochroną Ubezpieczeniową w zakresie danego ryzyka po raz pierwszy.
- W przypadku wnioskowania o rozszerzenie zakresu ubezpieczenia lub podwyższenie sum ubezpieczenia, Towarzystwo może wymagać wypełnienia kwestionariusza medycznego oraz złożenia oświadczeń dotyczących stanu zdrowia. Wynikiem oceny stanu zdrowia może być brak zgody na wprowadzenie zmian, o które wnioskował Ubezpieczony.

§ 3.

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA I OKRESY OGRANICZONEJ OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty – w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w Umowie Ubezpieczenia – świadczenia ubezpieczeniowego na warunkach i w wysokości wskazanych w Umowie Ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia przewiduje okresy karencji, tj. zawieszony lub ograniczonej Ochrony Ubezpieczeniowej, w czasie których przysługująca Ubezpieczonemu Ochrona Ubezpieczeniowa w zakresie określonych Zdarzeń Ubezpieczeniowych jest ograniczona do wypadkowego charakteru zdarzenia ubezpieczeniowego, ograniczona w zakresie wysokości sum ubezpieczenia albo całkowicie wyłączona. Okresy te rozpoczynają się w dniu objęcia Ubezpieczonego Ochroną Ubezpieczeniową w zakresie danego ryzyka po raz pierwszy i trwają przez czas wskazany w Umowie Ubezpieczenia. Okresy karencji nie mają zastosowania w przypadku zawierania Umowy Ubezpieczenia na kolejny roczny okres następujący bezpośrednio po zakończeniu poprzedniej Umowy Ubezpieczenia, za wyjątkiem sytuacji kiedy następuje zmiana zakresu ubezpieczenia lub wysokości sum ubezpieczenia.
3. W przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych, dla których Umowa Ubezpieczenia przewiduje karencje, Koszt Ochrony Ubezpieczeniowej jest kalkulowany adekwatnie do ograniczonej w tym okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

§ 4.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia w Umowie Ubezpieczenia są życie i zdrowie Ubezpieczonego. Przedmiotem ubezpieczenia w Umowie Ubezpieczenia może być również życie i zdrowie Członków Rodziny.
2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia potwierdza Polisa doręczana Ubezpieczającemu przez Towarzystwo.

§ 5.

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Pierwszy dzień okresu ubezpieczenia jest wskazany w Polisie, a ostatnim dniem okresu ubezpieczenia jest dzień rozwiązania Umowy Ubezpieczenia.
2. Ochrona Ubezpieczeniowa w ramach zawartej Umowy Ubezpieczenia przysługuje Ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od następnego dnia po zaplaceniu pierwszej składki.
3. Ostatnim dniem przysługującej Ubezpieczonemu Ochrony Ubezpieczeniowej jest dzień:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) rozwiązania Umowy Ubezpieczenia;
 - 3) kończący Rok Ubezpieczenia, w trakcie którego Ubezpieczony ukończył siedemdziesiąty rok życia;
 - 4) kończący Rok Ubezpieczenia jeśli data siedemdziesiątych urodzin Ubezpieczonego przypada w dniu następnym;
 - 5) kończący Rok Ubezpieczenia, jeśli w pierwszym dniu kolejnego okresu Ubezpieczony nie spełnia Kryterium Przynależności do Grupy Branżowej;
 - 6) ostatni dzień ostatniego okresu, za który została opłacona składka, w przypadku nieopłacenia zaległej składki w dodatkowym, wyznaczonym przez Towarzystwo, terminie.

§ 6.

SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę Ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane. Obowiązki określone w zdaniach poprzedzających dotyczą zarówno Ubezpieczającego, jak i Ubezpieczonego, jeżeli umowa jest zawierana na cudzy rachunek.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi po upływie trzech lat od dnia rozpoczęcia przysługującej mu Ochrony Ubezpieczeniowej, Towarzystwo w tym zakresie nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy Ubezpieczenia podano informacje nieprawdziwe.
4. Wnosząc o zmianę zakresu ubezpieczenia lub podwyższenie sum ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzy-

stwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało we wniosku o zmianę w Umowie Ubezpieczenia lub w innych pismach przed rozpatrzeniem wniosku o zmianę w Umowie Ubezpieczenia.

5. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 4, odpowiedzialność Towarzystwa za skutki tych okoliczności jest ograniczona do zakresu ubezpieczenia i wysokości sumy ubezpieczenia sprzed dokonania zmian w Umowie Ubezpieczenia.
6. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi po upływie trzech lat od dnia wprowadzenia wnioskowanej zmiany zakresu przysługującej mu Ochrony Ubezpieczeniowej, Towarzystwo w tym zakresie nie może podnieść zarzutu, że przy wnioskowaniu o zmianę zakresu Umowy Ubezpieczenia podano informacje nieprawdziwe.

§ 7.

WYSOKOŚĆ I TERMINY ZAPŁATY SKŁADKI

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz Towarzystwa składkę ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia, w wysokości i z częstotliwością oznaczoną w Umowie Ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej odpowiada łącznemu Kosztowi Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Umowy Ubezpieczenia. Wysokość Kosztu Ochrony Ubezpieczeniowej jest niezmienna w trakcie trwania danej rocznej Umowy Ubezpieczenia. Zmiana wysokości tego kosztu może nastąpić dopiero w ramach zawierania Umowy Ubezpieczenia na kolejny roczny okres ubezpieczenia.
3. Składka ubezpieczeniowa płatna jest cyklicznie przez cały okres trwania Umowy Ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia może określać miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną częstotliwość opłacania składki ubezpieczeniowej. W zależności od wybranej częstotliwości opłacania składki, należna jest ona odpowiednio za miesięczne, kwartalne, półroczne lub roczne okresy ubezpieczenia.
4. Za wyjątkiem pierwszej składki, wpłata składki ubezpieczeniowej wymagana jest nie później, niż na 14 dni przed dniem stanowiącym początek okresu, za który jest wymagana.
5. W przypadku przekroczenia terminu wymagalności wpłaty składki, o którym mowa w ust. 4, o ponad 14 dni od pierwszego dnia okresu, za który ta składka była należna następuje zawieszenie Ochrony Ubezpieczeniowej. Po wznowieniu opłacania składki następuje przywrócenie Ochrony Ubezpieczeniowej od pierwszego dnia okresu, o którym mowa w ust. 3, po dacie opłacenia składki. W przypadku ponownego przyznania Ochrony Ubezpieczeniowej po okresie jej zawieszenia, Ochrona Ubezpieczeniowa jest ograniczona w taki sam sposób i w takim samym okresie jak przy zawieraniu Umowy Ubezpieczenia po raz pierwszy.
6. W przypadku przekroczenia terminu wymagalności wpłaty składki, o którym mowa w ust. 4, Towarzystwo ma prawo wezwać Ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki, wyznaczając mu dodatkowy, przynajmniej siedmiodniowy termin na zapłacenie tej składki, licząc od dnia otrzymania przez niego wezwania Towarzystwa. Jeżeli składka nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie wyznaczonym przez Towarzystwo, Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem tego terminu.

§ 8.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa Ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach:
 - 1) odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy Ubezpieczenia w terminie trzydziestu dni licząc od późniejszego z następujących dni: dnia doręczenia Polisy lub dnia, w którym Ubezpieczający dowiedział się o tym prawie. W takim przypadku Ochrona Ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli Ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim Towarzystwo udzielało Ochrony Ubezpieczeniowej;
 - 2) wypowiedzenia dokonanego przez Ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 3;
 - 3) śmierci Ubezpieczonego – z dniem zajścia tego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) upływu okresu na jaki została zawarta i nie zawarciu kolejnej;
 - 5) upływu okresu wyznaczonego na opłacenie składki, liczonego od dnia otrzymania przez Ubezpieczonego wezwania do zapłaty – w przypadku braku zapłaty tej składki.
2. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu wpłacone do dnia odstąpienia składki w wysokości nominalnej po ich pomniejszeniu o Koszt Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej w tym okresie. Składki zwracane są w złotych polskich przelewem bankowym.

3. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia w każdym czasie. Umowa Ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia.

§ 9.

KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

1. W terminie trzech miesięcy od dnia wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej w wyniku zajścia zdarzenia, o którym mowa w § 5 ust. 3 pkt 5, Ubezpieczony może złożyć Towarzystwu wnioszek o zawarcie odrębnej umowy ubezpieczenia zaproponowanej uprzednio przez Towarzystwo jako kontynuacja ubezpieczenia. Powyższe uprawnienie nie przysługuje Ubezpieczonemu, który w chwili zajścia tego zdarzenia był objęty Ochroną Ubezpieczeniową krócej niż dwanaście kolejnych miesięcy kalendarzowych.
2. Towarzystwo oświadcza, że zawarcie odrębnej umowy ubezpieczenia, o której mowa w ustępie poprzedzającym, nastąpi na podstawie obowiązujących w tym czasie warunków ogólnych ubezpieczenia zaproponowanego uprzednio przez Towarzystwo i nie będzie wymagało przedstawiania dowodów odnośnie stanu zdrowia Ubezpieczonego wyłącznie w przypadku, gdy zakres oraz wysokość Ochrony Ubezpieczeniowej przekroczy zakresu i wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej uprzednio Ubezpieczonemu w ramach Umowy Ubezpieczenia.

§ 10.

DOBRE OBYCZAJE

Z uprawnień do ustalania wysokości Kosztu Ochrony Ubezpieczeniowej Towarzystwo nie będzie korzystało godząc w dobre obyczaje, ani w inny sposób, który postanowienia uprawniające Towarzystwo do stosownych ustaleń czyniłby niedozwolonymi.

§ 11.

OŚWIADCZENIA WOLI

1. Oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia przewidziane w OWU i składane w związku z zawarciem i wykonaniem Umowy Ubezpieczenia wymagają formy pisemnej lub innej formy uzgodnionej z Towarzystwem.
2. Wszelkie dokumenty, których przekazanie Towarzystwu zgodnie z OWU jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. Zagraniczne dokumenty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie ich braku – przez polską placówkę dyplomatyczną.
3. Pisma Towarzystwa są kierowane pod ostatni znany Towarzystwu adres Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.

§ 12.

PRAWO WŁAŚCIWE, SĄD WŁAŚCIWY

1. Prawem właściwym dla Umowy Ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
3. Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla ostatniego miejsca zamieszkania spadkobiercy: Ubezpieczonego, Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.

§ 13.

ROZPATRYWANIE REKLAMACJI

1. Przez reklamacje, w tym skargi i zażalenia, rozumie się wystąpienia skierowane do Towarzystwa przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest Zarząd Towarzystwa lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Towarzystwa.
3. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście, w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce albo przesyłką pocztową (w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe),
 - 2) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce,
 - 3) w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej – na adres mailowy wskazany na stronie internetowej Towarzystwa.
4. Złożenie reklamacji niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenia, umożliwi Towarzystwu rzetelne i efektywne jej rozpatrzenie. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu

rozpatrzenia reklamacji, zgłaszający ją powinien podać dane osobowe i kontaktowe umożliwiające jego identyfikację, zwłaszcza: imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer PESEL.

5. Na żądanie zgłaszającego reklamację, wyrażone w jej treści, osobie tej przekazywane jest potwierdzenie faktu jej złożenia. W zależności od złożonej dyspozycji, potwierdzenie takie przekazywane jest osobiście w siedzibie Towarzystwa, pisemnie lub za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
6. O sposobie rozpatrzenia reklamacji Towarzystwo powiadomi osobę, która ją zgłosiła – w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji (w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych). Na wniosek zgłaszającego reklamację Towarzystwo udzieli odpowiedzi pocztą elektroniczną.
7. Towarzystwo rozpatruje reklamację i udziela odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej otrzymania, przy czym do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 7, Towarzystwo wyjaśni zgłaszającemu reklamację przyczynę opóźnienia, wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia otrzymania reklamacji.
9. Zgłaszający reklamację jest uprawniony do złożenia odwołania od decyzji Towarzystwa dotyczącej złożonej reklamacji. W sprawach odwołań stosuje się odpowiednio postanowienia ust. 1-8.
10. Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego. Osobie fizycznej będącej Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia przysługuje prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Udział w postępowaniu jest dla Towarzystwa obowiązkowy. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl
11. Konsument ma prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumenta.
12. Sposób i tryb rozpatrywania wniosków i skarg przez podmioty, o których mowa w ust. 10-11 regulują właściwe przepisy.
13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
14. Niezależnie od powyżej wskazanych uprawnień Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu i innemu uprawnionemu z Umowy Ubezpieczenia przysługuje prawo do złożenia powództwa do właściwego sądu.

§ 14.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA. UBEZPIECZENIE NA CUDZY RACHUNEK. POSTANOWIENIA UZUPEŁNIAJĄCE

1. Wypłata świadczenia następuje po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia. W przypadku śmierci Ubezpieczonego lub Członka Rodziny poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej zagraniczne dokumenty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie ich braku – przez polską placówkę dyplomatyczną.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego Towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami informuje uprawnionego do otrzymania świadczenia jakie dokumenty potwierdzające zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego i jego uprawnienia do świadczenia są potrzebne do wypłaty świadczenia.
3. Świadczenie wypłacane jest w złotych polskich przelewem bankowym.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do dokonania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w terminie trzydziestu dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego. W przypadku, gdy wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okaże się niemożliwe w tym terminie, świadczenie powinno być splenione w ciągu czterech dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W takim przypadku Towarzystwo zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczenia w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.

5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
 6. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Ubezpieczonego lub Członka Rodziny i związane z roszczeniem o wypłatę danego świadczenia ubezpieczeniowego nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia Ubezpieczonego lub Członka Rodziny, Towarzystwo może zażądać od Ubezpieczonego lub Członka Rodziny poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Jeżeli Ubezpieczony lub Członek Rodziny odmówi wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.
 7. Ubezpieczający oraz osoby ubezpieczone nie mogą przenieść praw przysługujących im z Umowy Ubezpieczenia na osoby trzecie bez zgody Towarzystwa.
 8. Do zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, a także do jej zmiany, konieczna jest uprzednia zgoda osoby ubezpieczonej. Zmiana umowy bez zgody osoby ubezpieczonej nie może naruszać jej praw, ani praw innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
 9. Przed wyrażeniem przez osobę ubezpieczoną zgody na udzielenie Ochrony Ubezpieczeniowej, Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania osobie ubezpieczonej OWU w formie pisemnej lub, jeżeli osoba ubezpieczona wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku. Osoba ubezpieczona może też wymagać, aby Towarzystwo udzieliło jej informacji o postanowieniach umowy ubezpieczenia zawartej na jej rachunek oraz informacji o ogólnych warunkach ubezpieczenia, na podstawie których umowa ta została zawarta – w zakresie, w jakim dotyczą one jej praw i obowiązków.
 10. W przypadku umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, Ubezpieczający przekazuje osobie ubezpieczonej na piśmie lub, jeżeli osoba ubezpieczona wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, poniższe informacje przekazane przez Towarzystwo:
 - 1) o zmianie warunków umowy ubezpieczenia lub o zmianie prawa dla niej właściwego, z określeniem wpływu tych zmian na wartość przysługujących świadczeń – przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na powyższe zmiany,
 - 2) o wysokości świadczeń przysługujących z umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w czasie trwania umowy – niezwłocznie po przekazaniu Ubezpieczającemu tych informacji przez Towarzystwo,
 - 3) o zmianie sumy ubezpieczenia wyrażonej w określonej kwocie, jeżeli świadczenie jest ustalane na jej podstawie – niezwłocznie po przekazaniu Ubezpieczającemu tych informacji przez Towarzystwo.
 11. W razie niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków, o których mowa w ust. 9 i 10, Ubezpieczający ponosi wobec Towarzystwa odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
 12. Informacje o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa są dostępne na stronie internetowej pod adresem www.aviva.pl/sprawozdania.
 13. Agenci ubezpieczeniowi i pracownicy struktur terenowych Towarzystwa są upoważnieni wyłącznie do czynności wymienionych w udzielonych im pełnomocnictwach.
 14. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.
2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa w przypadku śmierci Ubezpieczonego
 - 2.1. Towarzystwo nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi:
 - 1) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w Akcie terroryzmu;
 - 2) jako skutek działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 3) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 1) i 2) aktach przemocy, chyba że udział Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 4) jako skutek samobójstwa lub jako skutek próby samobójczej podjętej przez Ubezpieczonego w ciągu 24 miesięcy od daty rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego.
 - 2.2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu śmierci Ubezpieczonego w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego śmierci wskutek Udaru Mózgu lub Zawału Serca jest wyłączona, jeżeli przed dniem rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej rozpoznano u Ubezpieczającego chorobę niedokrwienną serca, cukrzycę, niedokrwienie mózgu lub nadciśnienie tętnicze.
 3. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku
 - 3.1. Towarzystwo nie wypłaci również świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek lub Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nastąpi:
 - 1) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, niezależnym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego nadużywania przez niego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
 - 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
 - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
 - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonych przez ustawę – Prawo lotnicze;
 - 5) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w Akcie terroryzmu;
 - 6) jako skutek działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 7) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5) i 6) aktach przemocy, chyba że udział Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 8) w związku z udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia, w wyniku Wyczynowego Uprawiania Sportu lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Ubezpieczonego.

II. ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE – CZĘŚĆ 1

§ 15.

UBEZPIECZENIE RYZYKA ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

1. Ochrona Ubezpieczeniowa
 - 1.1. Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w razie śmierci Ubezpieczonego w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego na warunkach wskazanych w Umowie Ubezpieczenia i w wysokości równej wskazanej w Umowie Ubezpieczenia sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
 - 1.2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu śmierci Ubezpieczonego w okresie pierwszych 180 (stu osiemdziesięciu) dni udzielania Ubezpieczonemu Ochrony Ubezpieczeniowej polega na zapłacie świadczenia w wysokości równej 1% (jeden procent) sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego albo 100% sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, jeżeli śmierć nastąpiła wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
4. Uposażeni
 - 4.1. Ubezpieczony ma prawo samodzielnie wskazać i zmieniać Uposażonych.
 - 4.2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego wypłacane jest Uposażonym w częściach określonych przez Ubezpieczonego. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych, a nie określił ich udziału w świadczeniu albo suma tych udziałów nie jest równa 100%, uważa się, że udziały te są równe. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma żadnego z Uposażonych, świadczenie przypada Uposażonym Zastępczym z zastosowaniem zasad ustalonych dla Uposażonych. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma żadnego z Uposażonych ani Uposażonych Zastępczych, świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Ubezpieczonego, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie

przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.

5. Ustalanie wysokości świadczenia

- 5.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia ubezpieczeniowego uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego obowiązującej w dniu jego śmierci.

§ 16.

UBEZPIECZENIE RYZYKA OSIEROCENIA DZIECKA UBEZPIECZONEGO

1. Ochrona Ubezpieczeniowa

1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka osierocenia Dziecka Ubezpieczonego jest osierocenie Dziecka Ubezpieczonego, przez co rozumie się śmierć Ubezpieczonego mającą miejsce w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej.

1.2. Udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka osierocenia Dziecka Ubezpieczonego, Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku osierocenia Dziecka Ubezpieczonego w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu osierocenia Dziecka Ubezpieczonego, wskazanej w Umowie Ubezpieczenia.

1.3. W okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni następujących po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia przysługująca Ubezpieczonemu Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu osierocenia Dziecka Ubezpieczonego ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do wypłaty świadczenia wyłącznie w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa

2.1. Świadczenie z tytułu osierocenia Dziecka Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi:

- 1) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na ujawnionego w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego skutek nadużywania przez niego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała
- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonych przez ustawę – Prawo lotnicze;
- 6) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 7) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5) i 6) aktach przemocy, chyba że udział Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 8) w związku z udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Ubezpieczonego;
- 9) na skutek zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
- 10) w związku z chorobą psychiczną Ubezpieczonego lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi.

3. Ustalanie wysokości świadczenia i wypłata świadczenia

3.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu osierocenia Dziecka Ubezpieczonego obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia.

3.2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu osierocenia Dziecka Ubezpieczonego wypłacane jest Dziecku Ubezpieczonego. W przypadku, gdy uprawnienie do świadczenia przysługuje więcej niż jednemu Dziecku, świadczenie zostanie wypłacone każdemu z uprawnionych Dzieci.

III. ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE – CZĘŚĆ 2

§ 17.

UBEZPIECZENIE RYZYKA ŚMIERCI WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

1. Ochrona Ubezpieczeniowa

1.1. Z zastrzeżeniem ust. 1.2 i 1.3, Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka Śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu jest Śmierć Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu.

1.2. Epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) oraz wszelkie inne postacie ostrych incydentów wieńcowych nie stanowią Zawału Serca w rozumieniu Umowy Ubezpieczenia.

1.3. Epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA), zawał mózgu lub krwawienie śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem, wtórny krwotok do istniejących ognisk poudarowych, patologie naczyń krwionośnych powodujące zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) oraz jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych, nie stanowią Udaru Mózgu w rozumieniu Umowy Ubezpieczenia.

1.4. Udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka Śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu, Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku Śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu, wskazanej w Umowie Ubezpieczenia.

1.5. Przysługująca Ubezpieczonemu w ramach ubezpieczenia ryzyka Śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie stu osiemdziesięciu dni następujących po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia.

2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa

2.1. Świadczenie z tytułu Śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Zawał Serca, Udar Mózgu lub Śmierć Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu nastąpi:

- 1) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonych przez ustawę – Prawo lotnicze;
- 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 7) w związku z udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Ubezpieczonego;
- 8) jako wynik zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
- 9) w związku z chorobą psychiczną Ubezpieczonego lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi.

2.2. Ponadto świadczenie z tytułu Śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego:

- 1) udaru mózgu – jeżeli przed rozpoczęciem Ochrony Ubezpieczeniowej rozpoznano bądź leczono u Ubezpieczonego nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę;
 - 2) zawału serca – jeżeli przed rozpoczęciem Ochrony Ubezpieczeniowej rozpoznano bądź leczono u Ubezpieczonego chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę.
3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia

- 3.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia.
- 3.2. Rozpoznanie Zawału Serca oraz Udaru Mózgu jako pierwotnej (wyjściowej) lub bezpośrednio przyczyny zgonu Ubezpieczonego musi być potwierdzone w karcie zgonu lub innym dokumencie wystawionym przez instytucję uprawnioną do stwierdzenia przyczyny zgonu i dodatkowo potwierdzone dokumentacją medyczną wystawioną przez placówkę służby zdrowia.
- 3.3. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu wypłacane jest osobie, która w ramach Umowy Ubezpieczenia uprawniona jest do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

§ 18.

UBEZPIECZENIE RYZYKA LECZENIA SZPITALNEGO

1. Ochrona Ubezpieczeniowa

- 1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka Leczenia Szpitalnego jest Leczenie Szpitalne Ubezpieczonego.
- 1.2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka Leczenia Szpitalnego Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku Leczenia Szpitalnego Ubezpieczonego, które rozpoczęło się w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego obliczonego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1.5-1.6, za czas tego leczenia nie przekraczający stu osiemdziesięciu dni.
- 1.3. W przypadku, gdy w danym Roku Ubezpieczenia rozpoczęło się więcej niż jedno Leczenie Szpitalne Ubezpieczonego, odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest łącznie z tytułu tych leceń szpitalnych również nie więcej niż sto osiemdziesiąt dni leczenia.
- 1.4. Jeżeli Leczenie Szpitalne Ubezpieczonego rozpoczęło się w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni następujących po dniu rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej Ubezpieczonemu w ramach Umowy Ubezpieczenia, Ochrona Ubezpieczeniowa ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku jeżeli leczenie to jest następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.
- 1.5. Wysokość świadczenia z tytułu danego Leczenia Szpitalnego jest zróżnicowana w zależności od czasu trwania Leczenia Szpitalnego Ubezpieczonego i wynosi:
 - 1) iloczyn 0,6% (sześć dziesiątych procent) sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego oraz liczby dni leczenia rozpoczętego w danym okresie ubezpieczenia – za pierwsze czterdzieści dni leczenia nie spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem;
 - 2) iloczyn 1,0% (jeden procent) sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego oraz liczby dni leczenia rozpoczętego w danym okresie ubezpieczenia – za pierwsze czterdzieści dni leczenia spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem;
 - 3) iloczyn 0,5% (pięć dziesiątych procent) sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego oraz liczby dni leczenia rozpoczętego w danym okresie ubezpieczenia – za każdy kolejny dzień Leczenia Szpitalnego począwszy od piętnastego do sto osiemdziesiątego dnia tego leczenia.
- 1.6. W przypadku, gdy na skutek tego samego Nieszczęśliwego Wypadku w okresie ubezpieczenia miało miejsce więcej niż jedno Leczenie Szpitalne Ubezpieczonego, w celu obliczenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu drugiego i kolejnych Leczeń Szpitalnych spowodowanych tym Nieszczęśliwym Wypadkiem, dni poszczególnych Leczeń Szpitalnych ulegają sumowaniu, a dzień rozpoczynający drugie lub każde kolejne Leczenie Szpitalne Ubezpieczonego traktowany jest jako kolejny dzień pobytu rozpoczętego pierwszym Leczeniem Szpitalnym spowodowanym danym Nieszczęśliwym Wypadkiem.

2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa

- 2.1. Świadczenie z tytułu Leczenia Szpitalnego nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Leczenie Szpitalne Ubezpieczonego wystąpi:
 - 1) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
 - 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
 - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
 - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanego przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonych przez ustawę – Prawo lotnicze;
 - 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 7) w związku z udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Ubezpieczonego;
 - 8) w związku z chorobą psychiczną lub zaburzeniami psychicznymi występującymi u Ubezpieczonego;
 - 9) na skutek zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 10) w związku z operacją plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków Nieszczęśliwego Wypadku jakiegoś w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej uległ Ubezpieczony;
 - 11) w związku z takim pobytem w Szpitalu, który miał charakter diagnostyczny lub obserwacyjny, jak również w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego Ubezpieczonego.

- 2.2. Świadczenie z tytułu danego Leczenia Szpitalnego nie jest należne, jeżeli w trakcie tego Leczenia Szpitalnego nastąpi śmierć Ubezpieczonego.
3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia
- 3.1. Z zastrzeżeniem ust. 3.2, przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego obowiązującej w dniu rozpoczęcia Leczenia Szpitalnego Ubezpieczonego, przy zastosowaniu wskazanych w ust. 1.5 wskaźników procentowych.
 - 3.2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1.6 przy ustalaniu wysokości świadczeń uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego obowiązującej w dniu rozpoczęcia pierwszego Leczenia Szpitalnego Ubezpieczonego spowodowanego tym samym Nieszczęśliwym Wypadkiem.
 - 3.3. Świadczenie z tytułu Leczenia Szpitalnego wypłacane jest Ubezpieczonemu, nie wcześniej niż po zakończeniu pobytu w Szpitalu.

§ 19.

UBEZPIECZENIE RYZYKA LECZENIA SZPITALNEGO W SYSTEMIE ŚWIADCZEŃ PROGRESYWNYCH

1. Ochrona Ubezpieczeniowa

- 1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka Leczenia Szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych jest Leczenie Szpitalne Ubezpieczonego.
- 1.2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka Leczenia Szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku Leczenia Szpitalnego Ubezpieczonego, które rozpoczęło się w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego obliczonego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1.5-1.8, za czas tego leczenia nie przekraczający stu osiemdziesięciu dni.
- 1.3. W przypadku, gdy w danym Roku Ubezpieczenia rozpoczęło się więcej niż jedno Leczenie Szpitalne Ubezpieczonego, odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest łącznie z tytułu tych Leczeń Szpitalnych również nie więcej niż sto osiemdziesiąt dni leczenia.

1.4. Jeżeli Leczenie Szpitalne Ubezpieczonego rozpoczęło się w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni następujących po dniu rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej Ubezpieczonemu w ramach Umowy Ubezpieczenia, Ochrona Ubezpieczeniowa ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku jeżeli leczenie to jest następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.

1.5. Wysokość świadczenia z tytułu danego Leczenia Szpitalnego jest zróznicowana w zależności od przyczyny oraz czasu trwania Leczenia Szpitalnego Ubezpieczonego i wynosi:

- 1) 2% (dwa procent) sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego za każdy dzień leczenia rozpoczętego w danym okresie ubezpieczenia – w okresie pierwszych czternastu dni Leczenia Szpitalnego spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem, albo
- 2) 2,5% (dwa i pół procent) sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego za każdy dzień leczenia rozpoczętego w danym okresie ubezpieczenia – w okresie pierwszych czternastu dni Leczenia Szpitalnego spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem przy Pracy, albo
- 3) 2,5% (dwa i pół procent) sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego za każdy dzień leczenia rozpoczętego w danym okresie ubezpieczenia – w okresie pierwszych czternastu dni Leczenia Szpitalnego spowodowanego Wypadkiem Komunikacyjnym, albo
- 4) 3% (trzy procent) sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego za każdy dzień leczenia rozpoczętego w danym okresie ubezpieczenia – w okresie pierwszych czternastu dni Leczenia Szpitalnego spowodowanego Wypadkiem Komunikacyjnym przy Pracy, albo
- 5) 1,5% (jeden i pół procent) sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego za każdy dzień leczenia rozpoczętego w danym okresie ubezpieczenia – w okresie pierwszych czternastu dni Leczenia Szpitalnego spowodowanego zaistniałym w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej Zawałem Serca lub Udarem Mózgu, albo
- 6) 0,6% (sześć dziesiątych procent) sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego za każdy dzień leczenia rozpoczętego w danym okresie ubezpieczenia – w okresie pierwszych czternastu dni Leczenia Szpitalnego spowodowanego inną przyczyną niż wskazane powyżej w pkt 1)-5),
- 7) 0,5% (pięć dziesiątych procent) sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego za każdy dzień leczenia rozpoczętego w danym okresie ubezpieczenia – za każdy kolejny dzień Leczenia Szpitalnego począwszy od piętnastego do sto osiemdziesiątego dnia tego leczenia.

1.6. W przypadku, gdy jedno Leczenie Szpitalne Ubezpieczonego jest konsekwencją kilku przyczyn, wysokość świadczenia za pierwsze czternaście dni Leczenia Szpitalnego ustalane jest na podstawie najwyższego ze współczynników wskazanych w ust. 1.5 odpowiadającego jednej z przyczyn tego leczenia.

1.7. Dodatkowo, w przypadku gdy w trakcie pobytu w Szpitalu Ubezpieczony przebywał na Oddziale Intensywnej Terapii (OIT) przez okres co najmniej dwudziestu czterech godzin, Towarzystwo niezależnie od świadczenia wskazanego w ust. 1.5 wypłaci dodatkowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych. Świadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym jest należne wyłącznie za jeden pobyt danego Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Terapii (OIT), w danym Roku Ubezpieczenia.

1.8. W przypadku, gdy na skutek tego samego Nieszczęśliwego Wypadku, Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy, Wypadku Komunikacyjnego, Wypadku Komunikacyjnego przy Pracy, Zawału Serca lub Udaru Mózgu w okresie ubezpieczenia miało miejsce więcej niż jedno Leczenie Szpitalne Ubezpieczonego, w celu obliczenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu drugiego i kolejnych Leczeń Szpitalnych spowodowanych tą samą przyczyną, dni poszczególnych Leczeń Szpitalnych ulegają sumowaniu, a dzień rozpoczynający drugie lub każde kolejne Leczenie Szpitalne Ubezpieczonego traktowany jest jako kolejny dzień pobytu rozpoczętego pierwszym Leczeniem Szpitalnym spowodowanym daną przyczyną.

2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa

2.1. Świadczenie z tytułu Leczenia Szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Leczenie Szpitalne Ubezpieczonego wystąpi:

- 1) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, niezależnym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych

substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;

- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonych przez ustawę – Prawo lotnicze;
- 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 7) w związku z udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Ubezpieczonego;
- 8) w związku z chorobą psychiczną lub zaburzeniami psychicznymi występującymi u Ubezpieczonego;
- 9) na skutek zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
- 10) w związku z operacją plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków Nieszczęśliwego Wypadku jakimś Ubezpieczonym w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej uległ Ubezpieczony;
- 11) w związku z takim pobytem w Szpitalu, który miał wyłączenie charakteru diagnostycznego lub obserwacyjnego, jak również w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego Ubezpieczonego.

2.2. Świadczenie z tytułu danego Leczenia Szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych nie jest należne, jeżeli w trakcie tego Leczenia Szpitalnego nastąpi śmierć Ubezpieczonego.

3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia

3.1. Z zastrzeżeniem ust. 2, przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych obowiązującej w dniu rozpoczęcia Leczenia Szpitalnego Ubezpieczonego, przy zastosowaniu wskazanych w ust. 1.5 współczynników procentowych.

3.2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1.8 przy ustalaniu wysokości świadczeń uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych obowiązującej w dniu rozpoczęcia pierwszego Leczenia Szpitalnego Ubezpieczonego spowodowanego tą samą przyczyną.

3.3. Świadczenie z tytułu Leczenia Szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych wypłacane jest Ubezpieczonemu, nie wcześniej niż po zakończeniu pobytu w Szpitalu.

§ 20.

UBEZPIECZENIE RYZYKA PRZEPROWADZENIA POSTĘPOWANIA MEDYCZNEGO PODCZAS HOSPITALIZACJI

1. Ochrona Ubezpieczeniowa

1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach ubezpieczenia ryzyka przeprowadzenia postępowania medycznego podczas Hospitalizacji jest:

- 1) w wariantcie I – operacyjne lub zabiegowe postępowanie medyczne przeprowadzone w trakcie Hospitalizacji Ubezpieczonego rozpoczętej w czasie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, zastosowane do określonej choroby lub urazu Ubezpieczonego lub mające na celu postawienie diagnozy dotyczącej jego stanu zdrowia, przy czym szczegółowy spis Zdarzeń Ubezpieczeniowych przewidzianych w ramach poszczególnych wariantów ubezpieczenia oraz odpowiadająca tym zdarzeniom wysokość świadczeń ubezpieczeniowych, zawarte są w wykazie postępowań medycznych przeprowadzonych podczas Hospitalizacji stanowiącym Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia. Dodatkowo, Ochroną Ubezpieczeniową objęte są również Dodatkowe Zdarzenia Ubezpieczeniowe typu 1;

- 2) w wariancie II – operacyjne, zabiegowe lub związane z leczeniem zachowawczym postępowanie medyczne przeprowadzone w trakcie Hospitalizacji Ubezpieczonego rozpoczętej w czasie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, zastosowane do określonej choroby lub urazu Ubezpieczonego lub mające na celu postawienie diagnozy dotyczącej jego stanu zdrowia, przy czym szczegółowy spis Zdarzeń Ubezpieczeniowych przewidzianych w ramach poszczególnych wariantów ubezpieczenia oraz odpowiadająca tym zdarzeniom wysokość świadczeń ubezpieczeniowych, zawarte są w wykazie postępowania medycznych przeprowadzonych podczas Hospitalizacji stanowiącym Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia. Dodatkowo, Ochroną Ubezpieczeniową objęte są również Dodatkowe Zdarzenia Ubezpieczeniowe typu 1;
- 3) Dodatkowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe typu 2, o które może zostać rozszerzony wariant II.
- 1.2. Z zastrzeżeniem postanowień ustępów poniższych niniejszego paragrafu, Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w razie zajścia, w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, określonego w ust. 1.1 Zdarzenia Ubezpieczeniowego – świadczenia ubezpieczeniowego równego iloczynowi wskazanej, w wykazie postępowania medycznych przeprowadzonych podczas Hospitalizacji stanowiącym Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, stawki procentowej i sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia ryzyka przeprowadzenia postępowania medycznego podczas Hospitalizacji. Suma ubezpieczenia z tytułu dodatkowych Zdarzeń Ubezpieczeniowych typu 1 jest równa sumie ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia ryzyka przeprowadzenia postępowania medycznego podczas Hospitalizacji, ale nie więcej niż 10 000 (dziesięć tysięcy) zł. Suma ubezpieczenia z tytułu Dodatkowych Zdarzeń Ubezpieczeniowych typu 2 określona jest niezależnie od sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia ryzyka przeprowadzenia postępowania medycznego podczas Hospitalizacji, a jej wysokość wskazana jest w Polisie.
- 1.3. W przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu postępowania medycznego Towarzystwo wypłaci również Świadczenie Ryczałtowe lub Świadczenie Lekowe, jeżeli w czasie nieprzerwanej Ochrony Ubezpieczeniowej liczonej od przeprowadzenia tego postępowania medycznego wystąpiło określone Dodatkowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe przewidziane w OWU, przy czym wypłata Świadczenia Lekowego nastąpi, o ile zakres Umowy Ubezpieczenia obejmuje takie zdarzenia.
- 1.4. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu postępowania medycznego Ubezpieczony może otrzymać co najwyżej po jednym Świadczeniu Ryczałtowym z tytułu każdego Dodatkowego Zdarzenia oraz jedno Świadczenie Lekowe.
- 1.5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za postępowania medyczne przeprowadzone na rzecz Ubezpieczonego w ramach jego Hospitalizacji, która rozpoczęła się w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej tytułem Umowy Ubezpieczenia, przy czym ograniczenie to nie dotyczy postępowania medycznych przeprowadzonych w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem oraz Świadczeń Ryczałtowych i Świadczeń Lekowych, związanych z takimi Zdarzeniami Ubezpieczeniowymi, z zastrzeżeniem postanowienia ust. 1.6 niniejszego paragrafu.
- 1.6. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu przeprowadzenia na rzecz Ubezpieczonego postępowania medycznego, które opisano w części 2 wykazu postępowania medycznych przeprowadzonych podczas Hospitalizacji stanowiącego Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, jest należne, o ile Hospitalizacja z nim związana rozpoczęła się po pierwszych 24 (dwudziestu czterech) miesiącach nieprzerwanej Ochrony Ubezpieczeniowej.
- 1.7. Z zastrzeżeniem ust. 1.8, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za postępowanie medyczne, jeżeli w okresie 5 (pięciu) lat poprzedzających rozpoczęcie Hospitalizacji związanej z tym postępowaniem, miała miejsce Hospitalizacja Ubezpieczonego związana z takim samym postępowaniem medycznym, przy czym takim samym postępowaniem medycznym jest zarówno postępowanie medyczne, z tytułu którego wypłacono świadczenie, jak i każde inne postępowanie medyczne, które występuje razem z tym postępowaniem w jednej pozycji wykazu postępowania medycznych przeprowadzonych podczas Hospitalizacji stanowiącym Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
- 1.8. W przypadku niektórych postępowania medycznych okres ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o którym mowa w ust. 1.7 wynosi mniej niż 5 lat lub ze względu na specyfikę danych narządów położonych symetrycznie okres ten jest liczony odrębnie dla każdej strony ciała.
- 1.9. Okresy ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w ust. 1.7 oraz wyjątki, o których mowa w ust. 1.8 zostały określone w wykazie postępowania medycznych przeprowadzonych podczas Hospitalizacji stanowiącym Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, odrębnie dla każdej z pozycji.
2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa
- 2.1. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe określone w niniejszym paragrafie powstanie:
- 1) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, niezależnym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych), o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
 - 2) w związku z leczeniem przez Ubezpieczonego skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu;
 - 3) w związku z chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych Wypadków, które były przyczyną Zdarzeń Ubezpieczeniowych objętych Ochroną Ubezpieczeniową na podstawie Umowy Ubezpieczenia;
 - 4) w związku z chorobą Ubezpieczonego, która nabrała charakteru choroby przewlekłej, wymagającej okresowego leczenia, zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym, wadą wrodzoną Ubezpieczonego lub chorobą wywołaną u Ubezpieczonego przez HIV;
 - 5) w wyniku celowego samookaleczenia ciała przez Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia przez niego samobójstwa, przy czym również w stanie zniesionej lub ograniczonej poczytalności;
 - 6) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 7) w wyniku nieuzasadnionego nieskorzystania przez Ubezpieczonego z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
 - 8) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonych przez ustawę – Prawo lotnicze;
 - 9) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 10) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 9) aktach przemocy, chyba że udział Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 11) w związku z udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Ubezpieczonego;
 - 12) w związku z kłeską żywiołową lub epidemią ogłoszonymi przez odpowiednie organa administracji państwowej;
 - 13) w związku z takim pobytym w Szpitalu, który miał wyłączenie charakteru diagnostycznego lub obserwacyjnego, jak również w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego Ubezpieczonego.
3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia
- 3.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia ryzyka przeprowadzenia postępowania medycznego podczas Hospitalizacji obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego określonego w niniejszym paragrafie.
- 3.2. Dokumentację potwierdzającą Zdarzenia Ubezpieczeniowe oraz Dodatkowe Zdarzenia Ubezpieczeniowe określone w niniejszym paragrafie stanowią łącznie:

- 1) skierowanie do Szpitala, chyba że okoliczności uzasadniały Hospitalizację bez skierowania;
- 2) karta informacyjna Leczenia Szpitalnego ;
- 3) historia choroby, wyniki badań, dokumentacja medyczna związana z wcześniejszymi pobytami Ubezpieczonego w Szpitalu oraz inne dokumenty, których Towarzystwo będzie wymagać w związku z ustaleniem wysokości i wypłatą świadczeń ubezpieczeniowych.

3.3. Świadczenie z tytułu ubezpieczenia ryzyka przeprowadzenia postępowania medycznego podczas Hospitalizacji wypłacane jest Ubezpieczonemu nie wcześniej niż po zakończeniu Hospitalizacji. W razie śmierci Ubezpieczonego w trakcie Hospitalizacji, świadczenie wypłacane jest osobie lub osobom, które w ramach Umowy Ubezpieczenia uprawniają się do otrzymania świadczenia z tytułu Śmierci Ubezpieczonego.

§ 21.

UBEZPIECZENIE RYZYKA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

1. Ochrona Ubezpieczeniowa

1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka Poważnego Zachorowania jest w zależności od wariantu wskazanego w Umowie Ubezpieczenia wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania w wariantach 1 albo 2 albo 3, wymienionych w Tabeli Poważnych Zachorowań w ust. 4.1, które sklasyfikowane są w ramach pięciu grup. Tabela, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, określa również listę schorzeń objętych zakresem ubezpieczenia w poszczególnych wariantach ubezpieczenia ryzyka Poważnego Zachorowania.

1.2. Dniem wystąpienia Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego jest:

- 1) dzień zabiegu/operacji – w przypadkach następujących Poważnych Zachorowań: angioplastyka naczyń wieńcowych, operacja aorty, operacja mózgu, operacja tętnicy płucnej, operacja zastawek serca, pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass), usunięcie płuca (pneumonektomia), zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie;
- 2) dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep albo dzień wykonania przeszczepu narządu jeśli Ubezpieczony nie był na liście biorców – w przypadku przeszczepu narządów;
- 3) dzień wykonania badania histopatologicznego, wskazany w dokumencie zawierającym wynik tego badania, na podstawie którego postawiono rozpoznanie jednostki chorobowej przez lekarza specjalistę wskazanego w opisie choroby zamieszczonej w ust. 4.2 – w przypadkach następujących Poważnych Zachorowań: choroba Leśniowskiego-Crohna, nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym, nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym, wrzodziejące zapalenie jelita grubego;
- 4) dzień postawienia przez lekarza diagnozy potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z opisem zawartym w ust. 4.2 – w przypadkach następujących Poważnych Zachorowań: amputacja kończyn, ropień mózgu wymagający drenażu przez kraniotomię, rozległe oparzenie, toczeń trzewny układowy (SLE), Udar Mózgu, zakażenie wirusem HIV/zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwioopochodnych, Zawał Serca;
- 5) ostatni dzień sześciomiesięcznego okresu trwania schorzenia – w przypadku utraty mowy;
- 6) dzień wykonania badania diagnostycznego, na podstawie którego postawiono rozpoznanie gruźlicy, a następnie przeprowadzono przeciwprątkowe Leczenie Szpitalne – w przypadku gruźlicy;
- 7) dzień postawienia przez lekarza diagnozy w trakcie leczenia w warunkach szpitalnych – w przypadku ciężkiej sepsy (posocznicy), tężca i wścieklizny;
- 8) dzień postawienia diagnozy przez lekarza o specjalizacji wskazanej w opisie Poważnego Zachorowania, potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z opisem zawartym w ust. 4.2 – w przypadkach pozostałych Poważnych Zachorowań wskazanych w Tabeli Poważnych Zachorowań, a nie wymienionych w pkt 1)-7) powyżej.

1.3. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego Zachorowania polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty:

- 1) w przypadku wystąpienia, w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, pierwszego Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego sklasyfikowanego w grupie innej niż V i innego niż angioplastyka naczyń wieńcowych – świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania, wskazanej w Umowie Ubezpieczenia;
- 2) w przypadku wystąpienia, w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej drugiego Poważnego Zachorowania:

- a) nie wcześniej jednak niż po upływie 365 dni od dnia wystąpienia takiego pierwszego Poważnego Zachorowania skutkującego wypłatą świadczenia, i
- b) sklasyfikowanego w grupie innej niż V i innego niż angioplastyka naczyń wieńcowych, i
- c) innego niż schorzenia wskazane w grupie I oraz sklasyfikowanego w innej grupie niż pierwsze Poważne Zachorowanie, – świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania, wskazanej w Umowie Ubezpieczenia;

3) w przypadku wystąpienia, w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej trzeciego Poważnego Zachorowania:

- a) nie wcześniej jednak niż po upływie 365 dni od dnia wystąpienia takiego drugiego Poważnego Zachorowania skutkującego wypłatą świadczenia, i
- b) sklasyfikowanego w grupie innej niż V i innego niż angioplastyka naczyń wieńcowych, i
- c) innego niż schorzenia wskazane w grupie I oraz sklasyfikowanego w innej grupie niż pierwsze i drugie Poważne Zachorowanie, – świadczenia ubezpieczeniowego równego dziesięciu procentom sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania, wskazanej w Umowie Ubezpieczenia;

4) w przypadku wystąpienia, w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, pierwszego Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego sklasyfikowanego w grupie V – świadczenia ubezpieczeniowego równego iloczynowi sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania oraz określonego w Tabeli Poważnych Zachorowań wskaźnika procentowego, z zastrzeżeniem że wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu gruźlicy, obliczona w sposób wskazany powyżej, nie przekroczy kwoty 15 000 (piętnaście tysięcy) zł;

5) w przypadku wystąpienia w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, kolejnego Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego sklasyfikowanego w grupie V – świadczenia ubezpieczeniowego równego iloczynowi sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania oraz określonego w Tabeli Poważnych Zachorowań wskaźnika procentowego nie większego niż wielkość, która wynika z różnicy stu procent i sumy procentów uznanych przy wcześniej wypłaconych świadczeniach z tytułu Poważnego Zachorowania sklasyfikowanego w grupie V. Postanowienia zdania poprzedniego nie dotyczą wypłaty świadczenia z tytułu gruźlicy;

6) w przypadku wystąpienia, w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego sklasyfikowanego w grupie II, polegającego na wykonaniu zabiegu angioplastyki naczyń wieńcowych – świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania, nie więcej jednak niż 15 000 (piętnaście tysięcy) zł. Wypłata świadczenia z tytułu wykonania angioplastyki naczyń wieńcowych nie wpływa na uprawnienia do pozostałych świadczeń możliwych do uzyskania z grupy II.

1.4. Przysługująca Ubezpieczonemu Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia Poważnego Zachorowania wygasa w dniu:

- 1) wystąpienia pierwszego z Poważnych Zachorowań wymienionych w grupie I, objętego odpowiedzialnością Towarzystwa;
- 2) wystąpienia trzeciego z Poważnych Zachorowań objętych odpowiedzialnością Towarzystwa, sklasyfikowanych w grupie innej niż V i innego niż angioplastyka naczyń wieńcowych.

1.5. W okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni trwania Ochrony Ubezpieczeniowej wynikającej z Umowy Ubezpieczenia, Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku, jeżeli Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego jest skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku.

2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa

2.1. Świadczenie z tytułu Poważnego Zachorowania nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego wystąpi:

- 1) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;

- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonych przez ustawę – Prawo lotnicze;
- 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 7) w związku z udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Ubezpieczonego;
- 8) na skutek zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
- 9) w związku z chorobą psychiczną Ubezpieczonego lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi;
- 10) jako skutek schorzeń wymienionych w Tabeli Poważnych Zachorowań w ust. 4.1, rozpoznanych lub leczonych u Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym dzień rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej ubezpieczonemu w ramach Umowy Ubezpieczenia.

2.2. Ponadto świadczenie z tytułu wystąpienia Poważnego Zachorowania nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego:

- 1) udaru mózgu – jeżeli przed dniem rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej zdiagnozowano u Ubezpieczonego nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę;
- 2) zawału serca – jeżeli przed dniem rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej zdiagnozowano u Ubezpieczonego, chorobę niedokrwinną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę;
- 3) pomostowania aortalno – wieńcowego (bypass) lub angioplastyki naczyń wieńcowych – jeżeli przed dniem rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej zdiagnozowano u Ubezpieczonego chorobę niedokrwinną serca.

2.3. Świadczenie z tytułu Poważnego Zachorowania nie jest należne jeżeli w terminie trzydziestu dni od dnia wystąpienia Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego nastąpi śmierć Ubezpieczonego.

3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia

3.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia, wysokość wskaźnika procentowego oraz liczbę i rodzaj świadczeń jakie zostały wypłacone z tytułu Poważnego Zachorowania.

3.2. Świadczenie z tytułu Poważnego Zachorowania wypłacane jest Ubezpieczonemu.

4. Tabela Poważnych Zachorowań

4.1. Tabela Poważnych Zachorowań

Lp.	Poważne zachorowania	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
Grupa I				
1	Niewydolność nerek	100%	100%	100%
2	Przeszczep narządów	100%	100%	100%
3	Śpiączka	100%	100%	100%
4	Schyłkowa niewydolność oddechowa			100%
5	Schyłkowa niewydolność wątroby		100%	100%
6	Stwardnienie rozsiane		100%	100%
Grupa II				
7	Angioplastyka naczyń wieńcowych		100% ¹⁾	100% ¹⁾
8	Operacja aorty	100%	100%	100%

9	Pomostowanie aortalno wieńcowe (bypass)	100%	100%	100%
10	Udar mózgu	100%	100%	100%
11	Zawał serca	100%	100%	100%
12	Operacja zastawek serca		100%	100%
13	Zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie		100%	100%
Grupa III				
14	Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym	100%	100%	100%
15	Łagodny nowotwór mózgu		100%	100%
16	Niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku)		100%	100%
Grupa IV				
17	Rozległe oparzenie	100%	100%	100%
18	Utrata mowy	100%	100%	100%
19	Utrata wzroku	100%	100%	100%
20	Amputacja kończyn		100%	100%
21	Porażenie kończyn		100%	100%
22	Utrata słuchu		100%	100%
Grupa V				
23	Gruźlica		100% ¹⁾	100% ¹⁾
24	Choroba Alzheimera			50%
25	Choroba Creutzfeldta-Jacoba			50%
26	Choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)			50%
27	Choroba Parkinsona			50%
28	Dystrofia mięśniowa			50%
29	Postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)			50%
30	Postępujące porażenie nadjądrowe			50%
31	Pourazowe uszkodzenie mózgu			50%
32	Toczeń rumieniowaty układowy (SLE)			50%
33	Usunięcie płuca (pneumonektomia)			50%
34	Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych			25%
35	Choroba Leśniowskiego-Crohna			25%
36	Ciężka sepsa (posocznica)			25%
37	Infekcyjne zapalenie wsierdzia			25%
38	Operacja mózgu			25%
39	Operacja tętnicy płucnej			25%
40	Ropień mózgu wymagający drenażu przez kraniotomię			25%
41	Tężec			25%
42	Wirusowe zapalenie mózgu			25%
43	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego			25%
44	Wścieklizna			25%
45	Zakażenie wirusem HIV/zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych			25%
46	Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym			10%

1) z zastrzeżeniem postanowień ust. 1.3 pkt 4) i 5) niniejszego paragrafu.

4.2. Ilekroć w niniejszym paragrafie używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:

- 1) **amputacja kończyn** – pourazowa utrata kończyny w miejscu wypadku lub zabieg operacyjny polegający na odjęciu kończyny wskutek choroby lub wypadku – w rozumieniu OWU – musi dotyczyć jednocześnie co najmniej dwóch kończyn: na poziomie stawu skokowego lub powyżej w przypadku kończyny dolnej, na poziomie nadgarstków lub powyżej w przypadku kończyny górnej;
- 2) **angioplastyka naczyń wieńcowych** – zabieg polegający na udrożnieniu zwężonych lub zamkniętych naczyń wieńcowych – w rozumieniu OWU – wykonany pierwszorazowo, przy użyciu przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA), angioplastyki balonowej lub innych podobnych metod, zalecony przez lekarza specjalistę kardiologa na podstawie wyniku angiografii potwierdzającej istotne zwężenie jednej lub więcej tętnic wieńcowych;
- 3) **bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych** – ostre bakteryjne zakażenie centralnego układu nerwowego, powodujące zaburzenia funkcji mózgu – w rozumieniu OWU – stwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się dłużej niż 3 (trzy) miesiące od daty początku choroby oraz na podstawie wyniku badania ogólnego płynu mózgowo-rdzeniowego i dodatniego wyniku posiewu płynu mózgowo-rdzeniowego;
- 4) **choroba Alzheimera** – samoistna, przewlekła i postępująca degeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, prowadząca do trwałego otępienia, zaniku pamięci oraz zaburzeń intelektualnych – w rozumieniu OWU – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie odpowiednich testów klinicznych i kwestionariuszy potwierdzających istnienie trwałych zaburzeń poznawczych (zapamiętywanie, rozumowanie oraz myślenie abstrakcyjne), w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji²⁾. Przypadki otępienia, czy innych uszkodzeń mózgu, do powstania których doszło w wyniku chorób, w tym zaburzeń psychicznych, AIDS lub nadużywania alkoholu oraz narkotyków, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 5) **choroba Creutzfeldta-Jacoba** – postępująca nieuleczalna choroba układu nerwowego prowadząca do zwyrodnienia gąbczastego tkanki mózgowej, powodująca szybko postępujące otępienie oraz zaburzenia funkcji ruchu – w rozumieniu OWU – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznania, w tym w oparciu o wyniki badań EEG i badań obrazowych, w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji²⁾;
- 6) **choroba Leśniowskiego-Crohna** – nieswoista zapalna choroba jelita o przewlekłym przebiegu, prowadząca do wytworzenia przetoki, zwężenia lub perforacji jelita – w rozumieniu OWU – wymagająca w trakcie leczenia wykonania częściowej resekcji jelita cienkiego podczas co najmniej dwóch operacji przeprowadzonych podczas odrębnych Hospitalizacji; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie badania histopatologicznego;
- 7) **choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)** – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, prowadząca do niszczenia komórek rogów przednich rdzenia kręgowego, jąder nerwów czaszkowych rdzenia przedłużonego oraz neuronów drogi piramidowej – w rozumieniu OWU – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania oraz wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych, prowadzących do zaburzeń motoryki, istniejących nieprzerwanie przez okres minimum 3 (trzech) miesięcy;
- 8) **choroba Parkinsona** – postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego – w rozumieniu OWU – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych, w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji²⁾, przy równoczesnym potwierdzeniu na podstawie obiektywnych objawów, że choroba ma charakter postępujący i nie poddaje się leczeniu farmakologicznemu. Przypadki zespołu Parkinsona wywołanego przez czynniki toksyczne lub spowodowane nadużyciem leków lub alkoholu nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 9) **ciężka sepsa (posocznica)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną –

w rozumieniu OWU – powodujący niedociśnienie o wartościach skurczowych poniżej 90 mm Hg i prowadzący do niewydolności narządowej co najmniej dwóch narządów i układów spośród takich jak: ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątroba. Przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy stanowią Poważne Zachorowanie w rozumieniu niniejszej definicji. Rozpoznanie musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej dożylnym podawaniem antybiotyków i preparatów podwyższających ciśnienie tętnicze. Obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

- 10) **dystrofia mięśniowa** – choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym powodująca postępujący zanik mięśni, prowadząca do trwałych zaburzeń ich funkcji – w rozumieniu OWU – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania oraz wyników biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG), w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji²⁾;
- 11) **gruźlica** – zakażenie prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) – w rozumieniu OWU – będące w stadium aktywnej choroby z zajęciem płuc i co najmniej jednej spośród wymienionych struktur pozopłucnych: opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu, rozpoznane przez lekarza specjalistę na podstawie objawów charakterystycznych dla aktywnej choroby, badań obrazowych i bakteriologicznych oraz wymagające Hospitalizacji w celu przeprowadzenia diagnostyki i rozpoczęcia leczenia przeciwprątkowego. Pozytywny wynik skórnej próby tuberkulinowej nie stanowi Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwprątkowe. Nie stanowi też Poważnego Zachorowania bezobjawowa, nieaktywna gruźlica płuc, ujawniona jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej;
- 12) **infekcyjne zapalenie wsierdzia** – zakażenie wsierdzia w obrębie zastawek, komór i przedsionków – w rozumieniu OWU – z obecnością tzw. wegetacji (ruchomych, echogenicznych tworów, składających się ze skrzeplin i bakterii, przytwierdzonych do wsierdzia), stwierdzanych w obrazach echokardiograficznych; rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę chorób wewnętrznych lub lekarza specjalistę kardiologa, w oparciu o dodatni wynik badań bakteriologicznych wykazujących obecność drobnoustrojów typowych dla zapalenia wsierdzia w dwóch różnych posiewach. Zapalenie wsierdzia o etiologii innej niż infekcyjna oraz u osób, które przebyły operację zastawek serca nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 13) **łagodny nowotwór mózgu** – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym – w rozumieniu OWU – zagrażający życiu, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny przez okres co najmniej 3 (trzech) miesięcy. Napady padaczkowe nie stanowią trwałego ubytku neurologicznego w rozumieniu niniejszej definicji. Istnienie guza musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa lub lekarza specjalistę neurochirurga badaniami obrazowymi, takimi jak tomografia komputerowa (CT) lub rezonans magnetyczny (MRI). Torbiele, ziarniniaki, patologie tętniczych i żylnych naczyń mózgowych, krwiaki, ropnie, zmiany w obrębie rdzenia kręgowego oraz guzy przysadki o średnicy poniżej 10 mm, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 14) **niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku)** – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku kostnego – w rozumieniu OWU – przebiegająca ze zmniejszeniem ilości komórek szpiku kostnego poniżej 25 proc., potwierdzona przez lekarza specjalistę hematologa na podstawie występowania minimum dwóch spośród trzech podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:
 - a) całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm³,
 - b) liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm³,
 - c) liczba retikulocytów poniżej 20 000/mm³.

Ubezpieczony musi być leczony przez okres 3 (trzech) kolejnych miesięcy przetaczaniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne lub u Ubezpieczonego został wykonany przeszczep szpiku kostnego lub przeszczep komórek macierzystych krwi. Przejściowe lub odwracalne postaci niedo-

krwistości aplastycznej nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

- 15) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitym, nieodwracalnym i nie rokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek – w rozumieniu OWU – z towarzyszącymi bezwzględными wskazaniami do rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii, przy czym fakt rozpoczęcia dializoterapii oraz konieczność jej stosowania muszą być potwierdzone przez lekarza specjalistę nefrologa. Ostra niewydolność nerek wymagająca okresowej dializoterapii nie stanowi Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 16) **nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym** – guz o charakterze złośliwym charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek – w rozumieniu OWU – do nowotworów złośliwych, oprócz nowotworów scharakteryzowanych powyżej, zalicza się także białaczki, chłoniaki złośliwe i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), rozpoznanie musi zostać postawione na podstawie wyniku badania histopatologicznego i być potwierdzone przez lekarza specjalistę, nowotwór złośliwy musi wymagać leczenia chirurgicznego, radioterapii lub chemioterapii. Nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji:
- wszelkie zmiany opisane histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości i nieinwazyjne; w tym carcinoma in situ (Tis) oraz Ta według klasyfikacji AJCC (American Joint Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification),
 - wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC,
 - nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
 - nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, w tym także (ale nie wyłącznie) chłoniaki i mięsaki Kaposiego;
- 17) **nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i niepowodujący naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych – w rozumieniu OWU – rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie wyniku badania histopatologicznego, do nowotworów złośliwych w stadium przedinwazyjnym zalicza się wyłącznie zmiany chorobowe wymienione poniżej:
- rak nieinwazyjny – carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji AJCC (American Joint Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification) wszystkich narządów poza skórą,
 - czerniak złośliwy skóry nieprzekraczający warstwy naskórka (stopień zaawansowania nie wyższy niż IA wg klasyfikacji TNM lub analogiczny stopień zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa),
 - pierwotny nowotwór gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania niższym niż T2N0M0.
- Dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe inne niż wymienione powyżej, wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej, a także wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 18) **operacja aorty** – operacja chirurgiczna tętniaka, zwężenia lub rozwarstwienia aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii – w rozumieniu OWU – polegająca na usunięciu patologicznie zmienionej części aorty lub zastąpieniu jej grafem, przy czym za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszłą, z wykluczeniem jej odgałęzień. Operacje wykonane przy użyciu metod chirurgicznych stosujących mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przeszskórne operacje naprawcze polegające na wprowadzeniu stentu do aorty nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 19) **operacja mózgu** – operacja neurochirurgiczna mózgu – w rozumieniu OWU – wykonana w znieczuleniu ogólnym z dostępu przez kraniotomię lub trepanopunkcję, na podstawie wskazań ustalonych przez lekarza specjalistę neurochirurga. Operacje mózgu wykonywane z powodu urazów nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

- 20) **operacja tętnicy płucnej** – operacja chirurgiczna wymagająca wykonania sternotomii (otwarcia klatki piersiowej z przecięciem mostka) – w rozumieniu OWU – polegająca na wycięciu tętnicy płucnej i zastąpieniu jej przeszczepem naczyniowym, przeprowadzona na podstawie wskazań ustalonych przez lekarza specjalistę kardiologa lub lekarza specjalistę kardiochirurga;
- 21) **operacja zastawek serca** – operacja kardiochirurgiczna przeprowadzona na otwartym sercu lub bez otwierania serca – w rozumieniu OWU – polegająca na wymianie lub naprawie chorobowo zmienionej jednej lub więcej zastawek serca, w tym również wykonana przy użyciu metod chirurgicznych stosujących mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, takich jak przeszskórna operacja naprawcza zastawek serca, przy czym konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez lekarza specjalistę kardiologa i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych;
- 22) **pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass)** – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczępienie pomostu omijającego – w rozumieniu OWU – poprzedzona badaniem wykazującym istnienie zwężenia tętnicy wieńcowej, zaś jej wykonanie musi być najbardziej odpowiednim sposobem leczenia choroby potwierdzonym opinią lekarza specjalisty kardiologa. Przeszkórna angioplastyka wieńcowa (PTCA), ani jakiegokolwiek inne zabiegi na tętnicach wieńcowych wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujące techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 23) **porażenie kończyn** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji kończyny – w rozumieniu OWU – w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana urazem lub chorobą, nie rokująca poprawy i występująca przez okres minimum 3 (trzech) miesięcy, rozpoznanie i zakres zmian musi być potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa. Wszystkie przypadki osłabienia siły mięśni przejawiające się w postaci niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychicznymi lub będących skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 24) **postępująca twardzina układowa (sklerodermia uogólniona)** – przewlekła układowa choroba tkanki łącznej o charakterze autoimmunologicznym przebiegająca z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznym – w rozumieniu OWU – stwierdzona przez lekarza specjalistę reumatologa lub lekarza specjalistę dermatologa na podstawie wyników biopsji i badań serologicznych oraz zajęcia procesem chorobowym serca, płuc lub nerek.
- Nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji:
- zlokalizowane postaci skleroderмии (w tym linijne stwardnienia powłok lub ograniczone plamy – morphea),
 - eozynofilowe zapalenia powięzi,
 - zespół CREST;
- 25) **postępujące porażenie nadjądrowe** – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, prowadząca do całkowitego unieruchomienia chorego – w rozumieniu OWU – stwierdzona ostatecznie przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznania, w tym w oparciu o wystąpienie stałych zaburzeń ruchowych, zaburzeń ruchomości gałek ocznych oraz niestabilności postawy;
- 26) **pourazowe uszkodzenie mózgu** – nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej – w rozumieniu OWU – powstałe wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, powodujące wystąpienie trwałych ubytków neurologicznych, w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji²⁾, rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa w oparciu o obraz tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).
- Nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji:
- uszkodzenia rdzenia kręgowego,
 - zaburzenia czynności lub uszkodzenia mózgu nie będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku lub będące skutkiem jakiegokolwiek choroby, w tym występującej nagle,
 - sytuacje, gdy do powstania Nieszczęśliwego Wypadku, doszło z jakichkolwiek przyczyn związanych ze stanem zdrowia Ubezpieczonego;

- 27) **przeszczep narządów** – zabieg operacyjny będący wynikiem nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu, będący najbardziej odpowiednim sposobem leczenia choroby, podczas którego – w rozumieniu OWU – Ubezpieczonemu jako biorcy zostaje przeszczepione serce, płuco, wątroba, trzustka, nerka lub szpik kostny. Przypadek przeszczepu szpiku kostnego, zastosowanie komórek macierzystych krwi, po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy, stanowi Poważne zachorowanie w rozumieniu niniejszej definicji. Stanowi je również fakt zakwalifikowania na listę biorców oczekujących na przeszczep któregośkolwiek z wymienionych narządów. Przeszczepy innych narządów niż wymienione powyżej, a także przeszczepy wysp trzustkowych oraz przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste, poza przypadkiem opisanym powyżej, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 28) **ropień mózgu wymagający drenażu przez kraniotomię** – miejscowe zakażenie tkanki mózgowej prowadzące do powstania ogniska zakażonego materiału (ropy) w obrębie mózgu – w rozumieniu OWU – wymagające wykonania przez neurochirurga operacyjnego otwarcia czaszki (kraniotomia) w celu ewakuacji ropnia zlokalizowanego w tkance mózgowej. Rozpoznanie ropnia mózgu musi zostać potwierdzone wynikami tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI);
- 29) **rozległe oparzenie** – uszkodzenie skóry powstałe w wyniku poparzenia – w rozumieniu OWU – trzeciego stopnia, obejmujące co najmniej 20 proc. powierzchni ciała. Rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę i określać stopień i zakres oparzenia zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi;
- 30) **schyłkowa niewydolność oddechowa** – schyłkowe stadium choroby płuc powodujące znaczne obniżenie wydolności oddechowej – w rozumieniu OWU – stwierdzone przez lekarza specjalistę pulmonologa na podstawie wystąpienia łącznie wszystkich niżej wymienionych kryteriów:
- natężona objętość wydechowa jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w 3 (trzech) kolejnych badaniach wykonanych w odstępie 1 (jednego) miesiąca,
 - konieczność stosowania przewlekłej tlenoterapii z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii),
 - wynik badania gazometrycznego krwi tętniczej potwierdzający ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej poniżej 55 mm Hg ($pO_2 < 55$ mm Hg),
 - występowanie duszności spoczynkowej;
- 31) **schyłkowa niewydolność wątroby** – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby – w rozumieniu OWU – potwierdzona przez lekarza specjalistę gastroenterologa, przebiegająca z występowaniem co najmniej jednego z poniższych objawów:
- trwała żółtaczka,
 - wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
 - encefalopatia wrotna,
 - żylaki przełyku.
- Niewydolność wątroby będąca skutkiem nadużywania leków, narkotyków lub alkoholu nie stanowi Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 32) **stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi – w rozumieniu OWU – przejawiająca się zespołem mnogich ubytków neurologicznych utrzymujących się przez co najmniej 6 (sześć) miesięcy, potwierdzona ostatecznym rozpoznaniem postawionym przez lekarza specjalistę neurologa oraz poprzedzona więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia;
- 33) **śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby fizjologiczne, trwający w sposób ciągły – w rozumieniu OWU – wymagający przez okres co najmniej 96 (dziewięćdziesięciu sześciu) godzin intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia, którego skutkiem musi być dodatkowo zaistnienie potwierdzonego przez lekarza specjalistę neurologa trwałego ubytku neurologicznego, nie rokującego możliwości poprawy. Śpiączka farmakologiczna oraz śpiączka wynikająca ze spożycia alkoholu lub innych substancji odurzających nie stanowi Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 34) **tężec** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (*Clostridium tetani*) – w rozumieniu OWU – rozpoznanie kliniczne musi być oparte na stwierdzeniu przez lekarza specjalistę jednego z następujących objawów:
- bolesne skurcze mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękociśc lub uśmiech sardoniczny),
 - bolesne skurcze mięśni tułowia,
 - łukowate wygięcie ciała (opistotonus).
- Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi;
- 35) **toczeń trzewny układowy (SLE)** – choroba autoimmunologiczna przebiegająca z typowymi zmianami skórными, nadwrażliwością na słońce, dolegliwościami ze strony stawów i zaburzeniami immunologicznymi – w rozumieniu OWU – stwierdzona ostatecznie przez lekarza specjalistę na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania, obejmujących odchylenia w wynikach badań hematologicznych, immunologicznych oraz obecności przeciwciał przeciwjądrowych w surowicy krwi, a także stwierdzenia zmian w ośrodkowym układzie nerwowym lub niewydolności nerek przejawiających się:
- stałymi zaburzeniami neurologicznymi ze strony ośrodkowego układu nerwowego pod postacią zaburzeń motorycznych lub sensorycznych utrzymujących się przez minimum 6 (sześć) miesięcy; objawy występujące tylko okresowo, w postaci bólu głowy, zaburzeń psychicznych nie są uważane za „stałe zaburzenia neurologiczne”,
 - stałym utrzymywaniem się współczynnika przesączania kłębuszkowego (GFR) na poziomie poniżej 30 ml/minutę.
- Toczeń rumieniowaty układowy polekowy i toczeń rumieniowaty krążkowy nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 36) **udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej – w rozumieniu OWU – przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
- nagle wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu;
 - obecność ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres co najmniej 3 miesięcy od chwili rozpoznania schorzenia;
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla schorzenia w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).
- Epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA), zawał mózgu lub krwawienie śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem, wtórny krwotok do istniejących ognisk poudarowych, patologie naczyń krwionośnych powodujące zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) oraz jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 37) **usunięcie płuca (pneumonektomia)** – operacja chirurgiczna wymagająca otwarcia klatki piersiowej – w rozumieniu OWU – polegająca na usunięciu całego płuca wskutek konieczności wynikającej z choroby lub urazu. Operacje polegające na usunięciu jedynie części płuca (płata lub segmentu) nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 38) **utrata mowy** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata funkcji mowy – w rozumieniu OWU – spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtani lub uszkodzeniem ośrodka mowy w mózgu w wyniku urazu, rozrostu guza lub choroby, utrzymująca się przez minimum 6 (sześć) kolejnych miesięcy, rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę laryngologa lub lekarza specjalistę neurologa. Przypadki choroby spowodowane zaburzeniami psychicznymi nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 39) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata możliwości słyszenia w zakresie wszystkich dźwięków – w rozumieniu OWU – spowodowana chorobą lub wypadkiem, potwierdzona przez lekarza specjalistę laryngologa na podstawie wyniku badania audiometrycznego, zweryfikowanego badaniem audiometrii impedancyjnej. Przypadki choroby możliwe do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym aparatem słuchowym i leczeniem operacyjnym nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 40) **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata możliwości widzenia w obu oczach – w rozumieniu OWU – spowo-

dowana chorobą lub wypadkiem, potwierdzona przez lekarza specjalistę okulistę. Przypadki choroby możliwe do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

- 41) **wirusowe zapalenie mózgu** – ciężka infekcja wirusowa mózgu (półku mózgu, pnia mózgu lub mózdzku) – w rozumieniu OWU – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się dłużej niż 3 (trzy) miesiące od daty początku choroby. Przypadki choroby spowodowane wirusem HIV nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 42) **wrzodziejące zapalenie jelita grubego** – nieswoista zapalna choroba jelita o ciężkim przebiegu, z objawami ogólnoustrojowymi, z towarzyszącą krwawą biegunką i powikłaniami w postaci rozstrzeni jelita zagrażających pęknięciem jego ściany – w rozumieniu OWU – wymagająca całkowitego chirurgicznego usunięcia jelita grubego (kolektomia totalna); rozpoznane musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie badania histopatologicznego;
- 43) **wścieklizna** – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem Lyssa – w rozumieniu OWU – przebiegająca klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, rozpoznana przez lekarza specjalistę na podstawie obowiązujących klinicznych kryteriów diagnostycznych i kryteriów laboratoryjnych określonych przez Państwowy Zakład Higieny, wymagająca zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych;
- 44) **zakażenie wirusem HIV/zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych** – choroba charakteryzująca się wyniszczeniem układu immunologicznego (odpornościowego) – w rozumieniu OWU – potwierdzona pozytywnym wynikiem dwóch testów: testu na przeciwciała anti-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR, będąca wynikiem przetoczenia krwi/preparatów krwiopochodnych, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich warunków podanych poniżej:
- przetoczenie krwi/preparatów krwiopochodnych było niezbędne z punktu widzenia medycznego;
 - przetoczenie krwi/preparatów krwiopochodnych miało miejsce po zawarciu Umowy Ubezpieczenia;
 - serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 (sześciu) miesięcy od daty przetoczenia;
 - krew/preparaty krwiopochodne pochodziły z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie miało miejsce w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia;
 - Ubezpieczony nie choruje na ciężką postać talasemii (thalassaemia maior) lub hemofilii.

Przypadki zakażenia innymi drogami niż przetoczenie krwi/preparatów krwiopochodnych, w tym w szczególności jeśli do zakażenia doszło w następstwie kontaktów seksualnych lub dożylnego przyjmowania narkotyków, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

- 45) **zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** – zamknięcie światła tętnicy płucnej materiałem zatorowym – w rozumieniu OWU – wymagające wykonania w trybie nagłym zabiegu embolektomii (czyli nacięcia tętnicy i usunięcia materiału zatorowego z pnia tętnicy płucnej) przy otwartej klatce piersiowej. Zatory płucne leczone przy użyciu metod mikrochirurgicznych, technik śródnaczyniowych, bądź środków farmakologicznych nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 46) **zawał serca** – dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego – w rozumieniu OWU – rozpoznana w oparciu o stwierdzenie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistnieniem co najmniej jednego z poniższych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- typowe objawy schorzenia w postaci bólu w klatce piersiowej,
 - jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

Epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) oraz wszelkie inne postacie ostrej choroby wieńcowej nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

- 2) Trwała utrata możliwości samodzielnej egzystencji – stan choroby wyrażający się niemożnością wykonywania, przez okres minimum 6 (sześciu) miesięcy, przynajmniej 3 (trzech) z wymienionych poniżej czynności życia codziennego:
- kąpiel – zdolność umycia się w wannie lub pod prysznicem (w tym wejście i wyjście z wanny lub prysznica) lub satysfakcjonujące umycie się w inny sposób;
 - ubieranie się – zdolność zakładania i zdejmowania odzieży;
 - przemieszczanie się – zdolność do przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem;
 - toaleta – zdolność do korzystania z toalety lub zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza w celu utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej;
 - odżywianie się – zdolność do spożycia przygotowanego i podanego posiłku.

§ 22.

UBEZPIECZENIE RYZYKA ZACHOROWANIA NA NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY „RAKASSISTANCE”

- Ochrona Ubezpieczeniowa
 - Zdarzeniami Ubezpieczeniowymi objętymi Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka zachorowania na nowotwór złośliwy są: rozpoznanie u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego, przeprowadzenie postępowania terapeutycznego związanego z nowotworem złośliwym, wystąpienie negatywnych skutków nowotworu złośliwego (utrata włosów), a także konieczność zakończenia pracy zawodowej spowodowana nowotworem złośliwym. Szczegółowy opis Zdarzeń Ubezpieczeniowych zawiera Tabela Zdarzeń Ubezpieczeniowych w ust. 3.1.
 - Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu zachorowania na nowotwór złośliwy polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości podanej w Tabeli Zdarzeń Ubezpieczeniowych w ust. 3.1, w przypadku zajęcia któregośkolwiek ze Zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych w ust. 1.1.
 - Przysługująca Ubezpieczonemu w ramach ubezpieczenia ryzyka zachorowania na nowotwór złośliwy Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie stu osiemdziesięciu dni następujących po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia w zakresie obejmującym ubezpieczenie takiego ryzyka.
- Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa
 - Świadczenie z tytułu zachorowania na nowotwór złośliwy nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli nowotwór złośliwy wystąpi u Ubezpieczonego w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.
- Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia
 - Zdarzenia Ubezpieczeniowe wraz z odpowiadającymi im wysokościami świadczeń ubezpieczeniowych, określonymi w procentach sumy ubezpieczenia z tytułu zachorowania na nowotwór złośliwy, określone są w poniższej Tabeli Zdarzeń Ubezpieczeniowych:

Tabela Zdarzeń Ubezpieczeniowych

Lp.	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Wysokość świadczenia wyrażona w zł albo w % sumy ubezpieczenia z tytułu zachorowania na nowotwór złośliwy
1.	Zdiagnozowanie ¹⁾ nowotworu złośliwego ²⁾ na podstawie wyniku badania histopatologicznego	15%
2.	Każdy dzień Hospitalizacji związanej z leczeniem nowotworu złośliwego, którego dotyczy postawiona diagnoza, o której mowa w pkt. 1 niniejszej Tabeli,	1% za każdy dzień Hospitalizacji od 1 do 15 dnia 0,3% za każdy dzień Hospitalizacji od 16 do 90 dnia przy czym każda kolejna Hospitalizacja Ubezpieczonego zaistniała w danym okresie ubezpieczenia będzie przedmiotem odpowiedzialności Towarzystwa, o ile liczba dni Hospitalizacji poprzedzających ją i zakończonych w danym okresie ubezpieczenia nie przekroczy liczby 90.
3.	Każdy odbyty cykl chemioterapii ³⁾ związanej z nowotworem złośliwym, którego dotyczy zdarzenie wymienione powyżej	5% za każdy cykl chemioterapii ³⁾ , nie więcej niż 5 cykli w danym okresie ubezpieczenia

4.	Każdy odbyty cykl radioterapii ³⁾ związanej z nowotworem złośliwym, którego dotyczą zdarzenia wymienione powyżej	5% za każdy cykl radioterapii ³⁾ , nie więcej niż 5 cykli w danym okresie ubezpieczenia
5.	Zakup peruki związanej z utratą włosów w przebiegu leczenia nowotworu złośliwego, o którym mowa powyżej	6%, nie więcej niż 5 000 zł
6.	Rozwiązanie stosunku pracy spowodowane nowotworem złośliwym, którego dotyczą wypłacone świadczenia	Iloczyn sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu postawienia diagnozy i liczby procentów sumy ubezpieczenia pozostałych po odjęciu od 100% (stu procent) zsumowanych procentów wypłaconych w związku z innymi zdarzeniami ubezpieczeniowymi wynikającymi z ubezpieczenia ryzyka zachorowania na nowotwór złośliwy, ale nie mniej niż 60% tej sumy ubezpieczenia

- 1) dniem zdiagnozowania nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego, jest dzień wykonania badania histopatologicznego, wskazany w dokumencie zawierającym wynik tego badania, na podstawie którego to wyniku nastąpiło rozpoznanie jednostki chorobowej przez lekarza specjalistę, zgodnie z definicją nowotworu złośliwego.
- 2) nowotwór złośliwy – guz o charakterze złośliwym charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek – w rozumieniu OWU – do nowotworów złośliwych, oprócz nowotworów scharakteryzowanych powyżej, zalicza się także białaczki, chłoniaki złośliwe i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), rozpoznanie musi zostać postawione na podstawie wyniku badania histopatologicznego i być potwierdzone przez lekarza specjalistę, nowotwór złośliwy musi wymagać leczenia chirurgicznego, radioterapii lub chemioterapii. Nie stanowią nowotworu złośliwego w rozumieniu niniejszej definicji:
 - wszelkie zmiany opisane histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości i nieinwazyjne; w tym carcinoma in situ (Tis) oraz Ta według klasyfikacji AJCC (American Joint Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification),
 - wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC,
 - nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
 - nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, w tym także (ale nie wyłącznie) chłoniaki i mięsaki Kaposiego;
- 3) cykl chemo- lub radioterapii – przeprowadzany podczas Hospitalizacji lub w trybie ambulatoryjnym, okres podawania leku lub stosowania napromieniowania spowalniającego proces nowotworowy, stanowiący podstawowy element programu leczenia nowotworu złośliwego, w ramach którego to programu następuje osobnicze dopasowanie do potrzeb chorego rodzaju leków cytotatycznych/ sposobu napromieniowania, drogi podania leków, rodzaju napromieniowania, ich dawek, liczby cykli oraz długości przerwy pomiędzy kolejnymi cyklami.

3.2. Podstawą naliczania świadczeń należnych z tytułu ubezpieczenia ryzyka zachorowania na nowotwór złośliwy jest suma ubezpieczenia z tytułu zachorowania na nowotwór złośliwy obowiązująca w dniu zdiagnozowania nowotworu złośliwego.

3.3. Dokumentację potwierdzającą przeprowadzenie postępowań medycznych wskazanych w ust. 1.1 stanowią:

- 1) wynik badania histopatologicznego potwierdzony przez lekarza specjalistę;
- 2) karta informacyjna Leczenia Szpitalnego ;
- 3) dokument potwierdzający odbycie cyklu chemo- lub radioterapii;
- 4) kserokopia zlecenia na perukę wystawionego przez uprawnionego lekarza oraz imienny rachunek potwierdzający zakup peruki;
- 5) zaświadczenie o wyczerpaniu zasiłku chorobowego i rozwiązaniu umowy o pracę (przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego lub rentowego) w związku ze zdiagnozowanym nowotworem złośliwym;
- 6) historia choroby, wyniki badań, dokumentacja medyczna związana z wcześniejszymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu oraz inne dokumenty, których Towarzystwo będzie wymagać w związku z ustaleniem wysokości i wypłatą świadczeń ubezpieczeniowych.

3.4. Świadczenie z tytułu ubezpieczenia ryzyka zachorowania na nowotwór złośliwy wypłacane jest Ubezpieczonego, w przypadku Hospitalizacji, cyklu chemioterapii lub radioterapii nie wcześniej niż po zakończeniu odpowiednich postępowań medycznych. W razie śmierci Ubezpieczonego w trakcie ich trwania, świadczenie wypłacane jest osobie lub osobom, które w ramach Umowy Ubezpieczenia uprawnione są do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

§ 23.

UBEZPIECZENIE RYZYKA WYSTĄPIENIA POWAŻNEGO STANU CHOROBY

1. Ochrona Ubezpieczeniowa

1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka wystąpienia Poważnego Stanu Chorobowego jest wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego Stanu Chorobowego, to jest wystąpienie poważnej choroby albo przeprowadzenie w warunkach szpitalnych na jego rzecz operacyjnego, zabiegowego lub związanego z leczeniem zachowawczym postępowania medycznego zastosowanego do określonej choroby lub urazu lub mające na celu postawienie diagnozy dotyczącej jego stanu zdrowia, przy czym Poważne Stany Chorobowe objęte ubezpieczeniem zostały wymienione w Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych w ust. 4.1.

1.2. Dniem wystąpienia Poważnego Stanu Chorobowego u Ubezpieczonego jest:

- 1) dzień zabiegu operacyjnego – w przypadkach wskazanych w pkt 1-3 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych w ust. 4.1;
- 2) dzień postawienia diagnozy potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z definicją choroby przez lekarza o specjalizacji wskazanej w tej definicji – w przypadkach wskazanych w pkt 4-6 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych w ust. 4.1;
- 3) dzień rozpoczęcia Hospitalizacji, podczas której wykonano na rzecz Ubezpieczonego postępowanie medyczne wskazane w pozycjach 7-61 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych.

1.3. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego Stanu Chorobowego polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty:

- 1) w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej poważnej choroby wskazanej w pkt 1-6 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych w ust. 4.1 – świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu Poważnego Stanu Chorobowego, wskazanej w Umowie Ubezpieczenia;
- 2) w przypadku wykonania na rzecz Ubezpieczonego, podczas rozpoczętej w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej Hospitalizacji, postępowania medycznego wymienionego w pkt 7-61 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych w ust. 4.1 – świadczenia ubezpieczeniowego równego iloczynowi wskazanej w tej Tabeli stawki procentowej i sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnego Stanu Chorobowego, wskazanej w Umowie Ubezpieczenia.

1.4. Z zastrzeżeniem ust. 1.5, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za postępowanie medyczne, jeżeli w okresie 5 (pięciu) lat poprzedzających rozpoczęcie Hospitalizacji związanej z tym postępowaniem, miała miejsce Hospitalizacja Ubezpieczonego związana z takim samym postępowaniem medycznym, przy czym takim samym postępowaniem medycznym jest zarówno postępowanie medyczne, z tytułu którego wypłacono świadczenie, jak i każde inne postępowanie medyczne, które występuje razem z tym postępowaniem w jednej pozycji Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych.

1.5. W przypadku niektórych postępowań medycznych okres ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o którym mowa w ust. 1.4 wynosi mniej niż 5 lat lub ze względu na specyfikę danych narządów położonych symetrycznie okres ten jest liczony odrębnie dla każdej strony ciała.

1.6. Okresy ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w ust. 1.4 oraz wyjątki, o których mowa w ust. 1.5 zostały określone w Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych w ust. 4.1, odrębnie dla każdej z pozycji.

1.7. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w ust. 1.4 i 1.5, nie dotyczą tych postępowań medycznych przeprowadzonych na rzecz Ubezpieczonego w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem.

1.8. Przysługująca Ubezpieczonego w ramach ubezpieczenia ryzyka wystąpienia poważnego stanu chorobowego Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie stu osiemdziesięciu dni następujących po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia w zakresie obejmującym ubezpieczenie takiego ryzyka.

1.9. W przypadku, gdy w trakcie jednej Hospitalizacji miało miejsce więcej niż jedno Zdarzenie Ubezpieczeniowe objęte Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka wystąpienia Poważnego Stanu Chorobowego, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego równego najwyższemu ze świadczeń, przewidzianych za Zdarzenia Ubezpieczeniowe wskazane w ust. 1.1.

2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa

2.1. Świadczenie z tytułu Poważnego Stanu Chorobowego nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli poważna choroba Ubezpieczonego lub postępowanie medyczne podczas Hospitalizacji wystąpi:

- 1) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
 - 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
 - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
 - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonych przez ustawę – Prawo lotnicze;
 - 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 7) w związku z udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Ubezpieczonego;
 - 8) na skutek zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV, poza przypadkiem zakażenia w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych;
 - 9) w związku z chorobą psychiczną Ubezpieczonego lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi;
 - 10) jako skutek poważnych chorób wymienionych w pkt. 1-6 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych w ust. 4.1, rozpoznanych lub leczonych u Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym dzień rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej Ubezpieczonemu w ramach Umowy Ubezpieczenia.
- 2.2. Ponadto świadczenie z tytułu wystąpienia Poważnego Stanu Chorobowego nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego:
 - 1) udaru mózgu – jeżeli przed dniem rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej rozpoznano u Ubezpieczonego nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę;
 - 2) zawału serca – jeżeli przed dniem rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej rozpoznano u Ubezpieczonego, chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę;
 - 3) operacji pomostowania lub angioplastyki naczyń wieńcowych – jeżeli przed dniem rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej rozpoznano u Ubezpieczonego chorobę niedokrwienną serca.
 - 2.3. Świadczenie z tytułu Poważnego Stanu Chorobowego wymienionego w pkt 1-6 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych nie jest należne jeżeli w terminie trzydziestu dni od dnia wystąpienia Poważnego Stanu Chorobowego Ubezpieczonego nastąpi śmierć Ubezpieczonego.
3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia
- 3.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu Poważnego Stanu Chorobowego uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnego Stanu Chorobowego obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka wystąpienia Poważnego Stanu Chorobowego.
 - 3.2. Dokumentację potwierdzającą przeprowadzenie postępowań medycznych wskazanych w pkt 7-61 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych, a także poważnych chorób wskazanych w pkt 1-6 tej Tabeli, stanowią łącznie:
 - 1) skierowanie do Szpitala, chyba że okoliczności uzasadniały Hospitalizację bez skierowania;
 - 2) karta informacyjna Leczenia Szpitalnego ;
 - 3) historia choroby, wyniki badań, dokumentacja medyczna związana z wcześniejszymi pobytami Ubezpieczonego w Szpitalu oraz inne dokumenty, których Towarzystwo będzie wymagać w związku z ustaleniem wysokości i wypłatą świadczeń ubezpieczeniowych.
 - 3.3. Świadczenie z tytułu ubezpieczenia ryzyka wystąpienia Poważnego Stanu Chorobowego wypłacane jest Ubezpieczonemu, w przypadku postępowania medycznego – nie wcześniej niż po zakończeniu Hospitalizacji. W razie śmierci Ubezpieczonego w trakcie Hospitalizacji, świadczenie wypłacane jest osobie lub osobom, które w ramach Umowy Ubezpieczenia uprawnione są do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

4. TABELA POWAŻNYCH STANÓW CHOROBOWYCH

4.1. Tabela Poważnych Stanów Chorobowych

Pkt nr	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Stawka procentowa
Wystąpienie Poważnego Zachorowania			
1	n/d	Operacja aorty operacja chirurgiczna tętniaka, zwężenia lub rozwarstwienia aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii – w rozumieniu OWU – polegająca na usunięciu patologicznie zmienionej części aorty lub usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej grafem, przy czym za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszną, z wykluczeniem jej odgałęzień. Operacje wykonane przy użyciu metod chirurgicznych stosujących mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przeszskórne operacje naprawcze polegające na wprowadzeniu stentu do aorty nie stanowią Poważnego Stanu Chorobowego w rozumieniu niniejszej definicji.	n/d
2	n/d	Operacja pomostowania naczyń wieńcowych (bypass) operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego – w rozumieniu OWU – poprzedzona badaniem wykazującym istnienie zwężenia tętnicy wieńcowej, zaś jej wykonanie musi być najbardziej odpowiednim sposobem leczenia choroby potwierdzonym opinią lekarza specjalisty kardiologa. Przeszkórna angioplastyka wieńcowa (PTCA), ani jakiegokolwiek inne zabiegi na tętnicach wieńcowych wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujące techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe nie stanowią Poważnego Stanu Chorobowego w rozumieniu niniejszej definicji.	n/d
3	n/d	Operacja zastawek serca operacja kardiochirurgiczna przeprowadzona na otwartym sercu lub bez otwierania serca – w rozumieniu OWU – polegająca na wymianie lub naprawie chorobowo zmienionej jednej lub więcej zastawek serca, w tym również wykonana przy użyciu metod chirurgicznych stosujących mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, takich jak przeszskórna operacja naprawcza zastawek serca, przy czym konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez lekarza specjalistę kardiologa i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych.	n/d

4	n/d	<p>Porażenie kończyn</p> <p>całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji kończyny – w rozumieniu OWU – w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana urazem lub chorobą, nie rokująca poprawy i występująca przez okres minimum 3 (trzech) miesięcy; rozpoznanie i zakres zmian musi być potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa. Wszystkie przypadki osłabienia siły mięśni przejawiające się w postaci niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychicznymi lub będących skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej nie stanowią Poważnego Stanu Chorobowego w rozumieniu niniejszej definicji</p>	n/d
5	n/d	<p>Udar mózgu</p> <p>martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej – w rozumieniu OWU – przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nagle wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu, • obecność ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres co najmniej 3 miesięcy od chwili rozpoznania schorzenia, • obecność nowych zmian charakterystycznych dla schorzenia w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). <p>Epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA), zawał mózgu lub krwawienie śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem, wtórny krwotok do istniejących ognisk poudarowych, patologie naczyń krwionośnych powodujące zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) oraz jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych, nie stanowią Poważnego Stanu Chorobowego w rozumieniu niniejszej definicji;</p>	n/d
6	n/d	<p>Zawał serca</p> <p>dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego – w rozumieniu OWU – rozpoznana w oparciu o stwierdzenie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistnieniem co najmniej jednego z poniższych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> • typowe objawy schorzenia w postaci bólu w klatce piersiowej, • jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowe powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowe powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa. <p>Epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) oraz wszelkie inne postaci ostrego incydentów wieńcowych nie stanowią Poważnego Stanu Chorobowego w rozumieniu niniejszej definicji.</p>	n/d
Przeprowadzenie w warunkach szpitalnych postępowania medycznego			
7	5 lat	Guz kanału kręgowego leczony operacyjnie	24%
8	5 lat	Jamistość rdzenia kręgowego leczona operacyjnie	24%
9	5 lat	Krwotok śródczaszkowy leczony zachowawczo	8%
10	5 lat	Krwotok śródczaszkowy leczony operacyjnie	13%
11	5 lat	Łagodny nowotwór śródczaszkowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem nowotworów łagodnych przysadki)	19%
12	5 lat	Naczyniak mózgu leczony embolizacją z niepowikłanym przebiegiem leczenia	14%
13	5 lat	Naczyniak mózgu leczony embolizacją z powikłanym przebiegiem leczenia	21%
14	5 lat	Naczyniak mózgu leczony operacyjnie lub metodami radiologii interwencyjnej	50%
15	5 lat	Naczyniak rdzenia leczony embolizacją	21%
16	5 lat	Naczyniak rdzenia leczony operacyjnie	24%
17	5 lat/18 mies. ¹⁾	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórną plastyką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	14%
18	5 lat/18 mies. ¹⁾	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórną plastyką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	18%
19	5 lat/18 mies. ¹⁾	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone operacyjnie w celu udroźnienia tętnicy z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	14%
20	5 lat/18 mies. ¹⁾	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone operacyjnie w celu udroźnienia tętnicy z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	18%
21	5 lat/18 mies. ¹⁾	Niedrożność tętnicy wieńcowej leczona pomostowaniem tętnicy wieńcowej	38%
22	5 lat	Niewydolność serca leczona przeszczepem serca	100%
23	5 lat	Nowotwór złośliwy ośrodkowego układu nerwowego leczony zachowawczo	15%
24	5 lat	Nowotwór złośliwy śródczaszkowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem nowotworów złośliwych przysadki)	50%
25	5 lat	Operacja wymiany stymulatora serca	26%
26	5 lat	Ostry zespół wieńcowy leczony zachowawczo	10%
27	5 lat	Poprzeczne zapalenie rdzenia, krwiak śródrzeniowy lub zawał rdzenia powodujące porażenie czterokończynowe lub porażenie kończyn dolnych leczone zachowawczo	17%

28	5 lat	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczone operacyjnie	17%
29	5 lat	Stwardnienie zanikowe boczne powodujące niedowład czterokończynowy lub niedowład kończyn dolnych leczone zachowawczo	14%
30	5 lat	Tętniak aorty leczony przezskórną plastyką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu	31%
31	5 lat	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone operacyjnie (z wyłączeniem leczenia przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórnej plastyki wewnątrznacyniowej z zastosowaniem stentu)	40%
32	5 lat	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone przy użyciu protezy naczyniowej	30%
33	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przezskórną plastyką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	20%
34	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przezskórną plastyką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	25%
35	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przy użyciu protezy naczyniowej z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	20%
36	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przy użyciu protezy naczyniowej z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	24%
37	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony embolizacją z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy podstawnej mózgu, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	14%
38	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony embolizacją z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy podstawnej mózgu, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	21%
39	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem tętnicy podstawnej, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	19%
40	5 lat	Tętniak tętnicy podstawnej mózgu, śródczaszkowej mózgu lub kręgowej mózgu leczony operacyjnie lub metodami radiologii interwencyjnej	50%
41	5 lat	Udar niedokrwienny mózgowia leczone zachowawczo	10%
42	5 lat	Wada nabyta zastawki aortalnej leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	40%
43	5 lat	Wada nabyta zastawki aortalnej leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z powikłanym przebiegiem leczenia	50%
44	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona operacyjnie (z wyłączeniem operacji wymiany zastawki)	33%
45	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	48%
46	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z powikłanym przebiegiem leczenia	60%
47	5 lat	Wada nabyta zastawki trójdzielnej leczona operacyjnie (z wyłączeniem operacji wymiany zastawki)	33%
48	5 lat	Wodogłowie nabyte leczone operacyjnie	21%
49	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją implantacji automatycznego wszczepialnego kardiowertera-defibrylatora	30%
50	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją wszczepienia stymulatora serca	26%
51	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone zabiegiem ablacji przezskórnej lub metodą CARTO	18%
52	5 lat	Zapalenie mięśnia serca i wsierdzia leczone zachowawczo	19%
53	5 lat	Zapalenie zakrzepowe żył głębokich kończyn dolnych i miednicy małej, leczone operacyjnie	14%
54	5 lat	Zator tętnicy płucnej spowodowany zapaleniem zakrzepowym żył głębokich kończyny dolnej lub miednicy małej leczone zachowawczo	14%
55	5 lat/18 mies. ¹⁾	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią z niepowikłanym przebiegiem leczenia	16%
56	5 lat/18 mies. ¹⁾	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią z powikłanym przebiegiem leczenia	21%
57	5 lat/18 mies. ¹⁾	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%
58	5 lat/18 mies. ¹⁾	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem z powikłanym przebiegiem leczenia	30%
59	5 lat/18 mies. ¹⁾	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznacyniową bez zastosowania stentu	10%
60	5 lat/18 mies. ¹⁾	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznacyniową z użyciem stentu uwalniającego lek	24%
61	5 lat/18 mies. ¹⁾	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną wewnątrznacyniową plastyką z zastosowaniem stentu (z wyjątkiem stentu uwalniającego lek)	14%

¹⁾ 5 lat/18 mies. – 5 lat ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa – po wypłacie świadczenia z tytułu opisanego postępowania medycznego – na wypłatę świadczenia za takie samo postępowanie medyczne dotyczące tej samej struktury wielokrotnie występującej i 18 miesięcy ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa na wypłatę świadczenia związanego z taką samą strukturą, anatomicznie inaczej położoną.

§ 24.

UBEZPIECZENIE RYZYKA LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO

1. Ochrona Ubezpieczeniowa

1.1. W zależności od wskazanego w Umowie Ubezpieczenia wariantu, Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka leczenia specjalistycznego jest przeprowadzenie na rzecz Ubezpieczonego leczenia specjalistycznego, tj. wymienionej poniżej terapii, zabiegu lub operacji chirurgicznej, mające miejsce w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej:

- 1) w wariantcie I:
 - a) wykonanie ablacji;
 - b) wszczepienie kardiowertera/defibrylatora;
 - c) wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora);
 - d) chemioterapia/radioterapia;
 - e) terapia interferonowa.
- 2) w wariantcie II:
 - a) wykonanie ablacji;
 - b) wszczepienie kardiowertera/defibrylatora;
 - c) wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora);
 - d) chemioterapia/radioterapia;
 - e) terapia interferonowa;
 - f) dializoterapia;
 - g) przeszczepienie komórek wysp trzustkowych;
 - h) przeszczepienie komórek przytarczyc;
 - i) przeszskórne wszczepienie zastawek serca w przypadku wad nabytych serca;
 - j) mechaniczne wspomaganie serca sztucznymi komorami;
 - k) przeszczep rogówki.

1.2. Dniem przeprowadzenia na rzecz Ubezpieczonego leczenia specjalistycznego jest:

- 1) dzień zabiegu lub operacji chirurgicznej – w przypadkach wskazanych w ust. 1.1 pkt 1) ppkt a)-c) oraz ust. 1.1 pkt 2) ppkt a)-c) oraz ppkt g)-k);
- 2) dzień wykonania pierwszej z procedur medycznych składających się na cykl terapeutyczny – w przypadkach wskazanych w ust. 1.1 pkt 1) ppkt d)-e) oraz ust. 1.1 pkt 2) ppkt d)-f).

1.3. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka leczenia specjalistycznego Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa, w przypadku przeprowadzenia na rzecz Ubezpieczonego leczenia specjalistycznego w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego równego wskazanej w Umowie Ubezpieczenia sumie ubezpieczenia z tytułu leczenia specjalistycznego.

1.4. W okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni trwania Ochrony Ubezpieczeniowej wynikającej z ubezpieczenia ryzyka leczenia specjalistycznego Ochrona Ubezpieczeniowa ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku, jeżeli leczenie specjalistyczne jest następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.

1.5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za leczenie specjalistyczne, jeżeli w okresie 5 (pięciu) lat poprzedzających przeprowadzenie takiego leczenia, miało miejsce przeprowadzenie takiego samego postępowania medycznego i Towarzystwo poniosło za nie odpowiedzialność wynikającą z ubezpieczenia któregośkolwiek ryzyka będącego przedmiotem Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Umowy Ubezpieczenia.

2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa

2.1. Świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli konieczność przeprowadzenia takiego leczenia powstanie w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.

3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia

3.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego obowiązującej w dniu przeprowadzenia na rzecz Ubezpieczonego leczenia specjalistycznego.

3.2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu przeprowadzenia na rzecz Ubezpieczonego leczenia specjalistycznego wypłacane jest Ubezpieczonemu. W razie śmierci Ubezpieczonego w trakcie trwania leczenia specjalistycznego, świadczenie wypłacane jest osobie lub osobom,

które w ramach Umowy Ubezpieczenia uprawnione są do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

4. Definicje

4.1. Ilekroć w niniejszym paragrafie używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:

- 1) **ablacja** – zabieg kardiologiczny wykonywany w pracowni elektrofizjologii polegający na zniszczeniu, najczęściej energią termiczną, obszaru serca będącego źródłem arytmii;
- 2) **chemioterapia lub radioterapia** – metoda ogólnoustrojowego leczenia najczęściej nowotworów za pomocą leków cytostatycznych, podawanych drogą pozajelitową i/lub za pomocą promieniowania jonizującego;
- 3) **dializoterapia** – leczenie za pomocą dializy, podtrzymujące życie pacjentów z krańcową niewydolnością nerek;
- 4) **mechaniczne wspomaganie serca sztucznymi komorami** – metoda leczenia sercowopochodnej niewydolności krążenia polegająca na mechanicznym wspomoczeniu pracy serca;
- 5) **przeszczepienie komórek przytarczyc** – metoda leczenia polegająca na pobraniu od dawcy komórek przytarczyc i wszczepieniu ich osobie chorej na schorzenia przytarczyc wymagających przeszczepu;
- 6) **przeszczepienie komórek wysp trzustkowych** – metoda leczenia polegająca na pobraniu od dawcy wysp trzustkowych z komórkami produkującymi insulinę i wszczepieniu ich osobie chorej na cukrzycę;
- 7) **przeszczep rogówki** – okulistyczny zabieg chirurgiczny polegający na zastąpieniu części lub całej chorej tkanki zdrową rogówką pobraną od dawcy;
- 8) **przezskórne wszczepianie zastawek serca w przypadku wad nabytych serca** – zabieg stosowany w przypadku ciężkiego zwężenia lub niedomykalności zastawki, polegający na wymianie zastawki bez konieczności operacji kardiologicznej wymagającej otwarcia klatki piersiowej;
- 9) **terapia interferonowa** – metoda leczenia różnych schorzeń, w tym wirusowego zapalenia wątroby typu C, polegająca na podawaniu drogą pozajelitową interferonu;
- 10) **wszczepienie kardiowertera/defibrylatora** – zabieg kardiologiczny polegający na umieszczeniu w sercu, poprzez układ żył, jednej lub więcej elektrod i połączeniu ich z urządzeniem, zaszytym pod skórą na klatce piersiowej, służącym do przerwania groźnej dla życia arytmii i przywróceniu rytmu zatokowego serca;
- 11) **wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca)** – zabieg kardiologiczny polegający na umieszczeniu w sercu, poprzez układ żył, jednej lub więcej elektrod i połączeniu ich z urządzeniem, zaszytym pod skórą na klatce piersiowej, służącym do elektrycznego pobudzenia rytmu serca.

IV. ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE – CZĘŚĆ 3

§ 25.

UBEZPIECZENIE RYZYKA ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Ochrona Ubezpieczeniowa

1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku jest Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Dodatkowo w zależności od wybranego przez Ubezpieczającego wariantu Ochrona Ubezpieczeniowa może zostać rozszerzona o:

- 1) Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy;
- 2) Śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego.

Umowa Ubezpieczenia przewiduje możliwość ustalenia odrębnych wysokości sum ubezpieczenia dla każdego z powyższych zdarzeń.

1.2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej wskutek:

- 1) Nieszczęśliwego Wypadku – świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, wskazanej w Umowie Ubezpieczenia;
- 2) Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy – świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek

Nieszczęśliwego Wypadku i sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy, wskazanych w Umowie Ubezpieczenia;

- 3) Wypadku Komunikacyjnego – świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek Wypadku Komunikacyjnego, wskazanych w Umowie Ubezpieczenia;
- 4) zdarzenia spełniającego łącznie warunki Nieszczęśliwego Wypadku, Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy oraz Wypadku Komunikacyjnego – świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy i sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek Wypadku Komunikacyjnego, wskazanych w Umowie Ubezpieczenia.

2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa

2.1. Świadczenie z tytułu Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy lub Śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek, Nieszczęśliwy Wypadek przy Pracy lub Wypadek Komunikacyjny lub śmierć Ubezpieczonego wskutek tych zdarzeń nastąpi:

- 1) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, niezależnym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonym przez ustawę – Prawo lotnicze;
- 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 7) w związku z udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Ubezpieczonego.

3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia

3.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy lub sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek Wypadku Komunikacyjnego obowiązującej w dniu zajścia takiej śmierci Ubezpieczonego.

3.2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy, Śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego wypłacane jest osobie, która w ramach Umowy Ubezpieczenia uprawniona jest do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

§ 26.

UBEZPIECZENIE RYZYKA KALECTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Ochrona Ubezpieczeniowa

1.1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku jest powstanie Kalectwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

1.2. Udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w przypadku Kalectwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku powstałego w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej – świadczenia ubezpieczeniowego równego procentowi wskazanej w Umowie Ubezpieczenia sumy ubezpieczenia z tytułu kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, określonego zgodnie z poniższą tabelą:

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

Poszczególne terminy użyte w niniejszej tabeli oznaczają:

- 1) amputacja – całkowite fizyczne pozbawienie organu,
- 2) utrata – amputacja lub całkowite i trwale pozbawienie funkcji tego organu,
- 3) encefalopatia pourazowa – narastający zespół psychoorganiczny występujący po przebyciu, udokumentowanym urazie głowy oraz zmiany w układzie nerwowym potwierdzone badaniami neurologa lub odchyleniami w jednym z następujących badań: tomografii komputerowej mózgu, rezonansie magnetycznym mózgu, encefalogramie, testach psychologicznych,
- 4) unieruchomienie stawu – utrata funkcji stawu biodrowego, barkowego i kolanowego w stopniu większym niż 50%,
- 5) skrócenie kończyny dolnej o co najmniej 3 cm z zaburzeniami chodu – obejmuje przypadki spowodowane zarówno uszkodzeniem w obrębie samej kończyny dolnej w zakresie części kostnych, mięśni i więzadeł, jak i uszkodzeniem innych części anatomicznych układu kostno-mięśniowo-więzadłowego pasa obręczy biodrowej i kręgosłupa. Skrócenie kończyny nie dotyczy przypadku, w którym będzie spowodowane utratą stopy lub utratą podudzia.

1.3. Za wszystkie uszkodzenia ciała powstałe wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe równe sumie kwot wynikającej z zastosowania tabeli zamieszczonej powyżej, nie wyższe jednak niż sto procent sumy ubezpieczenia z tytułu kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

1.4. W przypadku spełnienia się przesłanek do dokonania przez Towarzystwo wypłaty świadczenia z tytułu Kalectwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w wysokości niższej niż 100% wskazanej w Umowie Ubezpieczenia sumy ubezpieczenia z tytułu kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, przez pozostały czas trwania Ochrony Ubezpieczeniowej sumę ubezpieczenia z tytułu kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczonego stanowić będzie procentowo określona część sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie Ubezpieczenia pozostała po dokonaniu wypłaty zgodnie z tabelą zamieszczoną powyżej – aż do jej całkowitego wykorzystania.

2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa

2.1. Świadczenie z tytułu Kalectwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek lub Kalectwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku powstanie:

- 1) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, niezależnym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego nadużywania przez niego

- alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
 - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
 - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonym przez ustawę – Prawo lotnicze;
 - 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 7) w związku z udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Ubezpieczonego.
3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia
- 3.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Kalectwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku obowiązującej w dniu zajścia takiego Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia.
 - 3.2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Kalectwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacane jest Ubezpieczonemu.

§ 27.

UBEZPIECZENIE RYZYKA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Ochrona Ubezpieczeniowa
 - 1.1. Z zastrzeżeniem ust. 1.2 i 1.3, Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku jest wystąpienie u Ubezpieczonego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
 - 1.2. Udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w przypadku powstania u Ubezpieczonego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wskazanej w Umowie Ubezpieczenia, odpowiadającemu określonej procentowo wysokości doznanego przez Ubezpieczonego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu.
2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa
 - 2.1. W przypadku uszkodzenia kończyny, mającego charakter wielomiejscowy, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości nie wyższej niż wysokość świadczenia ubezpieczeniowego, które należne byłoby Ubezpieczonemu z tytułu powstania trwałego uszczerbku polegającego na utracie części lub całości kończyny odpowiednio.
 - 2.2. Za wszystkie uszkodzenia ciała powstałe wskutek jednego zdarzenia Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości nie wyższej niż sto procent sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
 - 2.3. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed ustaleniem wysokości Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zobowiązania do zapłaty wyłącznie jednego świadczenia ubezpieczeniowego równego większej z wartości, którymi są: suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego oraz świadczenie z tytułu powstania u Ubezpieczonego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Wysokość świadczenia z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu ustalona zostanie przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo, w oparciu o posiadaną dokumentację dotyczącą stanu zdrowia Ubezpieczonego i przebiegu leczenia.
 - 2.4. Świadczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek lub Trwały Uszczerbek na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku powstanie:
 - 1) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
 - 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
 - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
 - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonym przez ustawę – Prawo lotnicze;
 - 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 7) w związku z udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Ubezpieczonego.
3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia
 - 3.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku obowiązującej w dniu zajścia takiego Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia.
 - 3.2. Świadczenie z tytułu powstania u Ubezpieczonego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacane jest Ubezpieczonemu.
 - 3.3. Wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, doznanego przez Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, ustalana jest przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo po całkowitym zakończeniu leczenia i Rehabilitacji Ubezpieczonego.
 - 3.4. W przypadku, gdy zgodnie z opinią tego lekarza, okres leczenia Ubezpieczonego będzie dłuższy niż dwanaście miesięcy, Ubezpieczony po upływie sześciu miesięcy leczenia może złożyć Towarzystwu wniosek o dokonanie wcześniejszej wypłaty połowy minimalnego świadczenia, które zgodnie z przewidywaniami Towarzystwa należne będzie Ubezpieczonemu po całkowitym zakończeniu leczenia. Przewidywaną minimalną wysokość świadczenia Towarzystwo określa na podstawie dokumentów przedstawionych przez Ubezpieczonego oraz ustalenia lekarza przez nie wyznaczonego.
 - 3.5. W przypadku, gdy na skutek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpi utrata lub uszkodzenie narządu albo układu, którego funkcja była już wcześniej dotknięta trwałym uszczerbkiem, w szczególności powstałym na skutek innego zdarzenia, choroby lub wady wrodzonej, wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu określa się jako różnicę pomiędzy stwierdzanym obecnie stanem Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, a wysokością trwałego uszczerbku istniejącą bezpośrednio przed zajściem tego zdarzenia. Jeżeli Trwały Uszczerbek na Zdrowiu dotyczy narządu albo układu, którego funkcje były już dotknięte trwałym uszczerbkiem, w związku z którym Towarzystwo dokonało wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, przyjmuje się, że stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu stanowi różnicę pomiędzy wysokością trwałego uszczerbku będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, a wysokością trwałego uszczerbku, za który uprzednio wypłacone zostało świadczenie. Jeżeli jednak określenie w jakim stopniu funkcja organu, narządu lub układu była naruszona nie jest możliwe, przyjmuje się, że przed zajściem Zdarzenia Ubezpieczeniowego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu nie było.
 - 3.7. Jeżeli po ustaleniu przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo wysokości powstałego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego i wypłaceniu odpowiedniego świadczenia, nie później jednak niż w trakcie dwudziestu czterech miesięcy następujących po dniu zajścia Nieszczęśliwego Wypadku, nastąpi pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, Towarzystwo na wniosek Ubezpieczonego, poparty odpowiednimi zaświadczeniami

lekarskimi ponownie ustali wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i dokona wypłaty dodatkowej części świadczenia. Późniejsza zmiana stopnia uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

§ 28.

UBEZPIECZENIE RYZYKA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU W SYSTEMIE ŚWIADCZEŃ PROGRESYWNYCH

1. Ochrona Ubezpieczeniowa

1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w systemie świadczeń progresywnych jest powstanie u Ubezpieczonego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

1.2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w systemie świadczeń progresywnych Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w przypadku powstania u Ubezpieczonego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – świadczenia ubezpieczeniowego w kwocie stanowiącej iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w systemie świadczeń progresywnych wskazanej w Umowie Ubezpieczenia, wysokości procentowego uszczerbku na zdrowiu doznanego przez Ubezpieczonego oraz wskaźnika progresji. Wysokość wskaźnika progresji zależy od wysokości procentowego uszczerbku na zdrowiu i wynosi odpowiednio:

- 1 – dla łącznego uszczerbku na zdrowiu wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku nie większego niż 25 %;
- 1,5 – dla łącznego uszczerbku na zdrowiu wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku powyżej 25 % do 45 %;
- 2 – dla łącznego uszczerbku na zdrowiu wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku powyżej 45 % do 65 %;
- 3 – dla łącznego uszczerbku na zdrowiu wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku powyżej 65 % do 85 %;
- 4 – dla łącznego uszczerbku na zdrowiu wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku powyżej 85 % do 100 %.

1.3. W przypadku, gdy suma Trwałych Uszczerbków na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwych Wypadków, powstała wskutek jednego lub kilku Nieszczęśliwych Wypadków, z których należne było lub jest świadczenie z tytułu ubezpieczenia ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przekracza sto procent to świadczenie z tytułu kolejnych uszczerbków na zdrowiu w danym okresie ubezpieczenia wynosić będzie każdorazowo dziesięć procent kwoty obliczonej w sposób wskazany w ust. 1.2.

2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa

2.1. W przypadku uszkodzenia kończyny, mającego charakter wielomiejscowy, obejmujący część lub całość kończyny, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości nie wyższej niż wysokość świadczenia ubezpieczeniowego, które należne byłoby Ubezpieczonemu z tytułu powstania trwałego uszczerbku polegającego na utracie części lub całości kończyny odpowiednio.

2.2. Za wszystkie trwałe uszczerbki na zdrowiu powstałe wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości nie wyższej niż czterysta procent sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w systemie świadczeń progresywnych.

2.3. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed ustaleniem wysokości Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zobowiązania do zapłaty wyłącznie jednego świadczenia ubezpieczeniowego równego większej z wartości, którymi są: suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego oraz świadczenie z tytułu powstania u Ubezpieczonego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w systemie świadczeń progresywnych. Wysokość świadczenia z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu ustalona zostanie przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo, w oparciu o posiadaną dokumentację dotyczącą stanu zdrowia Ubezpieczonego i przebiegu leczenia.

2.4. Świadczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w systemie świadczeń progresywnych nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek lub Trwały Uszczerbek na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku powstanie:

- 1) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonych przez ustawę – Prawo lotnicze;
- 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 7) w związku z udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Ubezpieczonego.

3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia

3.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w systemie świadczeń progresywnych obowiązującej w dniu zajścia takiego Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia przy uwzględnieniu postanowień ust. 1.3.

3.2. Świadczenie z tytułu powstania u Ubezpieczonego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w systemie świadczeń progresywnych wypłacane jest Ubezpieczonemu.

3.3. Wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, doznanego przez Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, ustalana jest przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo po całkowitym zakończeniu leczenia i Rehabilitacji Ubezpieczonego.

3.4. W przypadku, gdy zgodnie z opinią tego lekarza, okres leczenia Ubezpieczonego będzie dłuższy niż dwanaście miesięcy, Ubezpieczony po upływie sześciu miesięcy leczenia może złożyć Towarzystwu wniosek o dokonanie wcześniejszej wypłaty połowy minimalnego świadczenia, które zgodnie z przewidywaniami Towarzystwa należne będzie Ubezpieczonemu po całkowitym zakończeniu leczenia. Przewidywaną minimalną wysokość świadczenia Towarzystwo określa na podstawie dokumentów przedstawianych przez Ubezpieczonego oraz ustalenia lekarza przez nie wyznaczonego.

3.5. W przypadku, gdy na skutek zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego nastąpi utrata lub uszkodzenie narządu albo układu, którego funkcja była już wcześniej dotknięta trwałym uszczerbkiem, w szczególności powstałym na skutek innego zdarzenia, choroby lub wady wrodzonej, wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu określa się jako różnicę pomiędzy stwierdzanym obecnie stanem Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, a wysokością trwałego uszczerbku istniejącą bezpośrednio przed zajściem tego zdarzenia. Jeżeli Trwały Uszczerbek na Zdrowiu dotyczy narządu albo układu, którego funkcje były już dotknięte trwałym uszczerbkiem, w związku z którym Towarzystwo dokonało wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, przyjmuje się, że stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu stanowi różnicę pomiędzy wysokością trwałego uszczerbku będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, a wysokością trwałego uszczerbku, za który uprzednio wypłacone zostało świadczenie. Jeżeli jednak określenie w jakim stopniu funkcja organu, narządu lub układu była naruszona nie jest możliwe, przyjmuje się, że przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu nie było.

3.6. Jeżeli po ustaleniu przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo wysokości powstałego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego i wypłaceniu odpowiedniego świadczenia, nie później jednak niż w trakcie dwudziestu czterech miesięcy następujących po dniu zajścia Nieszczęśliwego Wypadku,

nastąpi pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, Towarzystwo na wniosek Ubezpieczonego, poparty odpowiednimi zaświadczeniami lekarskimi ponownie ustali wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i dokona wypłaty dodatkowej części świadczenia. Późniejsza zmiana stopnia uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

§ 29.

UBEZPIECZENIE RYZYKA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

1. Ochrona Ubezpieczeniowa

1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu jest powstanie u Ubezpieczonego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu.

1.2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w przypadku powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego wynikającego z przebytego przez Ubezpieczonego Zawału Serca lub Udaru Mózgu, o ile Zawał Serca lub Udar Mózgu zaistniały w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej – świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu wskazanej w Umowie Ubezpieczenia, odpowiadającemu określonej procentowej wysokości doznanego przez Ubezpieczonego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu.

1.3. W przypadku, gdy suma Trwałych Uszczerbków na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu, z tytułu których należne było lub jest świadczenie z tytułu ubezpieczenia ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu, przekracza sto procent to świadczenie z tytułu kolejnych uszczerbków na zdrowiu w danym okresie ubezpieczenia wynosić będzie każdorazowo dziesięć procent kwoty obliczonej w sposób wskazany w ust. 1.2.

2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa

2.1. Za wszystkie trwałe uszczerbki na zdrowiu powstałe wskutek jednego Zawału Serca lub Udaru Mózgu Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości nie wyższej niż sto procent sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu, ale nie więcej niż kwotę należną z tytułu doznania przez Ubezpieczonego stu procent Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu.

2.2. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed ustaleniem wysokości Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zobowiązania do zapłaty wyłącznie jednego świadczenia ubezpieczeniowego równego większej z wartości, którymi są: suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego oraz świadczenie z tytułu powstania u Ubezpieczonego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu. Wysokość świadczenia z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu ustalona zostanie przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo, w oparciu o posiadaną dokumentację dotyczącą stanu zdrowia Ubezpieczonego i przebiegu leczenia.

2.3. Świadczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Zawał Serca, Udar Mózgu lub Trwały Uszczerbek na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powstanie:

- 1) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych

przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonych przez ustawę – Prawo lotnicze;

- 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 7) w związku z udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Ubezpieczonego;
- 8) jako wynik zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
- 9) w związku z chorobą psychiczną Ubezpieczonego lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi.

2.4. Ponadto świadczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego:

- 1) Udaru Mózgu – jeżeli przed rozpoczęciem Ochrony Ubezpieczeniowej rozpoznano bądź leczono u Ubezpieczonego nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę;
- 2) Zawału Serca – jeżeli przed rozpoczęciem Ochrony Ubezpieczeniowej rozpoznano bądź leczono u Ubezpieczonego chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę.

2.5. Świadczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu nie zostanie wypłacone, jeżeli brak będzie jednoznacznego orzeczenia lekarskiego, że przyczyną trwałego uszczerbku był Zawał Serca lub Udar Mózgu.

3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia

3.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu obowiązującej w dniu wystąpienia Zawału Serca lub Udaru Mózgu przy uwzględnieniu postanowień ust. 1.3.

3.2. Świadczenie z tytułu powstania u Ubezpieczonego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu wypłacane jest Ubezpieczonemu.

3.3. Wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, doznanego przez Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu, ustalana jest przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo po całkowitym zakończeniu leczenia i Rehabilitacji Ubezpieczonego.

3.4. W przypadku, gdy zgodnie z opinią tego lekarza, okres leczenia Ubezpieczonego będzie dłuższy niż dwanaście miesięcy, Ubezpieczony po upływie sześciu miesięcy leczenia może złożyć Towarzystwu wniosek o dokonanie wcześniejszej wypłaty połowy minimalnego świadczenia, które zgodnie z przewidywaniami Towarzystwa należne będzie Ubezpieczonemu po całkowitym zakończeniu leczenia. Przewidywaną minimalną wysokość świadczenia Towarzystwo określa na podstawie dokumentów przedstawionych przez Ubezpieczonego oraz ustalenia lekarza przez nie wyznaczonego.

3.5. W przypadku, gdy na skutek zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego nastąpi utrata lub uszkodzenie narządu albo układu, którego funkcja była już wcześniej dotknięta trwałym uszczerbkiem, w szczególności powstałym na skutek innego zdarzenia, choroby lub wady wrodzonej, wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu określa się jako różnicę pomiędzy stwierdzanym obecnie stanem Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, a wysokością trwałego uszczerbku istniejącą bezpośrednio przed zajściem tego zdarzenia. Jeżeli Trwały Uszczerbek na Zdrowiu dotyczy narządu albo układu, którego funkcje były już dotknięte trwałym uszczerbkiem, w związku z którym Towarzystwo dokonało wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, przyjmuje się, że stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu stanowi różnicę pomiędzy wysokością trwałego uszczerbku będącego następstwem Zawału Serca lub Udaru Mózgu, a wysokością trwałego uszczerbku, za który uprzednio wypłacone zostało świadczenie. Jeżeli jednak określenie w jakim stopniu funkcja organu, narządu lub układu była naruszona nie jest możliwe, przyjmuje się, że przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu nie było.

3.6. Jeżeli po ustaleniu przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo wysokości powstałego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego i wypłaceniu odpowiedniego świadczenia, nie później jednak niż w trakcie dwudziestu czterech miesięcy następujących po dniu zajścia Zawału Serca lub Udaru Mózgu, nastąpi pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, Towarzystwo na wniosek Ubezpieczonego, poparty odpowiednimi zaświadczeniami lekarskimi ponownie ustali wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu

i dokona wypłaty dodatkowej części świadczenia. Późniejsza zmiana stopnia uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

§ 30.

UBEZPIECZENIE RYZYKA LECZENIA SZPITALNEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Ochrona Ubezpieczeniowa

1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach ubezpieczenia ryzyka Leczenia Szpitalnego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku jest Leczenie Szpitalne Ubezpieczonego będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.

1.2. Udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka Leczenia Szpitalnego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku Leczenia Szpitalnego Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, które rozpoczęło się w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego obliczonego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1.4-1.5 niniejszego paragrafu za czas tego leczenia nie przekraczający stu osiemdziesięciu dni.

1.3. W przypadku, gdy w danym Roku Ubezpieczenia rozpoczęło się więcej niż jedno Leczenie Szpitalne Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest łącznie z tytułu tych Leczeń Szpitalnych również nie więcej niż sto osiemdziesiąt dni leczenia.

1.4. Z zastrzeżeniem ust. 1.5 wysokość świadczenia jest zróżnicowana w zależności od czasu trwania Leczenia Szpitalnego Ubezpieczonego i wynosi:

- 1) 1% (jeden procent) sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku za każdy dzień leczenia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku rozpoczętego w danym okresie ubezpieczenia – w okresie pierwszych czternastu dni leczenia;
- 2) 0,5% (pół procent) sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku za każdy dzień leczenia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku rozpoczętego w danym okresie ubezpieczenia – za każdy kolejny dzień Leczenia Szpitalnego począwszy od piętnastego do sto osiemdziesiątego dnia tego leczenia.

1.5. W przypadku, gdy na skutek tego samego Nieszczęśliwego Wypadku w danym Roku Ubezpieczenia rozpoczęło się więcej niż jedno Leczenie Szpitalne Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, w celu obliczenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu drugiego i kolejnych leceń szpitalnych wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, dni poszczególnych Leczeń Szpitalnych ulegają sumowaniu, a dzień rozpoczynający drugie lub każde kolejne Leczenie Szpitalne wskutek Nieszczęśliwego Wypadku traktowany jest jako kolejny dzień pobytu rozpoczętego pierwszym leczeniem z powodu danego Nieszczęśliwego Wypadku.

2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa

2.1. Świadczenie z tytułu Leczenia Szpitalnego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek lub Leczenie Szpitalne Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wystąpi:

- 1) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanego przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonych przez ustawę – Prawo lotnicze;
- 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;

6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;

7) w związku z udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Ubezpieczonego;

8) jako wynik choroby nie będącej skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku;

9) w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego Ubezpieczonego.

2.2. Świadczenie z tytułu danego Leczenia Szpitalnego nie jest należne, jeżeli w trakcie tego Leczenia Szpitalnego nastąpi śmierć Ubezpieczonego.

2.3. Świadczenie z tytułu Leczenia Szpitalnego nie jest należne, jeżeli pobyt w Szpitalu miał wyłącznie charakter diagnostyczny, obserwacyjny, jak również w przypadku, gdy podczas pobytu w Szpitalu zastosowane zostało wyłącznie leczenie rehabilitacyjno-usprawniające Ubezpieczonego.

3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia

3.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego obowiązującej w dniu rozpoczęcia Leczenia Szpitalnego Ubezpieczonego, przy uwzględnieniu wskazanej w ust. 1.4 wysokości dziennego świadczenia z uwagi na czas trwania Leczenia Szpitalnego Ubezpieczonego.

3.2. Świadczenie z tytułu Leczenia Szpitalnego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacane jest Ubezpieczonemu, nie wcześniej niż po zakończeniu pobytu w Szpitalu.

§ 31.

UBEZPIECZENIE RYZYKA REHABILITACJI

1. Ochrona Ubezpieczeniowa

1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka Rehabilitacji jest spowodowana chorobą lub Nieszczęśliwym Wypadkiem Rehabilitacja Ubezpieczonego, zlecona przez lekarza prowadzącego jego Leczenie Szpitalne, rozpoczęta podczas trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, nie później niż:

- 1) w okresie 180 (stu osiemdziesięciu) dni po zakończeniu Leczenia Szpitalnego w związku z incydentem neurologicznym (udarem mózgu) lub kardiologicznym (zawałem serca lub operacją serca);
- 2) w okresie 30 (trzydziestu) dni po zakończeniu Leczenia Szpitalnego w przypadkach ortopedycznych.

1.2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka Rehabilitacji Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do pokrycia kosztów Rehabilitacji do wysokości określonej zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 3, o ile Rehabilitacja była poprzedzona leczeniem szpitalnym, w związku z którym Towarzystwo wypłaciło świadczenie z tytułu ubezpieczenia świadczenia szpitalnego „Zdrowe Życie”.

1.3. Przedmiotem odpowiedzialności Towarzystwa jest leczenie rehabilitacyjne przeprowadzone w okresie nie dłuższym niż 90 (dziewięćdziesiąt) dni, licząc od daty jego rozpoczęcia.

1.4. Począwszy od Umowy Ubezpieczenia następującej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 62 (sześćdziesiątego drugiego) roku życia przedmiotem odpowiedzialności Towarzystwa jest jedynie Rehabilitacja ortopedyczna.

1.5. Za zgodą Towarzystwa i pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki, zakres ubezpieczenia ryzyka Rehabilitacji może zostać rozszerzony o zwrot kosztów wizyt u lekarza, kosztu zdjęć RTG, kosztu badania USG i innych badań niezbędnych w procesie leczenia rehabilitacyjnego, z zachowaniem zasad wskazanych w ust. 3.

1.6. W okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni trwania Ochrony Ubezpieczeniowej wynikającej z Umowy Ubezpieczenia Ochrona Ubezpieczeniowa ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku, jeżeli rozpoczęta w tym okresie Rehabilitacja jest następstwem nieszczęśliwego wypadku (Rehabilitacja ortopedyczna).

1.7. W przypadku, gdy w danym roku ubezpieczenia rozpoczęło się więcej niż jedno leczenie rehabilitacyjne Ubezpieczonego, odpowiedzialnością Towarzystwa objęty jest koszt poniesiony w związku z tymi Rehabilitacjami obliczony z zastosowaniem zasad, o których mowa w ust. 3.

2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa

2.1. Świadczenie z tytułu Rehabilitacji nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Leczenie Szpitalne i będąca jego następstwem Rehabilitacja Ubezpieczonego wystąpią:

- 1) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na ujawnionego w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego skutek nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
 - 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
 - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
 - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonych przez ustawę – Prawo lotnicze;
 - 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 7) w związku z udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Ubezpieczonego;
 - 8) w związku z chorobą psychiczną lub zaburzeniami psychicznymi występującymi u Ubezpieczonego;
 - 9) na skutek zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 10) w związku z operacją plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku jakiegoś w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej uległ Ubezpieczony;
- 2.2. Warunkiem uzyskania świadczenia z tytułu Rehabilitacji spowodowanej udarem mózgu, zawałem serca albo operacją serca jest zdiagnozowanie takiej choroby po dacie początku okresu udzielania Ochrony Ubezpieczeniowej oraz dodatkowo, w przypadku:
 - 1) wymagającego Rehabilitacji neurologicznej udaru mózgu – nie zdiagnozowanie u Ubezpieczonego przed dniem rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej nadciśnienia tętniczego lub cukrzycy;
 - 2) wymagającego Rehabilitacji kardiologicznej zawału serca – nie zdiagnozowanie u Ubezpieczonego przed dniem rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego lub cukrzycy;
 - 3) wymagającej Rehabilitacji kardiologicznej operacji serca – nie zdiagnozowanie u Ubezpieczonego przed dniem rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej choroby niedokrwiennej serca.
 - 2.3. Warunkiem uzyskania świadczenia z tytułu Rehabilitacji spowodowanej Nieszczęśliwym Wypadkiem jest zaistnienie tego wypadku po dacie początku okresu udzielania Ochrony Ubezpieczeniowej.
 - 2.4. Koszty Rehabilitacji nie zostaną pokryte w przypadku powtórnego wystąpienia choroby lub powtórnego uszkodzenia wcześniej uszkodzonej kości/struktury kostnej, które były powodem przeprowadzenia procesu Rehabilitacji w przeszłości, w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej wynikającej z ubezpieczenia ryzyka Rehabilitacji, jeżeli za tę Rehabilitację wypłacono świadczenie.
3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia
 - 3.1. Z zastrzeżeniem ust. 3.2, przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Rehabilitacji obowiązującej w dniu rozpoczęcia Rehabilitacji Ubezpieczonego.
 - 3.2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1.7, przy ustalaniu wysokości świadczeń związanych z odbytą Rehabilitacją uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Rehabilitacji obowiązującej w dniu rozpoczęcia przez Ubezpieczonego Rehabilitacji zaordynowanej jako kontynuacja szpitalnego leczenia określonej choroby lub skutków wypadku.
 - 3.3. W ubezpieczeniu ryzyka Rehabilitacji obowiązują:
 - 1) roczny limit wypłat świadczeń do wykorzystania w każdym roku ubezpieczenia równy sumie ubezpieczenia z tytułu Rehabilitacji,
 - 2) maksymalna część sumy ubezpieczenia z tytułu Rehabilitacji, możliwa do wykorzystania wskutek jednego Zdarzenia Ubezpieczeniowego równa 40% (czterdzieści procent) sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 3.1,
 - 3) maksymalna liczba zdarzeń, po zajściu których kolejna Rehabilitacja nie może być rozliczona, równa 3 (trzem) zdarzeniom w każdym Roku Ubezpieczenia.
 - 3.4. Z zastrzeżeniem ust. 1.4, świadczenie z tytułu Rehabilitacji zostanie wypłacone Ubezpieczonemu o ile:
 - 1) Rehabilitacja wymagała poniesienia przez Ubezpieczonego kosztu, który został udokumentowany wystawieniem ubezpieczonemu imiennego rachunku lub faktury oraz oryginał lub poświadczona kopia tego rachunku został dostarczony Towarzystwu;
 - 2) różnica pomiędzy rocznym limitem wypłat świadczeń i sumą uznanych świadczeń z tytułu ubezpieczenia ryzyka Rehabilitacji jest dodatnia;
 - 3) nie został przekroczony żaden z limitów, o których mowa w ust. 3.3 pkt 1) i 2).
 - 3.5. Świadczenie z tytułu Rehabilitacji wypłacane jest Ubezpieczonemu, po zakończeniu Rehabilitacji. Świadczenie z tytułu Rehabilitacji może zostać wypłacone przed zakończeniem Rehabilitacji, jeśli kwota zgromadzonych rachunków przekracza kwotę rocznego limitu wypłat świadczeń albo części sumy ubezpieczenia możliwej do wykorzystania wskutek jednego Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
 - 3.6. Z zastrzeżeniem postanowień ustępów poprzedzających, koszty Rehabilitacji ortopedycznej zostaną pokryte przez Towarzystwo wyłącznie w 50% (pięćdziesięciu procentach) w przypadku, gdy uszkodzona kość/struktura była przed Nieszczęśliwym Wypadkiem osłabiona przez proces zwyrodnieniowy.
- § 32.**
UBEZPIECZENIE RYZYKA REKONWALESCENCJI
1. Ochrona Ubezpieczeniowa
 - 1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka Rekonwalescencji jest Rekonwalescencja Ubezpieczonego, która następuje po co najmniej czternastodniowym leczeniu szpitalnym Ubezpieczonego będącym przedmiotem odpowiedzialności Towarzystwa w ramach ubezpieczenia ryzyka Leczenia Szpitalnego albo w ramach ubezpieczenia ryzyka Leczenia Szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych.
 - 1.2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka Rekonwalescencji Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku Rekonwalescencji Ubezpieczonego, która rozpoczęła się w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego obliczonego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1.4, za czas trwania Rekonwalescencji nie przekraczający dziewięćdziesięciu dni przypadających na dany okres ubezpieczenia.
 - 1.3. W przypadku, gdy w danym roku ubezpieczenia rozpoczęła się więcej niż jedna Rekonwalescencja, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty z tytułu maksymalnie trzech Rekonwalescencji przypadających na dany roczny okres ubezpieczenia.
 - 1.4. Wysokość świadczenia z tytułu Rekonwalescencji jest równa iloczynowi 1% (jednego procentu) sumy ubezpieczenia z tytułu Rekonwalescencji oraz liczby dni Rekonwalescencji przypadających na okres ubezpieczenia.
 2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa
 - 2.1. Świadczenie z tytułu Rekonwalescencji nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli nie zostało uznane za należne świadczenie dotyczące Leczenia Szpitalnego Ubezpieczonego bezpośrednio poprzedzającego Rekonwalescencję.
 - 2.2. W przypadku gdy w trakcie Rekonwalescencji nastąpi ponowne Leczenie Szpitalne Ubezpieczonego, które przerwie bieg Rekonwalescencji, świadczenie z tytułu Rekonwalescencji nie jest należne, a odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty świadczenia z tytułu ubezpieczenia ryzyka Leczenia Szpitalnego albo ubezpieczenia ryzyka Leczenia Szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych.
 3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia
 - 3.1. Z zastrzeżeniem ust. 3.2, przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Rekonwalescencji obowiązującej w dniu rozpoczęcia Rekonwalescencji Ubezpieczonego, przy zastosowaniu wskazanego ust. 1.4 wskaźnika procentowego.
 - 3.2. Świadczenie z tytułu Rekonwalescencji wypłacane jest Ubezpieczonemu, nie wcześniej niż po jej zakończeniu.

§ 33.

UBEZPIECZENIE RYZYKA ŚMIERCI MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO

1. Ochrona Ubezpieczeniowa
 - 1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka Śmierci Małżonka Ubezpieczonego jest Śmierć Małżonka Ubezpieczonego. Ochrona Ubezpieczeniowa może obejmować Partnera Ubezpieczonego, w takim przypadku postanowienia dotyczące Małżonka stosuje się odpowiednio do osoby Partnera. W przypadku gdy Ubezpieczony wskazał Partnera pozostając jednocześnie w związku małżeńskim Ochrona Ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie osobę Partnera.
 - 1.2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych paragrafu niniejszego, udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka Śmierci Małżonka Ubezpieczonego Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku Śmierci Małżonka Ubezpieczonego w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego, wskazanej w Umowie Ubezpieczenia.
 - 1.3. W okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia rozpoczęcia udzielania Ochrony Ubezpieczeniowej, Ochrona Ubezpieczeniowa przysługująca Małżonkowi Ubezpieczonego ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego, wyłącznie w przypadku Śmierci Małżonka Ubezpieczonego będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa
 - 2.1. W trakcie trwania okresu ograniczonej odpowiedzialności Towarzystwa świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek lub Śmierć Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nastąpi:
 - 1) w związku ze spożyciem przez Małżonka Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Małżonka Ubezpieczonego nadużywania przez Małżonka Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
 - 2) w związku z popełnieniem przez Małżonka Ubezpieczonego przestępstwa lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka Ubezpieczonego przestępstwa albo dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
 - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Małżonka Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Małżonka Ubezpieczonego;
 - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Małżonek Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku, gdy Małżonek Ubezpieczonego był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonym przez ustawę – Prawo lotnicze;
 - 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Małżonka Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Małżonka Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 7) w związku z udziałem Małżonka Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Małżonka Ubezpieczonego.
 - 2.2. Po upływie okresu ograniczonej odpowiedzialności Towarzystwa świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone, jeżeli Śmierć Małżonka Ubezpieczonego nastąpi:
 - 1) w ciągu pierwszych 365 (trzystu sześćdziesięciu pięciu) dni udzielania Małżonkowi Ubezpieczonego Ochrony Ubezpieczeniowej, jako skutek którejkolwiek z chorób z Listy Schorzeń Kluczowych, o ile jej objawy, albo proces diagnozowania lub proces leczenia miały miejsce w okresie 5-ciu lat przed objęciem Ubezpieczonego Ochroną Ubezpieczeniową w zakresie danego ryzyka po raz pierwszy;

- 2) w ciągu pierwszych 365 (trzystu sześćdziesięciu pięciu) dni udzielania Małżonkowi Ubezpieczonego Ochrony Ubezpieczeniowej, jako skutek choroby, która jest – zgodnie z dokumentacją medyczną Małżonka Ubezpieczonego – następstwem którejkolwiek z chorób z Listy Schorzeń Kluczowych, oraz jej objawy występowały w okresie 5-ciu lat przed objęciem Ubezpieczonego Ochroną Ubezpieczeniową w zakresie danego ryzyka po raz pierwszy, albo była wówczas diagnozowana lub leczona;
 - 3) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 4) jako rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Małżonka Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 3) aktach przemocy, chyba że udział Małżonka Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.
3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia
 - 3.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia.
 - 3.2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest Uposażonym w częściach określonych przez Ubezpieczonego. Jeżeli wskazał on kilku Uposażonych, a nie określił ich udziału w świadczeniu, albo suma tych udziałów nie jest równa 100%, uważa się, że udziały te są równe. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Małżonka Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. Jeżeli w chwili Śmierci Małżonka Ubezpieczonego nie ma żadnego z Uposażonych, świadczenie przypada Uposażonym Zastępczym z zastosowaniem zasad ustalonych dla Uposażonych. Jeżeli w chwili Śmierci Małżonka Ubezpieczonego nie ma żadnego z Uposażonych ani Uposażonych Zastępczych, świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Małżonka Ubezpieczonego, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.

§ 34.

UBEZPIECZENIE RYZYKA ŚMIERCI MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Ochrona Ubezpieczeniowa
 - 1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku jest Śmierć Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Za zgodą Towarzystwa Ochrona Ubezpieczeniowa może obejmować Partnera Ubezpieczonego, w takim przypadku postanowienia dotyczące Małżonka stosuje się odpowiednio do osoby Partnera. W przypadku gdy Ubezpieczony wskazał Partnera pozostając jednocześnie w związku małżeńskim Ochrona Ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie osobę Partnera.
 - 1.2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, wskazanej w Umowie Ubezpieczenia.
2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa
 - 2.1. Świadczenie z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek lub Śmierć Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nastąpi:
 - 1) w związku ze spożyciem przez Małżonka Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Małżonka Ubezpieczonego nadużywania przez Małżonka Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
 - 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
 - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Małżonka Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Małżonka Ubezpieczonego;

- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Małżonek Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku, gdy Małżonek Ubezpieczonego był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonym przez ustawę – Prawo lotnicze;
- 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Małżonka Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Małżonka Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 7) w związku z udziałem Małżonka Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Małżonka Ubezpieczonego.

3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia

- 3.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia.
- 3.2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacane jest osobie, która w ramach Umowy Ubezpieczenia uprawniona jest do otrzymania świadczenia z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego.

§ 35.

UBEZPIECZENIE RYZYKA ŚMIERCI MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZY PRACY

1. Ochrona Ubezpieczeniowa

- 1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka Śmierci Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy jest Śmierć Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy. Za zgodą Towarzystwa Ochrona Ubezpieczeniowa może obejmować Partnera Ubezpieczonego, w takim przypadku postanowienia dotyczące Małżonka stosuje się odpowiednio do osoby Partnera. W przypadku gdy Ubezpieczony wskazał Partnera pozostając jednocześnie w związku małżeńskim Ochrona Ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie osobę Partnera.
- 1.2. Udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka Śmierci Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy, Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy, wskazanej w Umowie Ubezpieczenia.

2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa

- 2.1. Świadczenie z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek lub Śmierć Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy nastąpi:
 - 1) w związku ze spożyciem przez Małżonka Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Małżonka Ubezpieczonego nadużywania przez Małżonka Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
 - 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
 - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Małżonka Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Małżonka Ubezpieczonego;
 - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Małżonek Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku, gdy Małżonek Ubezpieczonego był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonym przez ustawę – Prawo lotnicze;

- 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Małżonka Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Małżonka Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 7) w związku z udziałem Małżonka Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Małżonka Ubezpieczonego.

3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia

- 3.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia.
- 3.2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy wypłacane jest osobie, która w ramach Umowy Ubezpieczenia uprawniona jest do otrzymania świadczenia z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego.

§ 36.

UBEZPIECZENIE RYZYKA ŚMIERCI MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

1. Ochrona Ubezpieczeniowa

- 1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu jest Śmierć Małżonka Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu. Za zgodą Towarzystwa Ochrona Ubezpieczeniowa może obejmować Partnera Ubezpieczonego, w takim przypadku postanowienia dotyczące Małżonka stosuje się odpowiednio do osoby Partnera. W przypadku gdy ubezpieczony wskazał Partnera pozostając jednocześnie w związku małżeńskim Ochrona Ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie osobę Partnera.
- 1.2. Udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu, Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu, wskazanej w Umowie Ubezpieczenia.
- 1.3. Przysługująca Małżonkowi Ubezpieczonego w ramach Umowy Ubezpieczeniowej Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu rozpoczyna się po upływie stu osiemdziesięciu dni następujących po dniu zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia w zakresie obejmującym takie ryzyko.

2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa

- 2.1. Świadczenie z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli zawał serca, udar mózgu lub śmierć wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu nastąpi:
 - 1) w związku ze spożyciem przez Małżonka Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Małżonka Ubezpieczonego nadużywania przez Małżonka Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
 - 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
 - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Małżonka Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Małżonka Ubezpieczonego;
 - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Małżonek Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku, gdy Małżonek Ubezpieczonego był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonym przez ustawę – Prawo lotnicze;

- 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Małżonka Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Małżonka Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 7) w związku z udziałem Małżonka Ubezpieczonego w zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Małżonka Ubezpieczonego;
 - 9) jako wynik zakażenia Małżonka Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 10) w związku z chorobą psychiczną Małżonka Ubezpieczonego lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi;
 - 11) jako skutek którejkolwiek z chorób z Listy Schorzeń Kluczowych, o ile jej objawy, albo proces diagnozowania lub proces leczenia miały miejsce w okresie 5-ciu lat przed objęciem Ubezpieczonego Ochroną Ubezpieczeniową w zakresie danego ryzyka po raz pierwszy;
 - 12) jako skutek choroby, która jest – zgodnie z dokumentacją medyczną Małżonka Ubezpieczonego – następstwem którejkolwiek z chorób z Listy Schorzeń Kluczowych, oraz jej objawy występowały w okresie 5-ciu lat przed objęciem Ubezpieczonego Ochroną Ubezpieczeniową w zakresie danego ryzyka po raz pierwszy, albo była wówczas diagnozowana lub leczona;
- 2.2. Ponadto świadczenie z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, w przypadku wystąpienia u Małżonka Ubezpieczonego:
- 1) Udaru Mózgu – jeżeli przed rozpoczęciem Ochrony Ubezpieczeniowej rozpoznano bądź leczono u Małżonka Ubezpieczonego nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę;
 - 2) Zawału Serca – jeżeli przed rozpoczęciem Ochrony Ubezpieczeniowej rozpoznano bądź leczono u Małżonka Ubezpieczonego chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę.
- 2.3. Świadczenie z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu nie zostanie wypłacone jeżeli brak będzie jednoznacznego orzeczenia lekarskiego, że przyczyną śmierci był Zawał Serca lub Udar Mózgu.
3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia
- 3.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia.
- 3.2. Rozpoznanie Zawału Serca jako pierwotnej (wyjściowej) lub bezpośredniej przyczyny zgonu musi być potwierdzone w karcie zgonu lub innym dokumencie wystawionym przez instytucję uprawnioną do stwierdzenia przyczyny zgonu i dodatkowo potwierdzone dokumentacją medyczną wystawioną przez placówkę służby zdrowia.
- 3.3. Rozpoznanie Udaru Mózgu jako pierwotnej (wyjściowej) lub bezpośredniej przyczyny zgonu musi być potwierdzone w karcie zgonu lub innym dokumencie wystawionym przez instytucję uprawnioną do stwierdzenia przyczyny zgonu i dodatkowo potwierdzone dokumentacją medyczną wystawioną przez placówkę służby zdrowia.
- 3.4. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu wypłacane jest osobie, która w ramach Umowy Ubezpieczenia uprawniona jest do otrzymania świadczenia z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego.

§ 37.

UBEZPIECZENIE RYZYKA ŚMIERCI MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

1. Ochrona Ubezpieczeniowa
 - 1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego jest Śmierć Małżonka Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego. Za zgodą Towarzystwa Ochrona Ubezpieczeniowa może obejmować Partnera Ubezpieczonego, w takim przypadku postanowienia dotyczące Małżonka stosuje się odpowiednio do osoby Partnera. W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazał Partnera pozostając jednocześnie w związku małżeńskim Ochrona Ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie osobę Partnera.
 - 1.2. Udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego, Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, świadczenia

ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego, wskazanej w Umowie Ubezpieczenia.

2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa

2.1. Świadczenie z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli wypadek komunikacyjny lub Śmierć Małżonka Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego nastąpi:

- 1) w związku ze spożyciem przez Małżonka Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Małżonka Ubezpieczonego nadużywania przez Małżonka Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Małżonka Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Małżonka Ubezpieczonego;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Małżonka Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku, gdy Małżonka Ubezpieczonego był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonych przez ustawę – Prawo lotnicze;
- 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Małżonka Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Małżonka Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 7) w związku z udziałem Małżonka Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Małżonka Ubezpieczonego.

3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia

- 3.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia.
- 3.2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego wypłacane jest osobie, która w ramach Umowy Ubezpieczenia uprawniona jest do otrzymania świadczenia z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego.

§ 38.

UBEZPIECZENIE RYZYKA KALECTWA MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Ochrona Ubezpieczeniowa

- 1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach ubezpieczenia ryzyka Kalectwa Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku jest powstanie Kalectwa Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Za zgodą Towarzystwa Ochrona Ubezpieczeniowa może obejmować Partnera Ubezpieczonego, w takim przypadku postanowienia dotyczące Małżonka stosuje się odpowiednio do osoby Partnera. W przypadku gdy Ubezpieczony wskazał Partnera pozostając jednocześnie w związku małżeńskim Ochrona Ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie osobę Partnera.
- 1.2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka Kalectwa Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w przypadku Kalectwa Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku powstałego w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej – świadczenia ubezpieczeniowego równego procentowi wskazanej w Umowie Ubezpieczenia sumy ubezpieczenia z tytułu Kalectwa Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, określonemu zgodnie z poniższą tabelą:

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

Poszczególne terminy użyte w niniejszej tabeli oznaczają:

- 1) amputacja – całkowite fizyczne pozbawienie organu,
- 2) utrata – amputacja lub całkowite i trwale pozbawienie funkcji tego organu,
- 3) encefalopatia pourazowa – narastający zespół psychoorganiczny występujący po przebytych, udokumentowanym urazie głowy oraz zmiany w układzie nerwowym potwierdzone badaniami neurologa lub odchyleniami w jednym z następujących badań: tomografii komputerowej mózgu, rezonansie magnetycznym mózgu, encefalogramie, testach psychologicznych,
- 4) unieruchomienie stawu – utrata funkcji stawu biodrowego, barkowego i kolanowego w stopniu większym niż 50%,
- 5) skrócenie kończyny dolnej o co najmniej 3 cm z zaburzeniami chodu – obejmuje przypadki spowodowane zarówno uszkodzeniem w obrębie samej kończyny dolnej w zakresie części kostnych, mięśni i więzadeł, jak i uszkodzeniem innych części anatomicznych układu kostno-mięśniowo- więzadłowego pasa obręczy biodrowej i kręgosłupa. Skrócenie kończyny nie dotyczy przypadku, w którym będzie spowodowane utratą stopy lub utratą podudzia.

1.3. Za wszystkie uszkodzenia ciała powstałe wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe równe sumie kwot wynikającej z zastosowania tabeli zamieszczonej powyżej, nie wyższe jednak niż 100% (sto procent) sumy ubezpieczenia z tytułu Kalectwa Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

1.4. W przypadku spełnienia się przesłanek do dokonania przez Towarzystwo wypłaty świadczenia z tytułu Kalectwa Małżonka Ubezpieczonego powstałego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w wysokości niższej niż wskazana w Umowie Ubezpieczenia suma ubezpieczenia z tytułu Kalectwa Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, przez pozostały czas trwania Ochrony Ubezpieczeniowej sumę ubezpieczenia z tytułu Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku danego Małżonka Ubezpieczonego stanowiła będzie procentowo określona część sumy z tytułu Kalectwa Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wskazanej w Umowie Ubezpieczenia pozostała po dokonaniu wypłaty zgodnie z tabelą zamieszczoną powyżej – aż do jej całkowitego wykorzystania.

2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa

2.1. Świadczenie z tytułu Kalectwa Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek lub Kalectwo Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku powstanie:

- 1) w związku ze spożyciem przez Małżonka Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Małżonka Ubezpieczonego nadużywania przez Małżonka Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;

- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Małżonka Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Małżonek Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku, gdy Małżonek Ubezpieczonego było pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonym przez ustawę – Prawo lotnicze;
- 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Małżonka Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Małżonka Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 7) w związku z udziałem Małżonka Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Małżonka Ubezpieczonego.

3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia

3.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Kalectwa Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia.

3.2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Kalectwa Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacane jest Małżonkowi Ubezpieczonego.

§ 39.

UBEZPIECZENIE RYZYKA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Ochrona Ubezpieczeniowa

1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku jest Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Za zgodą Towarzystwa Ochrona Ubezpieczeniowa może obejmować Partnera Ubezpieczonego, w takim przypadku postanowienia dotyczące Małżonka stosuje się odpowiednio do osoby Partnera. W przypadku gdy Ubezpieczony wskazał Partnera pozostając jednocześnie w związku małżeńskim Ochrona Ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie osobę Partnera.

1.2. Udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w przypadku powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wskazanej w Umowie Ubezpieczenia, odpowiadającemu określonej procentowo wysokości doznanej przez Małżonka Ubezpieczonego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu.

2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa

2.1. W przypadku uszkodzenia kończyny, mającego charakter wielomiejscowy, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości nie wyższej niż wysokość świadczenia ubezpieczeniowego, które należne byłoby Małżonkowi Ubezpieczonego z tytułu powstania Trwałego Uszczerbku polegającego odpowiednio na utracie części lub całości kończyny.

2.2. Za wszystkie uszkodzenia ciała powstałe wskutek jednego zdarzenia Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości nie wyższej niż 100% (sto procent) sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

2.3. Jeżeli Małżonek Ubezpieczonego zmarł przed ustaleniem wysokości Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zobowiązania do zapłaty wyłącznie jednego świadczenia ubezpieczeniowego równego większej z wartości, którymi są: suma ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego oraz świadczenie z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Wysokość świadczenia z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu ustalona zostanie przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo, w oparciu

o posiadaną dokumentację dotyczącą stanu zdrowia Małżonka Ubezpieczonego i przebiegu leczenia.

2.4. Świadczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek lub Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku powstanie:

- 1) w związku ze spożyciem przez Małżonka Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Małżonka Ubezpieczonego nadużywania przez Małżonka Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Małżonka Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Małżonka Ubezpieczonego;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Małżonek Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku, gdy Małżonek Ubezpieczonego był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonych przez ustawę – Prawo lotnicze;
- 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Małżonka Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Małżonka Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 7) w związku z udziałem Małżonka Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Małżonka Ubezpieczonego.

3. Ustalenie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia

3.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia.

3.2. Świadczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacane jest Małżonkowi Ubezpieczonego.

3.3. Wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, doznanego przez Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, ustalana jest przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo po całkowitym zakończeniu leczenia i Rehabilitacji Małżonka Ubezpieczonego.

3.4. W przypadku, gdy zgodnie z opinią tego lekarza, okres leczenia Małżonka Ubezpieczonego będzie dłuższy niż dwanaście miesięcy, Małżonek Ubezpieczonego po upływie sześciu miesięcy leczenia może złożyć Towarzystwu wniosek o dokonanie wcześniejszej wypłaty połowy minimalnego świadczenia, które zgodnie z przewidywaniami Towarzystwa należne będzie Małżonkowi Ubezpieczonego po całkowitym zakończeniu leczenia. Przewidywaną minimalną wysokość świadczenia Towarzystwo określa na podstawie dokumentów przedstawionych przez Małżonka Ubezpieczonego oraz ustalenia lekarza przez nie wyznaczonego.

3.5. W przypadku, gdy na skutek zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego nastąpi utrata lub uszkodzenie narządu albo układu, którego funkcja była już wcześniej dotknięta trwałym uszczerbkiem, w szczególności powstałym na skutek innego zdarzenia, choroby lub wady wrodzonej, wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu określa się jako różnicę pomiędzy stwierdzanym obecnie stanem Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, a wysokością trwałego uszczerbku istniejącą bezpośrednio przed zajściem tego zdarzenia. Jeżeli Trwały Uszczerbek na Zdrowiu dotyczy narządu albo układu, którego funkcje były już dotknięte trwałym uszczerbkiem, w związku z którym Towarzystwo dokonało wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, przyjmuje się, że stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu stanowi różnicę pomiędzy wysokością trwałego uszczerbku będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, a wysokością trwałego uszczerbku, za który uprzednio

wypłacone zostało świadczenie. Jeżeli jednak określenie w jakim stopniu funkcja organu, narządu lub układu była naruszona nie jest możliwe, przyjmuje się, że przed zajściem Zdarzenia Ubezpieczeniowego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu nie było.

3.6. Jeżeli po ustaleniu przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo wysokości powstałego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego i wypłaceniu odpowiedniego świadczenia, nie później jednak niż w trakcie dwudziestu czterech miesięcy następujących po dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, nastąpi pogorszenie stanu zdrowia Małżonka Ubezpieczonego, Towarzystwo na wniosek Małżonka Ubezpieczonego, poparty odpowiednimi zaświadczeniami lekarskimi ponownie ustali wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i dokona wypłaty dodatkowej części świadczenia. Późniejsza zmiana stopnia uszczerbku na zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

§ 40.

UBEZPIECZENIE RYZYKA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU W SYSTEMIE ŚWIADCZEŃ PROGRESYWNYCH

1. Ochrona Ubezpieczeniowa

1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w systemie świadczeń progresywnych jest Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Za zgodą Towarzystwa Ochrona Ubezpieczeniowa może obejmować Partnera Ubezpieczonego, w takim przypadku postanowienia dotyczące Małżonka stosuje się odpowiednio do osoby partnera. W przypadku gdy Ubezpieczony wskazał Partnera pozostając jednocześnie w związku małżeńskim Ochrona Ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie osobę Partnera.

1.2. Z zastrzeżeniem ust. 1.3, udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w systemie świadczeń progresywnych Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w przypadku powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – świadczenia ubezpieczeniowego w kwocie stanowiącej iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskazanej w Umowie Ubezpieczenia, wysokości procentowego uszczerbku na zdrowiu doznanego przez Małżonka Ubezpieczonego oraz wskaźnika progresji. Wysokość wskaźnika progresji zależy od wysokości procentowego uszczerbku na zdrowiu i wynosi odpowiednio:

- 1) 1 – dla łącznego uszczerbku na zdrowiu wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku nie większego niż 25%;
- 2) 1,5 – dla łącznego uszczerbku na zdrowiu wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku powyżej 25% do 45%;
- 3) 2 – dla łącznego uszczerbku na zdrowiu wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku powyżej 45% do 65%;
- 4) 3 – dla łącznego uszczerbku na zdrowiu wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku powyżej 65% do 85%;
- 5) 4 – dla łącznego uszczerbku na zdrowiu wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku powyżej 85% do 100%.

1.3. W przypadku gdy suma Trwałych Uszczerbków na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku z tytułu jednego lub kilku Nieszczęśliwych Wypadków, z których należne było lub jest świadczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przekracza 100% (sto procent) to świadczenie z tytułu kolejnych uszczerbków na zdrowiu w danym okresie ubezpieczenia wynosić będzie każdorazowo 10% (dziesięć procent) kwoty obliczonej w sposób wskazany w ust. 1.2.

2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa

2.1. W przypadku uszkodzenia kończyny, mającego charakter wielomiejscowy, obejmujący część lub całość kończyny, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości nie wyższej niż wysokość świadczenia ubezpieczeniowego, które należne byłoby Małżonkowi Ubezpieczonego z tytułu powstania trwałego uszczerbku polegającego odpowiednio na utracie części lub całości kończyny.

2.2. Za wszystkie Trwałe Uszczerbki na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego powstałe wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości nie wyższej niż czterysta procent sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

- 2.3. Jeżeli Małżonek Ubezpieczonego zmarł przed ustaleniem wysokości Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zobowiązania do zapłaty wyłącznie jednego świadczenia ubezpieczeniowego równego większej z wartości, którymi są: suma ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego oraz świadczenie z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Wysokość świadczenia z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego ustalona zostanie przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo, w oparciu o posiadaną dokumentację dotyczącą stanu zdrowia Małżonka Ubezpieczonego i przebiegu leczenia.
- 2.4. Świadczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek lub Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku powstanie:
- 1) w związku ze spożyciem przez Małżonka Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Małżonka Ubezpieczonego nadużywania przez Małżonka Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
 - 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
 - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Małżonka Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Małżonka Ubezpieczonego;
 - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Małżonek Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku, gdy Małżonek Ubezpieczonego był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonym przez ustawę – Prawo lotnicze;
 - 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Małżonka Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Małżonka Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 7) w związku z udziałem Małżonka Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Małżonka Ubezpieczonego.
3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia
- 3.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia przy uwzględnieniu postanowień ust. 1.3.
- 3.2. Świadczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacane jest Małżonkowi Ubezpieczonego.
- 3.3. Wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, doznanego przez Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, ustalana jest przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo po całkowitym zakończeniu leczenia i Rehabilitacji Małżonka Ubezpieczonego.
- 3.4. W przypadku, gdy zgodnie z opinią tego lekarza, okres leczenia Małżonka Ubezpieczonego będzie dłuższy niż dwanaście miesięcy, Małżonek Ubezpieczonego po upływie sześciu miesięcy leczenia może złożyć Towarzystwu wniosek o dokonanie wcześniejszej wypłaty połowy minimalnego świadczenia, które zgodnie z przewidywaniami Towarzystwa należne będzie Małżonkowi Ubezpieczonego po całkowitym zakończeniu leczenia. Przewidywaną minimalną wysokość świadczenia Towarzystwo określa na podstawie dokumentów przedstawionych przez Małżonka Ubezpieczonego oraz ustalenia lekarza przez nie wyznaczonego.
- 3.5. W przypadku, gdy na skutek zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego nastąpi utrata lub uszkodzenie narządu albo układu, którego funkcja była już wcześniej dotknięta trwałym uszczerbkiem, w szczególności powstałym na skutek innego zdarzenia, choroby lub wady wrodzonej,

wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu określa się jako różnicę pomiędzy stwierdzanym obecnie stanem Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, a wysokością trwałego uszczerbku istniejącą bezpośrednio przed zajściem tego zdarzenia. Jeżeli Trwały Uszczerbek na Zdrowiu dotyczy narządu albo układu, którego funkcje były już dotknięte trwałym uszczerbkiem, w związku z którym Towarzystwo dokonało wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, przyjmuje się, że stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu stanowi różnicę pomiędzy wysokością trwałego uszczerbku będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, a wysokością trwałego uszczerbku, za który uprzednio wypłacone zostało świadczenie. Jeżeli jednak określenie w jakim stopniu funkcja organu, narządu lub układu była naruszona nie jest możliwe, przyjmuje się, że przed zajściem Zdarzenia Ubezpieczeniowego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu nie było.

- 3.6. Jeżeli po ustaleniu przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo wysokości powstałego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego i wypłaceniu odpowiedniego świadczenia, nie później jednak niż w trakcie dwudziestu czterech miesięcy następujących po dniu zajścia Nieszczęśliwego Wypadku, nastąpi pogorszenie stanu zdrowia Małżonka Ubezpieczonego, Towarzystwo na wniosek Małżonka Ubezpieczonego, poparty odpowiednimi zaświadczeniami lekarskimi ponownie ustali wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i dokona wypłaty dodatkowej części świadczenia. Późniejsza zmiana stopnia uszczerbku na zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

§ 41.

UBEZPIECZENIE RYZYKA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

1. Ochrona Ubezpieczeniowa

- 1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu jest Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu. Za zgodą Towarzystwa Ochrona Ubezpieczeniowa może obejmować Partnera Ubezpieczonego, w takim przypadku postanowienia dotyczące Małżonka stosuje się odpowiednio do osoby Partnera. W przypadku gdy Ubezpieczony wskazał Partnera pozostając jednocześnie w związku małżeńskim, Ochrona Ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie osobę Partnera.
- 1.2. Z zastrzeżeniem ust. 1.3, 1.4 i 1.5, udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w przypadku powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wynikającego z przebytego przez Małżonka Ubezpieczonego Zawału Serca lub Udaru Mózgu, o ile Zawał Serca lub Udar Mózgu zaistniały w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej – świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu wskazanej w Umowie Ubezpieczenia, odpowiadającemu określonej procentowej wysokości doznanego przez Małżonka Ubezpieczonego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu.
- 1.3. Epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) oraz wszelkie inne postacie ostrych incydentów wieńcowych nie stanowią Zawału Serca.
- 1.4. Epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA), zawał mózgu lub krwawienie śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem, wtórny krwotok do istniejących ognisk poudarowych, patologie naczyń krwionośnych powodujące zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) oraz jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych, nie stanowią Udaru Mózgu.
- 1.5. W przypadku, gdy suma Trwałych Uszczerbków na Zdrowiu z tytułu Zawału Serca lub Udaru Mózgu z których należne było lub jest świadczenie z tytułu ubezpieczenia ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu przekracza 100% (sto procent), to świadczenie z tytułu kolejnych uszczerbków na zdrowiu w danym okresie ubezpieczenia wynosić będzie każdorazowo 10% (dziesięć procent) kwoty obliczonej w sposób wskazany w ust. 1.2.
2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa
- 2.1. Za wszystkie Trwałe Uszczerbki na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego powstałe wskutek jednego Zawału Serca lub Udaru Mózgu Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe

w wysokości nie wyższej niż 100% (sto procent) sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu ale nie więcej niż kwotę należną z tytułu doznania przez Małżonka Ubezpieczonego stu procent Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu.

2.2. Jeżeli Małżonek Ubezpieczonego zmarł przed ustaleniem wysokości Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zobowiązania do zapłaty wyłącznie jednego świadczenia ubezpieczeniowego równego większej z wartości, którymi są: suma ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka Ubezpieczonego oraz świadczenie z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu. Wysokość świadczenia z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu ustalona zostanie przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo, w oparciu o posiadaną dokumentację dotyczącą stanu zdrowia Małżonka Ubezpieczonego i przebiegu leczenia.

2.3. Świadczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli zawał serca, udar mózgu lub Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powstanie:

- 1) w związku ze spożyciem przez Małżonka Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Małżonka Ubezpieczonego nadużywania przez Małżonka Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Małżonka Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Małżonka Ubezpieczonego;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Małżonek Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku, gdy Małżonek Ubezpieczonego był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonych przez ustawę – Prawo lotnicze;
- 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Małżonka Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Małżonka Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 7) w związku z udziałem Małżonka Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Małżonka Ubezpieczonego;
- 8) jako wynik zakażenia Małżonka Ubezpieczonego wirusem HIV;
- 9) w związku z chorobą psychiczną Małżonka Ubezpieczonego lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi.

2.4. Ponadto świadczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, w przypadku wystąpienia u Małżonka Ubezpieczonego:

- 1) Udaru Mózgu – jeżeli przed rozpoczęciem Ochrony Ubezpieczeniowej rozpoznano bądź leczono u Małżonka Ubezpieczonego nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę;
- 2) Zawału Serca – jeżeli przed rozpoczęciem Ochrony Ubezpieczeniowej rozpoznano bądź leczono u Małżonka Ubezpieczonego chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę.

2.5. Świadczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu nie zostanie wypłacone jeżeli brak będzie jednoznacznego orzeczenia lekarskiego wskazującego, że przyczyną trwałego uszczerbku był Zawał Serca lub Udar Mózgu.

3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia

3.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu obowiązującej w dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia przy uwzględnieniu postanowień ust. 1.3.

3.2. Świadczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu wypłacane jest Małżonkowi Ubezpieczonego.

3.3. Wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, doznanego przez Małżonka Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu, ustalana jest przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo po całkowitym zakończeniu Leczenia i Rehabilitacji Małżonka Ubezpieczonego.

3.4. W przypadku, gdy zgodnie z opinią tego lekarza, okres leczenia Małżonka Ubezpieczonego będzie dłuższy niż dwanaście miesięcy, Małżonek Ubezpieczonego po upływie sześciu miesięcy leczenia może złożyć Towarzystwu wniosek o dokonanie wcześniejszej wypłaty połowy minimalnego świadczenia, które zgodnie z przewidywaniami Towarzystwa należne będzie Małżonkowi ubezpieczonemu po całkowitym zakończeniu leczenia. Przewidywaną minimalną wysokość świadczenia Towarzystwo określa na podstawie dokumentów przedstawionych przez Małżonka Ubezpieczonego oraz ustalenia lekarza przez nie wyznaczonego.

3.5. W przypadku, gdy na skutek zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego nastąpi utrata lub uszkodzenie narządu albo układu, którego funkcja była już wcześniej dotknięta trwałym uszczerbkiem, w szczególności powstałym na skutek innego zdarzenia, choroby lub wady wrodzonej, wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu określa się jako różnicę pomiędzy stwierdzanym obecnie stanem Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, a wysokością trwałego uszczerbku istniejącą bezpośrednio przed zajściem tego zdarzenia. Jeżeli Trwały Uszczerbek na Zdrowiu dotyczy narządu albo układu, którego funkcje były już dotknięte trwałym uszczerbkiem, w związku z którym Towarzystwo dokonało wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, przyjmuje się, że stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu stanowi różnicę pomiędzy wysokością trwałego uszczerbku będącego następstwem zawału serca lub udaru mózgu, a wysokością trwałego uszczerbku, za który uprzednio wypłacone zostało świadczenie. Jeżeli jednak określenie w jakim stopniu funkcja organu, narządu lub układu była naruszona nie jest możliwe, przyjmuje się, że przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu nie było.

3.6. Jeżeli po ustaleniu przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo wysokości powstałego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego i wypłaceniu odpowiedniego świadczenia, nie później jednak niż w trakcie dwudziestu czterech miesięcy następujących po dniu zajścia zawału serca lub udaru mózgu, nastąpi pogorszenie stanu zdrowia Małżonka Ubezpieczonego, Towarzystwo na wniosek Małżonka Ubezpieczonego, poparty odpowiednimi zaświadczeniami lekarskimi ponownie ustali wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i dokona wypłaty dodatkowej części świadczenia. Późniejsza zmiana stopnia uszczerbku na zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

§ 42.

UBEZPIECZENIE RYZYKA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO

1. Ochrona Ubezpieczeniowa

1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka Poważnego Zachorowania Małżonka Ubezpieczonego jest w zależności od wskazanego w Umowie Ubezpieczenia wariantu:

- 1) wariant I – wystąpienie u Małżonka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania w wersji 1;
- 2) wariant II – wystąpienie u Małżonka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania w wersji 2;

Za zgodą Towarzystwa Ochrona Ubezpieczeniowa może obejmować Partnera Ubezpieczonego, w takim przypadku postanowienia dotyczące Małżonka stosuje się odpowiednio do osoby Partnera. W przypadku gdy Ubezpieczony wskazał Partnera pozostając jednocześnie w związku małżeńskim Ochrona Ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie osobę Partnera.

1.2. Schorzenia będące przedmiotem ubezpieczenia w ramach ubezpieczenia ryzyka Poważnego Zachorowania Małżonka Ubezpieczonego zostały sklasyfikowane w ramach czterech grup:

Poważne Zachorowanie – wersja 1	Poważne Zachorowanie – wersja 2
Grupa I	
a) niewydolność nerek; b) przeszczep narządów; c) śpiączka;	a) niewydolność nerek; b) przeszczep narządów; c) śpiączka; d) stwardnienie rozsiane; e) schyłkowa niewydolność wątroby;

Grupa II	
a) zawał serca; b) operacja pomostowania naczyń wieńcowych; c) operacja aorty; d) udar mózgu;	a) zawał serca; b) operacja pomostowania naczyń wieńcowych; c) operacja aorty; d) udar mózgu; e) angioplastyka naczyń wieńcowych; f) operacja zastawek serca;
Grupa III	
a) nowotwór złośliwy;	a) nowotwór złośliwy; b) niedokrwiłość aplastyczna; c) łagodny nowotwór mózgu;
Grupa IV	
a) rozległe oparzenie; b) utrata wzroku; c) utrata mowy;	a) rozległe oparzenie; b) utrata wzroku; c) utrata mowy; d) utrata słuchu; e) utrata kończyn; f) porażenie kończyn; g) gruźlica

1.3. Ilekroć w Warunkach Ogólnych w odniesieniu do ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Małżonka Ubezpieczonego, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:

- 1) angioplastyka naczyń wieńcowych** – pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przy użyciu angioplastyki balonowej, przeszskórnej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod, zalecone przez specjalistę kardiologa na podstawie wyniku angiografii potwierdzającej istotne zwężenie tętnicy wieńcowej;
- 2) gruźlica** – zakażenie prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) z zajęciem płuc lub którejkolwiek z wymienionych struktur pozapłucnych: opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych, mózgu, rozpoznane na podstawie dodatniego badania bakteriologicznego, badania histopatologicznego lub badania radiologicznego, wymagające leczenia przeciwpłatkowego w warunkach szpitalnych;
- 3) łagodny nowotwór mózgu** – guz wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny;
- 4) niedokrwiłość aplastyczna (aplazja szpiku)** – przewlekła choroba szpiku kostnego powodująca niedokrwiłość, neutropenię trombocytopenię, wymagająca leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:
 - przetaczanie preparatów krwiopochodnych,
 - podawanie preparatów stymulujących szpik,
 - podawanie preparatów immunosupresyjnych,
 - przeszczepienie szpiku kostnego, potwierdzone przez specjalistę hematologa;
- 5) niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, charakteryzujące się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek;
- 6) nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) rozpoznany jako złośliwy badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez specjalistę onkologa lub histopatologa, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek, a także białaczka, chłoniak złośliwy, ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów; w rozumieniu OWU za nowotwory złośliwe nie uznaje się:
 - raka nieinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji szyjki macicy w stopniu CIN 1, CIN 2 lub CIN 3,
 - wczesnego raka gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b oraz odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji),

- czerniaka złośliwego skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤ 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
 - nadmiernego rogowacenia (hyperkeratosis), raka podstawonokomórkowego skóry i raka kolczystokomórkowego skóry,
 - wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 7) operacja aorty** – operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub aorty brzusznej przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty, za wyjątkiem zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
 - 8) operacja pomostowania naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego, poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona wskutek zalecenia specjalisty kardiologa, za wyjątkiem angioplastyki oraz jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
 - 9) operacja zastawek serca** – zalecona przez specjalistę kardiologa pierwszorazowa operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonana przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzona na skutek uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych;
 - 10) porażenie kończyn** – całkowita i trwała utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu, rozpoznana przez specjalistę neurologa, jak również utrata funkcji kończyn określana jako paraplegia, diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia;
 - 11) przeszczep narządów** – zabieg operacyjny będący skutkiem nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu, polegający na przeszczepieniu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki, szpiku kostnego – przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy, za wyjątkiem zabiegów wykorzystujących komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione, jak również fakt zakwalifikowania na listę biorców oczekujących na przeszczep któregośkolwiek z wymienionych narządów;
 - 12) rozległe oparzenie** – stan, w którym co najmniej dwadzieścia procent całkowitej powierzchni ciała uległo uszkodzeniu wskutek poparzenia trzeciego stopnia;
 - 13) schyłkowa niewydolność wątroby** – schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
 - wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
 - trwała żółtaczka,
 - żylaki przełyku,
 - encefalopatia wrotna;
 - 14) stwardnienie rozsiane** – zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy, potwierdzone ostatecznym rozpoznaniem postawionym przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia;
 - 15) śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin, charakteryzujący się dodatkowo zaistnieniem trwałego ubytku neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa;
 - 16) udar mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej – w rozumieniu OWU – przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - nagle wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu;
 - obecność ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres co najmniej 3 miesięcy od chwili rozpoznania schorzenia;

- c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla schorzenia w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI),

Epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA), zawał mózgu lub krwawienie śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem, wtórny krwotok do istniejących ognisk poudarowych, patologie naczyń krwionośnych powodujące zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) oraz jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

- 17) **utrata kończyn** – całkowita i nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana zewnętrznym urazem polegająca na jednoczesnej utracie obu rąk (dłoni) lub obu stóp albo jednoczesnej utracie jednej ręki (dłoni) i jednej stopy;
- 18) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, potwierdzona przez specjalistę laryngologa w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych, niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia;
- 19) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu, niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia, spowodowana nagłym zachorowaniem lub urazem, potwierdzona przez specjalistę laryngologa na podstawie badań audiometrycznych;
- 20) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata wzroku spowodowana nagłym zachorowaniem lub urazem, potwierdzona przez specjalistę okulistę, niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia;
- 21) **zawał serca** – dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego – w rozumieniu OWU – rozpoznana w oparciu o stwierdzenie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistnieniem co najmniej jednego z poniższych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- a) typowe objawy schorzenia w postaci bólu w klatce piersiowej;
 - b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.
- Epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) oraz wszelkie inne postacie ostrych incydentów wieńcowych nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji.
- 1.4. Dniem wystąpienia Poważnego Zachorowania Małżonka Ubezpieczonego jest:
- 1) dzień zabiegu lub zabiegu operacyjnego – w przypadku: angioplastyki naczyń wieńcowych, operacji aorty, operacji pomostowania naczyń wieńcowych, operacji zastawek serca;
 - 2) dzień zakwalifikowania Małżonka Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep albo dzień wykonania przeszczepu narządu jeśli Małżonek Ubezpieczonego nie był na liście biorców – w przypadku przeszczepu narządów;
 - 3) ostatni dzień 12 (dwunasto) miesięcznego okresu trwania schorzenia – w przypadku utraty mowy;
 - 4) dzień rozpoznania jednostki chorobowej wskazany w dokumencie zawierającym wynik badania histopatologicznego przeprowadzonego przez lekarza specjalistę – w przypadku nowotworu złośliwego;
 - 5) dzień postawienia diagnozy potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z definicją przez lekarza o specjalizacji wskazanej w tej definicji – w przypadku: łagodnego nowotworu mózgu, niedokrwistości aplastycznej (apłazji szpiku), porażenia kończyn, stwardnienia rozsianego, śpiączki, utraty słuchu, utraty wzroku;
 - 6) dzień wykonania badania diagnostycznego, na podstawie którego postawiono rozpoznanie gruźlicy, o ile w następstwie postawionego rozpoznania zostało przeprowadzone leczenie przeciwprątkowe w warunkach szpitalnych – w przypadku gruźlicy;
 - 7) dzień postawienia przez lekarza diagnozy potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z definicją – w pozostałych przypadkach.

1.5. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Ubezpieczonego polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty:

- 1) w przypadku wystąpienia, w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, pierwszego Poważnego Zachorowania Małżonka Ubezpieczonego – świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Ubezpieczonego, wskazanej w Umowie Ubezpieczenia;
- 2) w przypadku wystąpienia, w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, nie wcześniej jednak niż po upływie 365 dni od dnia wystąpienia pierwszego Poważnego Zachorowania Małżonka Ubezpieczonego skutkującego wypłatą świadczenia, drugiego Poważnego Zachorowania, innego niż schorzenia wskazane w grupie I oraz sklasyfikowanego w innej grupie niż pierwsze Poważne Zachorowanie – świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Ubezpieczonego, wskazanej w Umowie Ubezpieczenia;
- 3) w przypadku wystąpienia, w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, nie wcześniej jednak niż po upływie 365 dni od dnia wystąpienia drugiego Poważnego Zachorowania Małżonka Ubezpieczonego skutkującego wypłatą świadczenia, trzeciego Poważnego Zachorowania, innego niż schorzenia wskazane w grupie I oraz sklasyfikowanego w innej grupie niż pierwsze i drugie Poważne Zachorowanie – świadczenia ubezpieczeniowego równego dziesięciu procentom sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Ubezpieczonego, wskazanej w Umowie Ubezpieczenia.

1.6. W wariancie II wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu angioplastyki naczyń wieńcowych oraz gruźlicy jest równa sumie ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Ubezpieczonego ale nie więcej niż 15 000 (piętnaście tysięcy) zł. Jednocześnie wypłata świadczenia z tytułu angioplastyki naczyń wieńcowych oraz gruźlicy nie wpływa na uprawnienia do świadczeń z tytułu innych Poważnych Zachorowań sklasyfikowanych odpowiednio do grupy II i IV.

1.7. Przysługująca Małżonkowi Ubezpieczonego w ramach Umowy Ubezpieczenia Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu ryzyka Poważnego Zachorowania Małżonka Ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie stu osiemdziesięciu dni następujących po dniu zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia w zakresie takiego ryzyka.

2. Okres ubezpieczenia

2.1. Przysługująca Małżonkowi Ubezpieczonego w ramach ubezpieczenia ryzyka Poważnego Zachorowania Małżonka Ubezpieczonego Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa w dniu:

- 1) wystąpienia pierwszego z Poważnych Zachorowań wymienionych w grupie I, objętego odpowiedzialnością Towarzystwa;
- 2) wystąpienia trzeciego z Poważnych Zachorowań objętych odpowiedzialnością Towarzystwa;

3. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa

3.1. Świadczenie z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Poważne Zachorowanie Małżonka Ubezpieczonego wystąpi:

- 1) w związku ze spożyciem przez Małżonka Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Małżonka Ubezpieczonego nadużywania przez Małżonka Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Małżonka Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Małżonka Ubezpieczonego;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Małżonek Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku, gdy Małżonek Ubezpieczonego był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonych przez ustawę – Prawo lotnicze;
- 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;

- 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Małżonka Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Małżonka Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 7) w związku z udziałem Małżonka Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Małżonka Ubezpieczonego;
 - 8) na skutek zakażenia Małżonka Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 9) w związku z chorobą psychiczną Małżonka Ubezpieczonego lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi;
 - 10) jako skutek którejkolwiek z chorób z Listy Schorzeń Kluczowych, o ile jej objawy, albo proces diagnozowania lub proces leczenia miały miejsce w okresie 5-ciu lat przed objęciem Małżonka Ubezpieczonego Ochroną Ubezpieczeniową w zakresie danego ryzyka po raz pierwszy;
 - 11) jako skutek choroby, która jest – zgodnie z dokumentacją medyczną Małżonka Ubezpieczonego – następstwem którejkolwiek z chorób z Listy Schorzeń Kluczowych, oraz jej objawy występowały w okresie 5-ciu lat przed objęciem Małżonka Ubezpieczonego Ochroną Ubezpieczeniową w zakresie danego ryzyka po raz pierwszy, albo była wówczas diagnozowana lub leczona;
 - 12) jako bezpośredni lub pośredni skutek schorzeń wymienionych w ust. 1.2, rozpoznanych przed dniem rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej Małżonkowi Ubezpieczonego.
- 3.2. Ponadto świadczenie z tytułu wystąpienia Poważnego Zachorowania Małżonka Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo w przypadku wystąpienia u Małżonka Ubezpieczonego:
- 1) Udaru Mózgu – jeżeli przed dniem rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej rozpoznano u Małżonka Ubezpieczonego nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę;
 - 2) Zawału Serca – jeżeli przed dniem rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej rozpoznano u Małżonka Ubezpieczonego, chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę;
 - 3) operacji pomostowania lub angioplastyki naczyń wieńcowych – jeżeli przed dniem rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej rozpoznano u Małżonka Ubezpieczonego chorobę niedokrwienną serca.
- 3.3. Świadczenie z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Ubezpieczonego nie jest należne jeżeli w terminie trzydziestu dni od dnia wystąpienia Poważnego Zachorowania Małżonka Ubezpieczonego nastąpi jego śmierć.
4. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia
- 4.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Ubezpieczonego obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia oraz liczbę świadczeń jakie zostały wypłacone z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Ubezpieczonego.
- 4.2. Świadczenie z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Ubezpieczonego wypłacane jest Małżonkowi Ubezpieczonego.
- § 43.**
- UBEZPIECZENIE RYZYKA ŚMIERCI DZIECKA UBEZPIECZONEGO**
1. Ochrona Ubezpieczeniowa
- 1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka Śmierci Dziecka Ubezpieczonego jest Śmierć Dziecka Ubezpieczonego.
- 1.2. Udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka Śmierci Dziecka Ubezpieczonego Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku Śmierci Dziecka Ubezpieczonego w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu Śmierci Dziecka Ubezpieczonego, wskazanej w Umowie Ubezpieczenia.
- 1.3. W okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia rozpoczęcia udzielania Ochrony Ubezpieczeniowej, Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia ryzyka Śmierci Dziecka Ubezpieczonego ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wskazanego w ust. 1.2, wyłącznie w przypadku Śmierci Dziecka Ubezpieczonego będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Okres ubezpieczenia
- 2.1. Ochroną Ubezpieczeniową objęte jest Dziecko Ubezpieczonego do ukończenia przez niego dwudziestego pierwszego roku życia.
3. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa
- 3.1. W trakcie trwania okresu ograniczonej odpowiedzialności Towarzystwa świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Śmierci Dziecka Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek lub Śmierć Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nastąpi:
- 1) w związku ze spożyciem przez Dziecko Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Dziecka Ubezpieczonego nadużywania przez Dziecko Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
 - 2) w związku z popełnieniem przez Dziecko Ubezpieczonego przestępstwa lub usiłowaniem popełnienia przez Dziecko Ubezpieczonego przestępstwa albo dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
 - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Dziecko Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Dziecka Ubezpieczonego;
 - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywało Dziecko Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku, gdy Dziecko Ubezpieczonego było pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonym przez ustawę – Prawo lotnicze;
 - 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Dziecka Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Dziecka Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 7) w związku z udziałem Dziecka Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Dziecko Ubezpieczonego.
- 3.2. Po upływie okresu ograniczonej odpowiedzialności Towarzystwa świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Śmierci Dziecka Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone, jeżeli Śmierć Dziecka Ubezpieczonego nastąpi:
- 1) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 2) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Dziecka Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 1) aktach przemocy, chyba że udział Dziecka Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.
4. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia
- 4.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Śmierci Dziecka Ubezpieczonego obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia.
- 4.2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest Ubezpieczonemu.
- § 44.**
- UBEZPIECZENIE RYZYKA ŚMIERCI DZIECKA UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**
1. Ochrona Ubezpieczeniowa
- 1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka Śmierci Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku jest Śmierć Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
- 1.2. Udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka Śmierci Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku Śmierci Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, zaistniałej w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej Ubezpieczonego, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu Śmierci Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, wskazanej w Umowie Ubezpieczenia.
2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa
- 2.1. Świadczenie z tytułu Śmierci Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Nieszczę-

śliwy Wypadek lub Śmierć Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nastąpi:

- 1) w związku ze spożyciem przez Dziecko Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Dziecka Ubezpieczonego nadużywania przez Dziecko Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
 - 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego lub Dziecko przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
 - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego lub Dziecko Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Dziecka Ubezpieczonego;
 - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywało Dziecko Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku, gdy Dziecko Ubezpieczonego było pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonym przez ustawę – Prawo lotnicze;
 - 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego lub Dziecka w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Ubezpieczonego lub Dziecka w tych aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 7) w związku z udziałem Ubezpieczonego lub Dziecka w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Ubezpieczonego;
 - 8) jako skutek bezprawnych działań osób pod opieką których pozostawało Dziecko.
3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia
- 3.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Śmierci Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia.
 - 3.2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Śmierci Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacane jest Ubezpieczonemu.

§ 45.

UBEZPIECZENIE RYZYKA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Ochrona Ubezpieczeniowa

- 1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku jest Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
- 1.2. Udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w przypadku powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wskazanej w Umowie Ubezpieczenia, odpowiadającemu określonej procentowo wysokości doznanego przez Dziecko Ubezpieczonego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu.

2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa

- 2.1. W przypadku uszkodzenia kończyny, mającego charakter wielomiejscowy, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości nie wyższej niż wysokość świadczenia ubezpieczeniowego, które należne byłoby Dziecku z tytułu powstania u Dziecka trwałego uszczerbku polegającego odpowiednio na utracie części lub całości kończyny.
- 2.2. Za wszystkie uszkodzenia ciała Dziecka powstałe wskutek jednego zdarzenia Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości nie wyższej niż 100% (sto procent) sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

2.3. Jeżeli Dziecko zmarło przed ustaleniem wysokości Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zobowiązania do zapłaty wyłącznie jednego świadczenia ubezpieczeniowego równego większej z wartości, którymi są: suma ubezpieczenia z tytułu Śmierci Dziecka oraz świadczenie z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Wysokość świadczenia z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku ustalona zostanie przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo, w oparciu o posiadaną dokumentację dotyczącą stanu zdrowia Dziecka i przebiegu leczenia.

2.4. Świadczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek lub Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku powstanie:

- 1) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego lub Dziecko Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Dziecka Ubezpieczonego nadużywania przez Dziecko Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego lub Dziecko przestępstwa lub dokonaniem przez Dziecko umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Dziecko Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Dziecka Ubezpieczonego;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywało Dziecko Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku, gdy Dziecko Ubezpieczonego było pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonym przez ustawę – Prawo lotnicze;
- 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego lub Dziecka w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Dziecka w tych aktach przemocy wynikał ze stanu obrony koniecznej;
- 7) w związku z udziałem Ubezpieczonego lub dziecka w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Dziecko;
- 8) jako skutek bezprawnych działań osób pod opieką których pozostawało Dziecko.

3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia

- 3.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia.
- 3.2. Świadczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacane jest Dziecku Ubezpieczonego.
- 3.3. Wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, doznanego przez dziecko wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, ustalana jest przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo po całkowitym zakończeniu leczenia i Rehabilitacji Dziecka.
- 3.4. W przypadku, gdy zgodnie z opinią tego lekarza, okres leczenia Dziecka będzie dłuższy niż dwa miesiące, Dziecko lub w przypadku Dziecka niepełnoletniego – jego przedstawiciel ustawowy, po upływie sześciu miesięcy leczenia może złożyć Towarzystwu wniosek o dokonanie wcześniejszej wypłaty połowy minimalnego świadczenia, które zgodnie z przewidywaniami Towarzystwa należne będzie po całkowitym zakończeniu leczenia. Przewidywaną minimalną wysokość świadczenia Towarzystwo określa na podstawie przedstawionych dokumentów przedstawionych oraz ustalenia lekarza przez nie wyznaczonego.
- 3.5. W przypadku, gdy na skutek zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego nastąpi utrata lub uszkodzenie narządu albo układu, którego funkcja była już wcześniej dotknięta trwałym uszczerbkiem, w szczególności powstałym na skutek innego zdarzenia, choroby lub wady wrodzonej, wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu określa się jako różnicę pomiędzy stwierdzanym obecnie stanem Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, a wysokością trwałego uszczerbku istniejącą bezpośrednio

przed zajściem tego zdarzenia. Jeżeli Trwały Uszczerbek na Zdrowiu dotyczy narządu albo układu, którego funkcje były już dotknięte trwałym uszczerbkiem, w związku z którym Towarzystwo dokonało wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, przyjmuje się, że stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu stanowi różnicę pomiędzy wysokością trwałego uszczerbku będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, a wysokością trwałego uszczerbku, za który uprzednio wypłacone zostało świadczenie. Jeżeli jednak określenie w jakim stopniu funkcja organu, narządu lub układu była naruszona nie jest możliwe, przyjmuje się, że przed zajściem Zdarzenia Ubezpieczeniowego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu nie było.

3.6. Jeżeli po ustaleniu przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo wysokości powstałego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka i wypłaceniu odpowiedniego świadczenia, nie później jednak niż w trakcie dwudziestu czterech miesięcy następujących po dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, nastąpi pogorszenie stanu zdrowia dziecka, Towarzystwo na wniosek Dziecka lub w przypadku Dziecka niepełnoletniego – na wniosek jego przedstawiciela ustawowego, poparty odpowiednimi zaświadczeniami lekarskimi ponownie ustali wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i dokona wypłaty dodatkowej części świadczenia. Późniejsza zmiana stopnia uszczerbku na zdrowiu Dziecka nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

§ 46.

UBEZPIECZENIE RYZYKA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW U DZIECKA UBEZPIECZONEGO

1. Ochrona Ubezpieczeniowa

1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka następstw Nieszczęśliwych Wypadków u Dziecka ubezpieczonego jest:

- 1) powstała u Dziecka rana, blizna w obrębie powłok twarzy – Tabela 1 część 1;
- 2) zwichnięcie stawu u Dziecka – Tabela 1 część 1;
- 3) pęknięcie lub złamanie kości u Dziecka – Tabela 1 część 1;
- 4) zatrucie, porażenie prądem, ukąszenie, pogryzienie, wstrząs lub wstrząśnienie mózgu, poparzenie górnych dróg oddechowych, inne zdarzenia wymagające interwencji lekarskiej lub Hospitalizacji, dotyczące Dziecka – Tabela 1 część 2;
- 5) poparzenie ciała Dziecka – Tabela 1 część 3;
- 6) Nieszczęśliwy Wypadek, którego konsekwencją u Dziecka jest konieczność odbudowy zęba stałego albo nadrobienia wiedzy szkolnej – Tabela 1 część 4.

1.2. Ochrona Ubezpieczeniowa wynikająca z ubezpieczenia ryzyka następstw Nieszczęśliwych Wypadków u Dziecka Ubezpieczonego polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej Zdarzenia Ubezpieczeniowego polegającego na powstaniu u Dziecka Ubezpieczonego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem lub wystąpieniu braków wiedzy spowodowanych nieobecnością u szkole wynikającą z nieszczęśliwego wypadku.

1.3. Zdarzenia Ubezpieczeniowe wraz z odpowiadającymi im wysokościami świadczeń ubezpieczeniowych, podanymi w procentach sumy ubezpieczenia z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków u Dziecka Ubezpieczonego, wskazane są w Tabeli 1 poniżej.

Lp.	Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia albo w zł
TABELA 1 CZĘŚĆ 1 URAZY, PĘKNIĘCIA KOŚCI, ZŁAMANIA		
1	Oszpecenie (blizny, ubytki w obrębie powłoki twarzy)	5%
2	Złamanie w obrębie sklepiłości czaszki	5%
3	Złamanie w obrębie podstawy czaszki	10%
4	Złamanie kości twarzoczaszki	4%
5	Złamanie zębów stałych	0,5% za każdy ząb stały; maksymalnie 6% za wszystkie złamane zęby stałe (w przypadku złamania powyżej 12 zębów stałych)
6	Złamanie obojczyka	5%
7	Złamanie łopatki	4%
8	Złamanie mostka	5%

9	Złamanie żebra	2% za każde żebro (w przypadku złamania do 5 żeber); maksymalnie 10% za wszystkie złamane żebra (w przypadku złamania powyżej 5 żeber)
10	Zwichnięcie stawu barkowego	8%
11	Pęknięcie w obrębie kości długich kończyny górnej: kości ramiennej, kości łokciowej, kości promieniowej	3%
12	Złamanie kości ramiennej	7%
13	Zwichnięcie stawu łokciowego	5%
14	Złamanie jednej lub obu kości przedramienia	5%
15	Złamanie w obrębie kości ręki z wyłączeniem kości palców	3%
16	Złamanie kości palców ręki (II, III, IV lub V)	3% za każdy palec
17	Złamanie kości kciuka	4%
18	Zwichnięcie stawów w obrębie palców ręki (II, III, IV lub V)	2% za każdy palec
19	Zwichnięcie stawów w obrębie kciuka	3%
20	Złamanie miednicy w odcinku przednim (kość łonowa, kość kulszowa)	5%
21	Złamanie miednicy w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a)	10%
22	Zwichnięcie stawu biodrowego	10%
23	Pęknięcie w obrębie kości długich kończyny dolnej: kości udowej, kości piszczelowej i kości strzałkowej	4%
24	Złamanie kości udowej	10%
25	Złamanie jednej lub obu kości podudzia	7%
26	Złamanie rzepki	4%
27	Zwichnięcie stawu kolanowego (z wyłączeniem zwichnięcia rzepki)	5%
28	Zwichnięcie rzepki	1%
29	Zwichnięcie stawu skokowego	4%
30	Złamanie w obrębie kości stopy (z wyłączeniem kości palców)	5%
31	Złamanie kości palców stopy (II, III, IV lub V)	2% za każdy palec
32	Złamanie kości palucha	3%
33	Złamanie trzonu kręgu kręgosłupa	12% za każdy krąg
34	Pęknięcie trzonu kręgu kręgosłupa	8% za każdy krąg
35	Złamanie lub pęknięcie wyrostka poprzecznego lub ościstego kręgu kręgosłupa	2% za każdy krąg (dotyczy wyrostka poprzecznego lub ościstego)
36	Złamanie kości ogonowej	4%
37	Pęknięcie kości ogonowej	2%

**TABELA 1 CZĘŚĆ 2
INNE ZDARZENIA WYPADKOWE WYMAGAJĄCE INTERWENCJI
LEKARSKIEJ/HOSPITALIZACJI (POZA POPARZENIAMI CIAŁA)**

1	Nagle zatrucie gazem lub substancją chemiczną, wymagające Hospitalizacji	9%
2	Porażenie prądem/piorunem wymagające Hospitalizacji	6%
3	Wstrząs lub wstrząśnienie mózgu wymagające Hospitalizacji	2% wstrząśnienie mózgu, 4% wstrząs mózgu
4	Pogryzienie, ukąszenie wymagające Hospitalizacji	6%
5	Poparzenie górnych dróg oddechowych wymagające Hospitalizacji	18%
6	Nie wymienione w innych pozycjach niniejszej tabeli uszkodzenie ciała/funkcji organizmu wymagające wizyty u lekarza lub Hospitalizacji i dalszego leczenia (co najmniej jednej wizyty kontrolnej) wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, z wyjątkiem stomatologii	2% za każdą wizytę kontrolną, maksymalnie 10%; 1% za każdy dzień Hospitalizacji, maksymalnie 18%

TABELA 1 CZĘŚĆ 3 POPARZENIA CIAŁA			
Stopień poparzenia	Powierzchnia poparzona w % powierzchni ciała		
	0-1%	ponad 1-15%	ponad 15%
Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia			
1. stopień	1%	8%	20%
2. stopień	2%	15%	30%
3. stopień	3%	25%	40%

TABELA 1 CZĘŚĆ 4 UZUPEŁNIENIE WIEDZY, ODBUDOWA ZĘBA		
1	Ryczałt na uzupełnienie stanu wiedzy po ponad 10-dniowej nieobecności w szkole spowodowanej Nieszczęśliwym Wypadkiem	5% za każde rozpoczęte 10 dni, począwszy od 11 dnia nieobecności w szkole
2	Odbudowa utraconego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku uzębienia stałego	250 zł za odbudowany ząb, maksymalnie 1 500 zł

1.4. Za wszystkie Zdarzenia Ubezpieczeniowe powstałe wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe równe sumie kwot wynikającej z zastosowania Tabeli 1, nie wyższe jednak niż 100% (sto procent) sumy ubezpieczenia z tytułu następstw Nieszczęśliwych Wypadków u Dziecka Ubezpieczonego.

2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa

2.1. Świadczenie z tytułu następstw Nieszczęśliwych Wypadków u Dziecka nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek u Dziecka powstanie:

- w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego lub Dziecko Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Dziecka Ubezpieczonego nadużywania przez Dziecko Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
- w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego lub Dziecko przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego lub Dziecko Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Dziecka Ubezpieczonego;
- w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywało Dziecko Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku, gdy Dziecko Ubezpieczonego było pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonym przez ustawę – Prawo lotnicze;
- jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego lub Dziecka w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, w tym udziału Dziecka w bójce, chyba że udział Dziecka w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- w związku z udziałem Ubezpieczonego lub Dziecka w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Dziecko;
- jako skutek bezprawnych działań osób pod opieką których pozostawało Dziecko.

3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłaty świadczenia

3.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu następstw Nieszczęśliwych Wypadków u Dziecka Ubezpieczonego obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia.

3.2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu następstw Nieszczęśliwego Wypadku u Dziecka Ubezpieczonego wypłacane jest Dziecku Ubezpieczonego.

§ 47. UBEZPIECZENIE RYZYKA LECZENIA SZPITALNEGO DZIECKA UBEZPIECZONEGO

1. Ochrona Ubezpieczeniowa

1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka Leczenia Szpitalnego Dziecka Ubezpieczonego jest Leczenie Szpitalne Dziecka Ubezpieczonego.

1.2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka Leczenia Szpitalnego Dziecka Ubezpieczonego Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku Leczenia Szpitalnego Dziecka Ubezpieczonego, które rozpoczęło się w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego obliczonego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1.5, za czas tego leczenia nie przekraczający stu osiemdziesięciu dni.

1.3. W przypadku, gdy w danym Roku Ubezpieczenia rozpoczęło się więcej niż jedno Leczenie Szpitalne Dziecka Ubezpieczonego, odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest łącznie z tytułu tych Leczeń Szpitalnych również nie więcej niż sto osiemdziesiąt dni leczenia.

1.4. Jeżeli Leczenie Szpitalne Dziecka rozpoczęło się w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni następujących po dniu rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej Dziecku w ramach ubezpieczenia ryzyka Leczenia Szpitalnego Dziecka Ubezpieczonego, Ochrona Ubezpieczeniowa ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku jeżeli leczenie to jest następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.

1.5. Wysokość świadczenia z tytułu danego Leczenia Szpitalnego jest zróżnicowana w zależności od czasu trwania Leczenia Szpitalnego Dziecka i wynosi:

- iloczyn 0,6% (sześć dziesiątych procent) sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Dziecka oraz liczby dni leczenia rozpoczętego w danym okresie ubezpieczenia – za pierwsze czterdzieści dni leczenia nie spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem;
- iloczyn 1,0% (jeden procent) sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Dziecka oraz liczby dni leczenia rozpoczętego w danym okresie ubezpieczenia – za pierwsze czterdzieści dni leczenia spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem;
- iloczyn 0,5% (pięć dziesiątych procent) sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Dziecka oraz liczby dni leczenia rozpoczętego w danym okresie ubezpieczenia – za każdy kolejny dzień Leczenia Szpitalnego począwszy od piętnastego do sto osiemdziesiątego dnia tego leczenia.

1.6. W przypadku, gdy na skutek tego samego Nieszczęśliwego Wypadku w Okresie Ubezpieczenia rozpoczęło się więcej niż jedno Leczenie Szpitalne Dziecka, w celu obliczenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu drugiego i kolejnych leceń szpitalnych spowodowanych tym Nieszczęśliwym Wypadkiem, dni poszczególnych leceń szpitalnych ulegają sumowaniu, a dzień rozpoczynający drugie lub każde kolejne Leczenie Szpitalne Dziecka traktowany jest jako kolejny dzień pobytu rozpoczętego pierwszym Leczeniem Szpitalnym spowodowanym danym Nieszczęśliwym Wypadkiem.

2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa

2.1. Świadczenie z tytułu Leczenia Szpitalnego Dziecka nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Leczenie Szpitalne Dziecka wystąpi:

- w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego lub Dziecko Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Dziecka Ubezpieczonego nadużywania przez Dziecko Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
- w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego lub Dziecko przestępstwa lub dokonaniem przez Dziecko umyślnego samouszkodzenia ciała;
- w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego lub Dziecko Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Dziecka Ubezpieczonego;
- w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywało Dziecko Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku, gdy Dziecko Ubezpieczonego było pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonym przez ustawę – Prawo lotnicze;

- 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego lub Dziecka w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z obrony koniecznej;
 - 7) w związku z udziałem Ubezpieczonego lub Dziecka w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Ubezpieczonego lub Dziecko;
 - 8) w związku z chorobą psychiczną lub zaburzeniami psychicznymi występującymi u Ubezpieczonego lub Dziecka;
 - 9) na skutek zakażenia Dziecka wirusem HIV, poza przypadkiem zakażenia w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych;
 - 10) w związku z operacją plastyczną lub kosmetyczną Dziecka, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków Nieszczęśliwego Wypadku jakiego w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej uległo Dziecko;
 - 11) w związku z takim pobylem w szpitalu, który miał wyłączenie charakteru diagnostyczny lub obserwacyjny, jak również w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego Dziecka;
 - 12) jako skutek bezprawnych działań osób pod opieką których pozostawało Dziecko.
- 2.2. Świadczenie z tytułu danego Leczenia Szpitalnego nie jest należne, jeżeli w trakcie tego Leczenia Szpitalnego nastąpi Śmierć Dziecka.
3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia
- 3.1. Z zastrzeżeniem ust. 3.2, przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Dziecka Ubezpieczonego obowiązującej w dniu rozpoczęcia Leczenia Szpitalnego dziecka, przy zastosowaniu wskazanych w ust. 1.5 wskaźników procentowych.
- 3.2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1.6 przy ustalaniu wysokości świadczeń uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego obowiązującej w dniu rozpoczęcia pierwszego Leczenia Szpitalnego Dziecka spowodowanego tym samym Nieszczęśliwym Wypadkiem.
- 3.3. Świadczenie z tytułu Leczenia Szpitalnego Dziecka Ubezpieczonego wypłacane jest Dziecku Ubezpieczonego, nie wcześniej niż po zakończeniu pobytu w szpitalu.

§ 48.

UBEZPIECZENIE RYZYKA REHABILITACJI NOWONARODZONEGO DZIECKA UBEZPIECZONEGO

1. Ochrona Ubezpieczeniowa
 - 1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka Rehabilitacji Nowonarodzonego Dziecka Ubezpieczonego jest Rehabilitacja Nowonarodzonego Dziecka Ubezpieczonego zalecona przez lekarza prowadzącego leczenie, spowodowana zdiagnozowaniem u niego którejkolwiek z wymienionych poniżej chorób:
 - 1) dziecięce porażenie mózgowe (postacie spastyczne, wiotkie, z porażeniami w postaci monoplegii, diplegii, triplegii, tetraplegii);
 - 2) wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego (przepukliny oponowo-rdzeniowe, rozszczep kręgosłupa, małogłowie, wodogłowie);
 - 3) wrodzone ubytki i deformacje kończyn;
 - 4) wrodzone wady rozwojowe wielu układów;
 - 5) wrodzone genetyczne zespoły aberracji chromosomów (zespół Downa, zespół Angelmana, zespół Dandy'ego-Walkera, zespół Canterella, zespół Marden-Walker, choroba Palizaeusa-Merzbachera, zespół Noonan, zespół Aperta, zespół Klinefeltera, zespół Turnera, zespół Marfana, zespół Pierre Robina, zespół Pradera, zespół Golz-Gorlin);
 - 6) następstwa chorób zapalnych oraz uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego;
 - 7) dysfunkcje w następstwie uszkodzenia obwodowego układu nerwowego (uszkodzenie splotu barkowego, uszkodzenia nerwów obwodowych);
 - 8) choroby metaboliczne układu nerwowego;
 - 9) neuropatie (zespół Guillaina-Barrego, rdzeniowy zanik mięśni);
 - 10) miopatie (dystrofia mięśniowa Duchenne'a/Beckera);
 - 11) miastenie, zaburzenia napięcia mięśniowego, opóźnienie psychoruchowe, asymetria ułożeniowa u wcześniaków.

§ 49.

UBEZPIECZENIE RYZYKA PRZEPROWADZENIA POSTĘPOWANIA MEDYCZNEGO PODCZAS HOSPITALIZACJI DZIECKA UBEZPIECZONEGO

1. Ochrona Ubezpieczeniowa
 - 1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka przeprowadzenia postępowania medycznego podczas Hospitalizacji Dziecka Ubezpieczonego jest operacyjne, zabiegowe lub związane z leczeniem zachowawczym postępowanie medyczne przeprowadzone w trakcie Hospitalizacji Dziecka Ubezpieczonego rozpoczętej w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, zastosowane do określonej choroby lub urazu Dziecka lub mające na celu postawienie diagnozy dotyczącej jego stanu zdrowia, przy czym szczegółowy spis Zdarzeń Ubezpieczeniowych oraz odpowiadająca tym zdarzeniom wysokość świadczeń ubezpieczeniowych, zawarte są w wykazie postępowań medycznych przeprowadzonych podczas Hospitalizacji stanowiącym załącznik nr 2 do Warunków Ogólnych. Dodatkowo, Ochroną Ubezpieczeniową objęte są również Dodatkowe Zdarzenia Ubezpieczeniowe typu 1.
 - 1.2. Z zastrzeżeniem postanowień ustępów poniższych niniejszego paragrafu, Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w razie zajścia określonego w ust. 1.1 Zdarzenia Ubezpieczeniowego – świadczenia ubezpieczeniowego równego iloczynowi wskazanej, w wykazie postępowań medycznych przeprowadzonych podczas Hospitalizacji stanowiącym załącznik nr 2 do Warunków Ogólnych, stawki procentowej i sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia ryzyka przeprowadzenia postępowania medycznego podczas Hospitalizacji Dziecka Ubezpieczonego. Suma ubezpieczenia z tytułu Dodatkowych Zdarzeń Ubezpieczeniowych typu 1 jest równa sumie ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia ryzyka przeprowadzenia postępowania medycznego podczas Hospitalizacji Dziecka Ubezpieczonego, ale nie więcej niż 10 000 (dziesięć tysięcy) zł.
 - 1.3. W przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu postępowania medycznego Towarzystwo wypłaci również świadczenie ryczałtowe, jeżeli w czasie nieprzerwanej Ochrony Ubezpieczeniowej liczonej od przeprowadzenia tego postępowania medycznego wystąpiło określone Dodatkowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe.

- 1.4. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu postępowania medycznego Dziecko Ubezpieczonego może otrzymać co najwyżej po jednym świadczeniu ryczałtowym z tytułu każdego Dodatkowego Zdarzenia.
 - 1.5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za postępowania medyczne przeprowadzone na rzecz Dziecka Ubezpieczonego w ramach jego Hospitalizacji, która rozpoczęła się w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni Ochrony Ubezpieczeniowej, przy czym ograniczenie to nie dotyczy postępowań medycznych przeprowadzonych w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem oraz świadczeń ryczałtowych, związanych z takimi Zdarzeniami Ubezpieczeniowymi, z zastrzeżeniem postanowienia ust. 1.6 niniejszego paragrafu.
 - 1.6. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu przeprowadzenia na rzecz dziecka postępowania medycznego, które opisano w części 2 wykazu postępowań medycznych przeprowadzonych podczas Hospitalizacji stanowiącego załącznik nr 2 do Warunków Ogólnych, jest należne, o ile Hospitalizacja z nim związana rozpoczęła się po pierwszych 24 (dwudziestu czterech) miesiącach nieprzerwanej Ochrony Ubezpieczeniowej.
 - 1.7. Z zastrzeżeniem ust. 1.8, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za postępowanie medyczne, jeżeli w okresie 5 (pięciu) lat poprzedzających rozpoczęcie Hospitalizacji związanej z tym postępowaniem, miała miejsce Hospitalizacja Dziecka związana z takim samym postępowaniem medycznym, przy czym takim samym postępowaniem medycznym jest zarówno postępowanie medyczne, z tytułu którego wypłacono świadczenie, jak i każde inne postępowanie medyczne, które występuje razem z tym postępowaniem w jednej pozycji wykazu.
 - 1.8. W przypadku niektórych postępowań medycznych okres ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o którym mowa w ust. 1.7 wynosi mniej niż 5 lat lub ze względu na specyfikę danych narządów położonych symetrycznie okres ten jest liczony odrębnie dla każdej strony ciała.
 - 1.9. Okresy ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w ust. 1.7 oraz wyjątki, o których mowa w ust. 1.8 zostały określone w wykazie, odrębnie dla każdej z pozycji.
 - 1.10. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w ust. 1.7 i 1.8, nie dotyczą tych postępowań medycznych przeprowadzonych na rzecz Dziecka w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem.
2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa
 - 2.1. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe powstanie:
 - 1) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego lub Dziecko Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Dziecka Ubezpieczonego nadużywania przez Dziecko Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
 - 2) w związku z leczeniem przez Dziecko skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu;
 - 3) w związku z chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych Wypadków, które były przyczyną Zdarzeń Ubezpieczeniowych objętych Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka przeprowadzenia postępowania medycznego podczas Hospitalizacji Dziecka Ubezpieczonego;
 - 4) w związku z chorobą Dziecka, która nabrała charakteru choroby przewlekłej, wymagającej okresowego leczenia, zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym, wadą wrodzoną Dziecka lub chorobą wywołaną u Dziecka przez HIV, poza przypadkiem zakażenia w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwio pochodnych;
 - 5) w wyniku celowego samookaleczenia ciała przez Dziecko lub usiłowania popełnienia przez nie samobójstwa, przy czym również w stanie zniesionej lub ograniczonej poczytalności;
 - 6) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego lub Dziecko przestępstwa;
 - 7) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego lub Dziecko Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Dziecka Ubezpieczonego;
 - 8) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywało Dziecko Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku, gdy Dziecko Ubezpieczonego było pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonym przez ustawę – Prawo lotnicze;
 - 9) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek,
 - 10) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego lub Dziecka w innych aktach przemocy, chyba że udział ten wynikał z obrony koniecznej;
 - 11) w związku z udziałem Ubezpieczonego lub Dziecka w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Ubezpieczonego lub Dziecko;
 - 12) w związku z kłeską żywiołową lub epidemią ogłoszonymi przez odpowiednie organa administracji państwowej;
 - 13) w związku z takim pobytem w szpitalu Dziecka, który miał wyłączenie charakteru diagnostycznego lub obserwacyjnego, jak również w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego Dziecka;
 - 14) jako skutek bezprawnych działań osób pod opieką których pozostawało Dziecko.
 3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia
 - 3.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia ryzyka przeprowadzenia postępowania medycznego podczas Hospitalizacji Dziecka Ubezpieczonego obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia.
 - 3.2. Jeżeli postępowanie medyczne zostało zaplanowane i po ustaleniu terminu jego przeprowadzenia Ubezpieczający zmienił za zgodą Towarzystwa wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia ryzyka przeprowadzenia postępowania medycznego podczas Hospitalizacji Dziecka Ubezpieczonego na wyższą, a następnie to postępowanie zostało przeprowadzone na rzecz Dziecka, wówczas z tytułu tego postępowania wypłacone zostanie świadczenie w wysokości obowiązującej przed zmianą.
 - 3.3. Jeżeli ubezpieczający zmienił za zgodą Towarzystwa wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia ryzyka przeprowadzenia postępowania medycznego podczas Hospitalizacji Dziecka Ubezpieczonego na wyższą i postępowanie medyczne zostało przeprowadzone w okresie 90 (dziewięćdziesięciu) dni od tej zmiany, wówczas z tytułu tego postępowania wypłacone zostanie świadczenie w wysokości obowiązującej przed zmianą. Powyższe nie ma zastosowania, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe jest następstwem nieszczęśliwego wypadku.
 - 3.4. Dokumentację potwierdzającą Zdarzenia Ubezpieczeniowe oraz Dodatkowe Zdarzenia Ubezpieczeniowe stanowią łącznie:
 - 1) skierowanie do szpitala, chyba że okoliczności uzasadniały Hospitalizację bez skierowania;
 - 2) karta informacyjna Leczenia Szpitalnego ;
 - 3) historia choroby, wyniki badań, dokumentacja medyczna związana z wcześniejszymi pobytami dziecka w szpitalu oraz inne dokumenty, których Towarzystwo będzie wymagać w związku z ustaleniem wysokości i wypłatą świadczeń ubezpieczeniowych.
 - 3.5. Świadczenie z tytułu ubezpieczenia ryzyka przeprowadzenia postępowania medycznego podczas Hospitalizacji Dziecka Ubezpieczonego wypłacane jest Dziecku Ubezpieczonego, nie wcześniej niż po zakończeniu Hospitalizacji Dziecka.
 - 3.6. W przypadku, gdy w trakcie jednej Hospitalizacji miało miejsce więcej niż jedno Zdarzenie Ubezpieczeniowe objęte Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka przeprowadzenia postępowania medycznego podczas Hospitalizacji Dziecka Ubezpieczonego, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego równego najwyższemu ze świadczeń, przewidzianych na wypadek zdarzeń, których roszczenie dotyczy.

§ 50.

UBEZPIECZENIE RYZYKA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA UBEZPIECZONEGO

1. Ochrona Ubezpieczeniowa

1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka Poważnego Zachorowania Dziecka Ubezpieczonego jest wystąpienie u Dziecka Ubezpieczonego, odpowiednio do wariantu, któregośkolwiek z następujących schorzeń:

- 1) w wariantcie I:
 - 1) zapalenie opon mózgowych powodujące trwale ubytki neurologiczne;
 - 2) zapalenie mózgu powodujące trwale ubytki neurologiczne;
 - 3) nowotwór złośliwy;

- 4) łagodny nowotwór mózgu;
 - 5) niewydolność nerek;
 - 6) przeszczep narządu;
 - 7) cukrzyca typu 1 (insulinozależna);
 - 8) schyłkowa niewydolność wątroby;
- 2) w wariantcie II:
- 1) bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych;
 - 2) bakteryjne zapalenie wsierdza;
 - 3) ciężka sepsa (posocznica);
 - 4) cukrzyca typu 1 (insulinozależna);
 - 5) łagodny nowotwór mózgu;
 - 6) niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku);
 - 7) niewydolność nerek;
 - 8) nowotwór złośliwy;
 - 9) nowotwór złośliwy o niskim stopniu zaawansowania i/lub inwazyjności;
 - 10) operacja mózgu;
 - 11) pourazowe uszkodzenie mózgu;
 - 12) przeszczep narządów;
 - 13) ropień mózgu z utrzymującymi się ubytkami neurologicznymi;
 - 14) rozległe oparzenie;
 - 15) schyłkowa niewydolność wątroby;
 - 16) śpiączka;
 - 17) tężec;
 - 18) wirusowe zapalenie mózgu;
 - 19) wścieklizna;
 - 20) zakażenie wirusem HIV/zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych.
- 1.2. Dniem wystąpienia Poważnego Zachorowania u Dziecka Ubezpieczonego jest:
- 1) dzień zabiegu/operacji – w przypadku operacji mózgu;
 - 2) dzień zakwalifikowania Dziecka na listę biorców oczekujących na przeszczep albo dzień wykonania przeszczepu narządu jeśli Dziecko nie było na liście biorców – w przypadku przeszczepu narządów;
 - 3) dzień wykonania badania histopatologicznego, wskazany w dokumencie zawierającym wynik tego badania, na podstawie którego postawiono rozpoznanie jednostki chorobowej przez lekarza specjalistę wskazanego w opisie choroby zamieszczonej w ust. 4.5 – w przypadkach następujących Poważnych Zachorowań: nowotwór złośliwy, nowotwór złośliwy o niskim stopniu zaawansowania i/lub inwazyjności;
 - 4) dzień postawienia przez lekarza diagnozy potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z opisem zawartym w ust. 4.5 – w przypadkach następujących Poważnych Zachorowań: ropień mózgu z utrzymującymi się ubytkami neurologicznymi, rozległe oparzenie, zakażenie wirusem HIV/zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych;
 - 5) dzień postawienia przez lekarza diagnozy w trakcie leczenia w warunkach szpitalnych – w przypadku ciężkiej sepsy (posocznicy), tężca i wścieklizny;
 - 6) dzień postawienia diagnozy przez lekarza o specjalizacji wskazanej w opisie Poważnego Zachorowania, potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z opisem zawartym w ust. 4.5 – w przypadkach pozostałych Poważnych Zachorowań wskazanych w Tabeli Poważnych Zachorowań, a nie wymienionych w pkt. 1)-5) powyżej.
- 1.3. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego Zachorowania Dziecka Ubezpieczonego polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w przypadku wystąpienia, w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, Poważnego Zachorowania Dziecka – świadczenia ubezpieczeniowego równego iloczynowi sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Dziecka Ubezpieczonego oraz określonego w kolumnie nr 2 Tabeli Poważnych Zachorowań procentowi nie większemu niż wielkość, która wynika z różnicy stu procent i sumy procentów uznanych przy wcześniej wypłaconych świadczeniach z tytułu ubezpieczenia ryzyka Poważnego Zachorowania Dziecka Ubezpieczonego.
- 1.4. Przysługująca Dziecku Ochrona Ubezpieczeniowa w okresie stu osiemdziesięciu dni następujących po dniu objęcia Ubezpieczonego Ochroną Ubezpieczeniową w zakresie danego ryzyka po raz pierwszy ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego, wyłącznie w przypadku Poważnego Zachorowania spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem.
2. Okres ubezpieczenia
- 2.1. Przysługująca Dziecku w ramach ubezpieczenia ryzyka Poważnego Zachorowania Dziecka Ubezpieczonego Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa w dniu wystąpienia Poważnego Zachorowania, którego wypłata powoduje, że suma procentów uznanych do naliczenia wszystkich wypłat świadczeń z tytułu ubezpieczenia ryzyka Poważnego Zachorowania Dziecka Ubezpieczonego osiągnęła 100%.
3. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa
- 3.1. Świadczenie z tytułu Poważnego Zachorowania nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Poważne Zachorowanie Dziecka wystąpi:
- 1) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego lub Dziecko Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Dziecka Ubezpieczonego nadużywania przez Dziecko Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
 - 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego lub Dziecko przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
 - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego lub Dziecko Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Dziecka Ubezpieczonego;
 - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywało Dziecko Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku, gdy Dziecko Ubezpieczonego było pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonych przez ustawę – Prawo lotnicze;
 - 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego lub Dziecka w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Ubezpieczonego lub Dziecka w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 7) w związku z udziałem Ubezpieczonego lub Dziecka w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Dziecko;
 - 8) na skutek zakażenia Dziecka wirusem HIV, poza przypadkiem zakażenia w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych;
 - 9) w związku z chorobą psychiczną Ubezpieczonego lub Dziecka lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi;
 - 10) jako skutek schorzeń objętych ubezpieczeniem ryzyka Poważnego Zachorowania Dziecka Ubezpieczonego rozpoznanych przed dniem rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej Dziecku w ramach ubezpieczenia ryzyka Poważnego Zachorowania Dziecka Ubezpieczonego;
 - 11) jako skutek wad wrodzonych Dziecka;
 - 12) jako skutek bezprawnych działań osób pod opieką których pozostawało Dziecko.
- 3.2. Świadczenie z tytułu Poważnego Zachorowania nie jest należne jeżeli w terminie trzydziestu dni od dnia wystąpienia Poważnego Zachorowania nastąpi Śmierć Dziecka.
4. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia
- 4.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania, obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka Poważnego Zachorowania Dziecka Ubezpieczonego, oraz przypisany danemu Poważnemu Zachorowaniu w kolumnie nr 2 Tabeli Poważnych Zachorowań, zamieszczonej w ust. 4.4, procent sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Dziecka Ubezpieczonego, określający wysokość świadczenia, przy czym każde kolejne, wypłacane świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Poważnego Zachorowania Dziecka Ubezpieczonego jest procentem sumy

ubezpieczenia określanym jako mniejsza z dwóch liczb: liczba procent sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania podana w Tabeli, o której mowa powyżej, oraz liczba procent stanowiąca różnicę pomiędzy stu procentami tej sumy ubezpieczenia oraz liczbą jej procent wynikającą z wcześniej uznanych roszczeń z tytułu ubezpieczenia ryzyka Poważnego Zachorowania Dziecka Ubezpieczonego.

4.2. Świadczenie z tytułu Poważnego Zachorowania wypłacane jest Dziecku Ubezpieczonego.

4.3. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Dziecka i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Dziecka nie mają charakteru wyłącznego wiążącego. w celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia Dziecka, Towarzystwo może zażądać od Ubezpieczonego lub Dziecka poddania się przez Dziecko badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Jeżeli Ubezpieczony i Dziecko odmówią wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

4.4. Tabela Poważnych Zachorowań

Nazwa Poważnego Zachorowania	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Dziecka
WARIANT I	
1. Zapalenie opon mózgowych powodujące trwale ubytki neurologiczne	100%
2. Zapalenie mózgu powodujące trwale ubytki neurologiczne	100%
3. Nowotwór złośliwy	100%
4. Łagodny nowotwór mózgu	100%
5. Niewydolność nerek	100%
6. Przeszczep narządu	100%
7. Cukrzyca typu 1 (insulinozależna)	100%
8. Schyłkowa niewydolność wątroby	100%
WARIANT II	
1. Cukrzyca typu 1 (insulinozależna)	100%
2. Łagodny nowotwór mózgu	100%
3. Niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku)	100%
4. Niewydolność nerek	100%
5. Nowotwór złośliwy	100%
6. Przeszczep narządów	100%
7. Rozległe oparzenie	100%
8. Schyłkowa niewydolność wątroby	100%
9. Śpiączka	100%
10. Pourazowe uszkodzenie mózgu	50%
11. Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych	25%
12. Wirusowe zapalenie mózgu	25%
13. Ropień mózgu z utrzymującymi się ubytkami neurologicznymi	25%
14. Bakteryjne zapalenie wsierdza	25%
15. Ciężka sepsa (posocznica)	25%
16. Tęžec	25%
17. Wścieklizna	25%
18. Nowotwór złośliwy o niskim stopniu zaawansowania i/lub inwazyjności	10%
19. Operacja mózgu	25%
20. Zakażenie wirusem HIV/zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych	25%

4.5. Ilekroć w Warunkach Ogólnych ubezpieczenia, w szczególności w odniesieniu do ubezpieczenia ryzyka Poważnego Zachorowania Dziecka Ubezpieczonego, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniem, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:

- bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych** – ostre bakteryjne zakażenie centralnego układu nerwowego, powodujące zaburzenia funkcji mózgu – w rozumieniu OWU – stwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się dłużej niż 3 (trzy) miesiące od daty początku choroby oraz na podstawie wyniku badania ogólnego płynu mózgowo-rdzeniowego i dodatniego wyniku posiewu płynu mózgowo-rdzeniowego;
- bakteryjne zapalenie wsierdza** – choroba rozwijająca się wskutek pozaszpitalnego zakażenia o podłożu bakteryjnym – w rozumieniu OWU – u osób z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, prowadząca do infekcyjnego zapalenia wsierdza (IZW); rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę chorób wewnętrznych lub lekarza specjalistę kardiologa, w oparciu o objawy kliniczne, wyniki badań bakteriologicznych i obrazowych. Przypadki choroby zdiagnozowane u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- ciężka sepsa (posocznica)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną – w rozumieniu OWU – powodujący niedociśnienie o wartościach skurczowych poniżej 90 mmHg i prowadzący do niewydolności narządowej co najmniej dwóch narządów i układów spośród takich jak: ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątroba. Przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy stanowią Poważne Zachorowanie w rozumieniu niniejszej definicji. Rozpoznanie musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej dożylnym podawaniem antybiotyków i preparatów podwyższających ciśnienie tętnicze. Obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- cukrzyca typu 1 (insulinozależna)** – cukrzyca, wymagająca leczenia insuliną z uwagi na zagrożenie życia, w której leczenie insuliną pod nadzorem lekarza jest stosowane przez okres co najmniej sześciu miesięcy, a rozpoznanie choroby i jej postaci zostało potwierdzone przez specjalistę endokrynologa;
- łagodny nowotwór mózgu** – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym – w rozumieniu niniejszych OWU – zagrażający życiu, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny przez okres co najmniej 3 (trzech) miesięcy. Napady padaczkowe nie stanowią trwałego ubytku neurologicznego w rozumieniu niniejszej definicji. Istnienie guza musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa lub lekarza specjalistę neurochirurga badaniami obrazowymi, takimi jak tomografia komputerowa (CT) lub rezonans magnetyczny (MRI). Torbiele, ziarniniaki, patologie tętniczych i żylnych naczyń mózgowych, krwiaki, ropnie, zmiany w obrębie rdzenia kręgowego oraz guzy przysadki o średnicy poniżej 10 mm, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku)** – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku kostnego – w rozumieniu OWU – przebiegająca ze zmniejszeniem ilości komórek szpiku kostnego poniżej 25 proc., potwierdzona przez lekarza specjalistę hematologa na podstawie występowania minimum dwóch spośród trzech podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:
 - całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm³;
 - liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm³;
 - liczba retikulocytów poniżej 20 000/mm³.

Dziecko musi być leczone przez okres 3 (trzech) kolejnych miesięcy przetaczaniem preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne lub u dziecka został wykonany przeszczep szpiku kostnego lub przeszczep komórek macierzystych krwi. Przejściowe lub odwracalne postaci niedokrwistości aplastycznej

nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

- 7) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitym, nieodwracalnym i nie rokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek – w rozumieniu OWU – z towarzyszącymi bezwzględными wskazaniem do rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii, przy czym fakt rozpoczęcia dializoterapii oraz konieczność jej stosowania muszą być potwierdzone przez lekarza specjalistę nefrologa. Ostra niewydolność nerek wymagająca okresowej dializoterapii nie stanowi Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 8) **nowotwór złośliwy** – guz o charakterze złośliwym charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenieniem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek – w rozumieniu OWU – do nowotworów złośliwych, oprócz nowotworów scharakteryzowanych powyżej, zalicza się także białaczki, chłoniaki złośliwe i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), rozpoznanie musi zostać postawione na podstawie wyniku badania histopatologicznego i być potwierdzone przez lekarza specjalistę, nowotwór złośliwy musi wymagać leczenia chirurgicznego, radioterapii lub chemioterapii. Nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji:
- a) wszelkie zmiany opisane histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości i nieinwazyjne; w tym carcinoma in situ (Tis) oraz Ta według klasyfikacji AJCC (American Joint Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification),
 - b) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC,
 - c) nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
 - d) nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
 - e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, w tym także (ale nie wyłącznie) chłoniaki i mięsaki Kaposiego.
- 9) **nowotwór złośliwy o niskim stopniu zaawansowania i/lub inwazyjności** – guz o charakterze złośliwym nie naciekający lub naciekający okoliczne tkanki w sposób ograniczony – w rozumieniu OWU – rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie wyniku badania histopatologicznego, do nowotworów złośliwych o niskim stopniu zaawansowania i/ lub inwazyjności zalicza się wyłącznie:
- a) raka nieinwazyjnego – carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji AJCC (American Joint Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification) wszystkich narządów poza skórą,
 - b) czerniaka złośliwego skóry o grubości mniejszej lub równej 1,0 mm wg skali Breslowa, bez zajęcia węzłów chłonnych i odległych przerzutów,
 - c) nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC, bez zajęcia węzłów chłonnych i odległych przerzutów,
 - d) nowotwory tarczycy o średnicy równej lub mniejszej niż 2 cm i opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC, bez zajęcia węzłów chłonnych i odległych przerzutów.

Wszelkie nowotwory opisane jako łagodne, nie złośliwe, o granicznej złośliwości, niskim potencjale złośliwości, dysplazje (wszystkie stopnie), śród nabłonkowe neoplazje, wszelkie nowotwory skóry (poza czerniakiem), rak skóry in situ, czerniak in situ nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

- 10) **operacja mózgu** – operacja neurochirurgiczna mózgu – w rozumieniu OWU – wykonana w znieczuleniu ogólnym z dostępu przez kraniotomię lub trepanopunkcję, na podstawie wskazań ustalonych przez lekarza specjalistę neurochirurga. Operacje mózgu wykonywane z powodu urazów nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 11) **pourazowe uszkodzenie mózgu** – nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej – w rozumieniu OWU – powstałe wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, powodujące wystąpienie trwałych ubytków neurologicznych, w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji²⁾, rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa w oparciu o obraz tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji:

- a) uszkodzenia rdzenia kręgowego,
 - b) zaburzenia czynności lub uszkodzenia mózgu nie będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku lub będące skutkiem jakiegokolwiek choroby, w tym występującej nagle,
 - c) sytuacje, gdy do powstania Nieszczęśliwego Wypadku, doszło z jakichkolwiek przyczyn związanych ze stanem zdrowia Dziecka.
- 12) **przeszczep narządów** – zabieg operacyjny będący wynikiem nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu, będący najbardziej odpowiednim sposobem leczenia choroby, podczas którego – w rozumieniu OWU – Dziecku jako biorcy zostaje przeszczepione serce, płuco, wątroba, trzustka, nerka lub szpik kostny. w przypadku przeszczepu szpiku kostnego, zastosowanie komórek macierzystych krwi, po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy, stanowi Poważne Zachorowanie w rozumieniu niniejszej definicji. Stanowi je również fakt zakwalifikowania na listę biorców oczekujących na przeszczep któregośkolwiek z wymienionych narządów. Przeszczepy innych narządów niż wymienione powyżej, a także przeszczepy wysp trzustkowych oraz przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste, poza przypadkiem opisanym powyżej, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 13) **ropień mózgu z utrzymującymi się ubytkami neurologicznymi** – miejscowe zakażenie tkanki mózgowej prowadzące do powstania ogniska zakażonego materiału (ropy) w obrębie mózgu – w rozumieniu OWU – stwierdzone przez lekarza specjalistę w oparciu o obraz tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI), ponadto drenaż chirurgiczny ropnia musi potwierdzić jego etiologię bakteryjną lub grzybiczą, schorzenie musi prowadzić do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się co najmniej przez 3 (trzy) miesiące od czasu zakończenia antybiotykoterapii;
- 14) **rozległe oparzenie** – uszkodzenie skóry powstałe w wyniku poparzenia – w rozumieniu OWU – trzeciego stopnia, obejmujące co najmniej 20 proc. powierzchni ciała, rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę i określać stopień i zakres oparzenia zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi;
- 15) **schyłkowa niewydolność wątroby** – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby – w rozumieniu OWU – potwierdzona przez lekarza specjalistę gastroenterologa, przebiegająca z występowaniem co najmniej jednego z poniższych objawów:
- a) trwała żółtaczka,
 - b) wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
 - c) encefalopatia wrotna,
 - d) żylaki przełyku.
- Niewydolność wątroby będąca skutkiem nadużywania leków, narkotyków lub alkoholu nie stanowi Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 16) **śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby fizjologiczne, trwający w sposób ciągły – w rozumieniu OWU – wymagający przez okres co najmniej 96 (dziewięćdziesięciu sześciu) godzin intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia, którego skutkiem musi być dodatkowo zaistnienie potwierdzonego przez lekarza specjalistę neurologa trwałego ubytku neurologicznego, nie rokującego możliwości poprawy. Śpiączka farmakologiczna oraz śpiączka wynikająca ze spożycia alkoholu lub innych substancji odurzających nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 17) **tężec** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (*Clostridium tetani*) – w rozumieniu OWU – wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych w postaci dożylniej antybiotykoterapii oraz surowicy przeciwężcowej, stwierdzona przez lekarza specjalistę na podstawie wystąpienia jednego z następujących objawów:
- a) bolesne skurcze mięśniowe mięśni zuchwy lub karku (tzw. szczękościsk lub uśmiech sardoniczny),
 - b) bolesne skurcze mięśni tułowia,
 - c) uogólnione skurcze,
- oraz objawów klinicznych takich jak: nadpobudliwość, drażliwość, niepokój, gorączka, potliwość, tachykardia, arytmia, labilne ciśnienie tętnicze. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi;
- 18) **wirusowe zapalenie mózgu** – ciężka infekcja wirusowa mózgu (półkul mózgu, pnia mózgu lub móżdżku) – w rozumieniu OWU – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się

dłużej niż 3 (trzy) miesiące od daty początku choroby. Przypadki choroby spowodowane wirusem HIV nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

19) **wścieklizna** – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem wścieklizny (Rabies virus) – w rozumieniu OWU – przebiegająca klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, rozpoznana przez lekarza specjalistę w oparciu o objawy kliniczne i wykrycie wirusa wścieklizny w próbkach materiału pobranego ze śliny lub skóry, bądź wykrycie przeciwciał przeciwko wirusowi wścieklizny w osoczu krwi lub płynie mózgowo rdzeniowym, wymagająca zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych;

20) **zakażenie wirusem HIV/zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych** – choroba charakteryzująca się wyniszczeniem układu immunologicznego (odpornościowego) – w rozumieniu OWU – potwierdzona pozytywnym wynikiem dwóch testów: testu na przeciwciała anti-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR, będąca wynikiem przetoczenia krwi/preparatów krwiopochodnych, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich warunków podanych poniżej:

- przetoczenie krwi/preparatów krwiopochodnych było niezbędne z punktu widzenia medycznego,
- przetoczenie krwi/preparatów krwiopochodnych miało miejsce po zawarciu Umowy Ubezpieczenia,
- serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 (sześciu) miesięcy od daty przetoczenia,
- krew/preparaty krwiopochodne pochodziły z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie miało miejsce w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia,
- Dziecko nie choruje na ciężką postać talasemii (thalassaemia maior) lub hemofilii.

Przypadki zakażenia innymi drogami niż przetoczenie krwi/preparatów krwiopochodnych, w tym w szczególności jeśli do zakażenia doszło w następstwie kontaktów seksualnych lub dożylnego przyjmowania narkotyków, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

21) **zapalenie opon mózgowych powodujące trwałe ubytki neurologiczne** – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych o ciężkim przebiegu, potwierdzone przez specjalistę neurologa, w tym badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, i skutkujące trwałym ubytkiem neurologicznym trwającym przez co najmniej 6 (sześć) kolejnych miesięcy;

22) **zapalenie mózgu powodujące trwałe ubytki neurologiczne** – zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) o ciężkim przebiegu, potwierdzone przez specjalistę neurologa i powodujące trwałe ubytki neurologiczne trwające przez co najmniej 6 (sześć) kolejnych miesięcy.

2) **Trwała utrata możliwości samodzielnej egzystencji** – stan choroby wyrażający się niemożnością wykonywania, przez okres minimum 6 (sześciu) miesięcy, przynajmniej 3 (trzech) z wymienionych poniżej czynności życia codziennego:

- kąpiel – zdolność umycia się w wannie lub pod prysznicem (w tym wejście i wyjście z wanny lub prysznica) lub satysfakcjonujące umycie się w inny sposób,
- ubieranie się – zdolność zakładania i zdejmowania odzieży,
- przemieszczanie się – zdolność do przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzi i z powrotem,
- toaleta – zdolność do korzystania z toalety lub zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza w celu utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej,
- odżywianie się – zdolność do spożycia przygotowanego i podanego posiłku.

§ 51.

UBEZPIECZENIE RYZYKA URODZENIA SIĘ DZIECKA UBEZPIECZONEGO

1. Ochrona Ubezpieczeniowa

1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego jest urodzenie się Dziecka Ubezpieczonego lub przysposobienie przez Ubezpieczonego Dziecka w wieku poniżej dziesięciu lat. W przypadku przysposobienia, datą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest data uprawomocnienia się orzeczenia sądu opiekuńczego o przysposobieniu Dziecka przez Ubezpieczonego.

1.2. Z zastrzeżeniem ust. 1.3, udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego lub w przypadku przysposobienia przez Ubezpieczonego Dziecka w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego iloczynowi sumy ubezpieczenia z tytułu urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego, wskazanej w Umowie Ubezpieczenia oraz liczby dzieci, które w czasie jednego porodu urodzą się żywe.

1.3. Przysługująca Ubezpieczonemu w ramach ubezpieczenia ryzyka urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się z upływem dwustu siedemdziesięciu dni następujących po dniu zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia w zakresie takiego ryzyka.

2. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia

2.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia.

2.2. Świadczenie z tytułu urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego wypłacane jest Ubezpieczonemu.

§ 52.

UBEZPIECZENIE RYZYKA URODZENIA SIĘ DZIECKA UBEZPIECZONEGO W SYSTEMIE ŚWIADCZEŃ PROGRESYWNYCH

1. Ochrona Ubezpieczeniowa

1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ryzyka urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego w systemie świadczeń progresywnych jest urodzenie się ubezpieczonemu w czasie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej Dziecka Wymagającego Wzmoczonej Opieki Medycznej.

1.2. Z zastrzeżeniem ust. 1.3, udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego w systemie świadczeń progresywnych Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku urodzenia się ubezpieczonemu w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej Dziecka Wymagającego Wzmoczonej Opieki Medycznej, świadczenia ubezpieczeniowego równego wskazanej w Umowie Ubezpieczenia sumie ubezpieczenia z tytułu urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego w systemie świadczeń progresywnych albo jej wielokrotności, zgodnie z opisem wysokości świadczeń zawartym w Tabeli 1 poniżej.

TABELA 1.

Zdarzenia ubezpieczeniowe (powód, dla którego Dziecko wymaga wzmoczonej opieki medycznej)	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia z tytułu urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego w systemie świadczeń progresywnych
Niska ocena stanu zdrowia noworodka wg skali APGAR:	
1 – 4 punktów	300%
5 – 7 punktów	200%
Wcześnieństwo – noworodek urodzony:	
przed początkiem 28 tygodnia ciąży	300%
między początkiem 28 i końcem 32 tygodnia ciąży	200%
między początkiem 33 i końcem 36 tygodnia ciąży	100%
Mała urodzeniowa masa ciała noworodka:	
Skrajnie mała masa ciała: do 999 g	300%
Bardzo mała masa ciała: 1000 g – 1499 g	200%
Mała masa ciała: 1500 g – 2499 g	100%
Wada wrodzona:	
Wada serca lub układu nerwowego	500%

1.3. Przysługująca ubezpieczonemu w ramach ubezpieczenia ryzyka urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego w systemie świadczeń progresywnych Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się z upływem dwustu siedemdziesięciu dni następujących po dniu zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia w zakresie takiego ryzyka.

2. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia

2.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu urodzenia się Dziecka w systemie świadczeń progresywnych obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia.

2.2. W przypadku wystąpienia u Dziecka, które urodziło się ubezpieczonemu, więcej, niż jednego z następujących czynników decydujących o konieczności zastosowania wzmoczonej opieki medycznej: niska punktacja Apgar, wcześniactwo, niska urodzeniowa masa ciała albo wada wrodzona, świadczenie przysługuje w wysokości wynikającej z tego spośród nich, który przewiduje najwyższą jego wysokość zgodnie z Tabelą 1 z § 1.1 ust. 2.

- 2.3. Świadczenie z tytułu urodzenia się Dziecka w systemie świadczeń progresywnych wypłacane jest Ubezpieczonemu.
- 2.4. Świadczenie z tytułu urodzenia się Dziecka w systemie świadczeń progresywnych nie jest należne, jeżeli Dziecko Ubezpieczonego nie przeżyje pierwszych 30-tu dni od porodu.
- 2.5. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeśli matka Dziecka umyślnie przyczyniła się do stanu Dziecka, który skutkował będzie koniecznością zastosowania wzmoczonej opieki medycznej z powodów wskazanych w Tabeli 1 z § 1.1 ust. 2.

§ 53.

UBEZPIECZENIE RYZYKA URODZENIA DZIECKA MARTWEGO LUB PORONIENIA

1. Ochrona Ubezpieczeniowa
 - 1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia urodzenia Dziecka martwego lub poronienia jest zaistniałe w życiu Ubezpieczonego zdarzenie przedwczesnego zakończenia ciąży trwającej krócej, niż 22 tygodnie (dalej: poronienie) albo zgonu płodu w ustroju matki po upływie 22 tygodnia ciąży (dalej: urodzenie Dziecka martwego).
 - 1.2. Z zastrzeżeniem ust. 1.4, udzielana w ramach ubezpieczenia urodzenia Dziecka martwego lub poronienia Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w przypadku urodzenia Dziecka martwego, mającego miejsce w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego iloczynowi wskazanej w Umowie Ubezpieczenia sumy ubezpieczenia z tytułu urodzenia Dziecka martwego oraz liczby dzieci martwo urodzonych w czasie jednego porodu, albo do zapłaty, w przypadku poronienia, świadczenia równego 10% (dziesięć procent) sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie Ubezpieczenia.
 - 1.3. Bez względu na czas zakończenia ciąży, świadczenie, o którym mowa w ust. 1.2 zostanie wypłacone jeżeli urodzenie Dziecka martwego albo poronienie zostało zarejestrowane we właściwym Urzędzie Stanu Cywilnego, a Ubezpieczonemu został wydany akt urodzenia z odpowiednią adnotacją.
 - 1.4. Przysługująca Ubezpieczonemu w ramach ubezpieczenia ryzyka urodzenia Dziecka martwego lub poronienia Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się z upływem dwustu siedemdziesięciu dni następujących po dniu zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia w zakresie takiego ryzyka.
2. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia
 - 2.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu urodzenia Dziecka martwego lub poronienia obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia.
 - 2.2. Świadczenie z tytułu urodzenia Dziecka martwego lub poronienia wypłacane jest Ubezpieczonemu.
 - 2.3. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeśli matka Dziecka umyślnie przyczyniła się do jego martwego urodzenia lub poronienia.

§ 54.

UBEZPIECZENIE RYZYKA ŚMIERCI RODZICA UBEZPIECZONEGO

1. Ochrona Ubezpieczeniowa
 - 1.1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach ubezpieczenia ryzyka Śmierci Rodzica Ubezpieczonego jest Śmierć Rodzica.
 - 1.2. Z zastrzeżeniem ust. 1.3, udzielana w ramach ubezpieczenia ryzyka Śmierci Rodzica Ubezpieczonego Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku Śmierci Rodzica w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu Śmierci Rodzica Ubezpieczonego, wskazanej w umowie dodatkowej.
 - 1.3. W okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia objęcia Ubezpieczonego Ochroną Ubezpieczeniową w zakresie danego ryzyka po raz pierwszy, ochrona z tytułu ubezpieczenia ryzyka Śmierci Rodzica Ubezpieczonego ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wskazanego w ust. 1.2, wyłącznie w przypadku Śmierci Rodzica Ubezpieczonego będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa
 - 2.1. W trakcie trwania okresu ograniczonej odpowiedzialności Towarzystwa, świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Śmierci Rodzica Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek lub Śmierć Rodzica wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nastąpi:
 - 1) w związku ze spożyciem przez Rodzica Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Rodzica Ubezpieczonego nadużywania przez Rodzica Ubezpieczonego alkoholu, leków i lub innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
 - 2) w związku z popełnieniem przez Rodzica przestępstwa lub usiłowaniem popełnienia przez Rodzica przestępstwa albo dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
 - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Rodzica wskazań i zaleceń lekarskich, mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Rodzica;
 - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Rodzic Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku, gdy Rodzic Ubezpieczonego był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonym przez ustawę – Prawo lotnicze;
 - 5) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Rodzica Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Rodzica Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 7) w związku z udziałem rodzica w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Rodzica.

- 2.2. Po upływie okresu ograniczonej odpowiedzialności Towarzystwa świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Śmierci Rodzica Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone, jeżeli Śmierć Rodzica Ubezpieczonego nastąpi:
 - 1) jako skutek Aktów terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 2) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Rodzica Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 1) aktach przemocy, chyba że udział Rodzica Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.
3. Ustalanie wysokości świadczenia, wypłata świadczenia
 - 3.1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Śmierci Rodzica Ubezpieczonego obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia.
 - 3.2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest Ubezpieczonemu.

§ 55.

UBEZPIECZENIE „ZAGRANICZNA OPINIA LEKARSKA”

1. Definicje

- 1.1. Ilekroć w niniejszych Ogólnych Warunkach w odniesieniu do ubezpieczenia „Zagraniczna Opinia Lekarska”, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - 1) **Best Doctors** – Best Doctors Services SLU, podmiot z siedzibą w C/Almagro 36-1, 28010 Madryt, Hiszpania, współpracujący z Towarzystwem w ramach ubezpieczenia „Zagraniczna Opinia Lekarska”;
 - 2) **biblioteka video on-line** – zbiór informacyjno-edukacyjnych filmów wideo, umożliwiających uzyskanie informacji o istocie chorób, ich wpływie na organizm, metodach diagnostyki i leczenia;
 - 3) **Centrum Obsługi Klienta Best Doctors** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe pod numerem telefonu 800 365 867, prowadzone przez Best Doctors, czynne przez całą dobę 365 dni w roku, przyjmujące zgłoszenia, weryfikujące prawo do Ochrony Ubezpieczeniowej oraz koordynujące realizację świadczenia z tytułu ubezpieczenia „Zagraniczna Opinia Lekarska”;
 - 4) **dziecko** – własne lub przysposobione Dziecko Ubezpieczonego będące pod jego władzą rodzicielską do uzyskania pełnoletności, które w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego ma nie więcej niż 25 lat;
 - 5) **ekspert** – lekarz specjalista, praktykujący poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, uznany za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym w danej specjalności, współpracujący z Best Doctors; wybór lekarza eksperta dla poszczególnych przypadków będzie

dokonywany przez Best Doctors z uwzględnieniem specyfiki schorzenia, którego dotyczy zgłoszenie;

- 7) **internetowa platforma informacyjna (AskBestDoctors)** – witryna informacyjna udostępniana przez Best Doctors na stronie internetowej www.askbestdoctors.com/pol, umożliwiająca Ubezpieczonemu lub współmałżonkowi, po zalogowaniu się przy użyciu indywidualnego hasła, skorzystanie z bazy informacji dotyczących kwestii zdrowotnych, od ogólnych faktów po szczegółowe wyjaśnienia na temat schorzeń i ich leczenia, w tym dostęp do informacji zawartych w zasobach biblioteki video on-line;
 - 8) **Ochrona Ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Towarzystwa do zapewnienia Ubezpieczonemu oraz osobom bliskim dostępu do świadczeń zagranicznej opinii lekarskiej oraz dostępu do internetowej platformy informacyjnej (AskBestDoctors);
 - 10) **osoba bliska** – współmałżonek i/lub dziecko;
 - 11) **specjalistyczna informacja medyczna eksperta (AskTheExpert)** – ogólna informacja o stanie zdrowia i/lub zgłoszonym problemie zdrowotnym, sporządzana przez eksperta;
 - 13) **zagraniczna powtórna opinia medyczna (InterConsultation)** – sporządzona przez eksperta opinia dotycząca diagnozy schorzenia, zastosowanego leczenia oraz zawierająca propozycję własnego planu leczenia, sporządzana na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej;
 - 14) **zagraniczna opinia lekarska** – zagraniczna powtórna opinia medyczna lub specjalistyczna informacja medyczna eksperta;
2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia „Zagraniczna Opinia Lekarska”
- 2.1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
 - 2.2. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia „Zagraniczna Opinia Lekarska” jest stan chorobowy Ubezpieczonego albo osoby bliskiej, o którym mowa w ust. 2.3 i 2.4, uprawniający do otrzymania zagranicznej opinii lekarskiej.
 - 2.3. Zakres ubezpieczenia „Zagraniczna Opinia Lekarska” obejmuje sporządzenie zagranicznej opinii medycznej dotyczącej Ubezpieczonego albo osoby bliskiej, jeżeli u którejkolwiek z tych osób w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej Ubezpieczonemu, postawiono diagnozę lub stwierdzono konieczność wykonania leczenia operacyjnego, związanych z którymkolwiek z niżej wymienionych stanów chorobowych bądź uszkodzeń ciała:
 - 1) nowotwór złośliwy;
 - 2) niewydolność nerek;
 - 3) schyłkowa niewydolność wątroby;
 - 4) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby;
 - 5) udar mózgu;
 - 6) łagodny nowotwór mózgu;
 - 7) zapalenie mózgu;
 - 8) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych;
 - 9) porażenie kończyn;
 - 10) paraliż;
 - 11) stwardnienie rozsiane;
 - 12) choroba Alzheimera;
 - 13) choroba Parkinsona;
 - 14) choroby neuronu ruchowego;
 - 15) przeszczep narządu;
 - 16) zawał serca;
 - 17) angioplastyka naczyń wieńcowych;
 - 18) operacja pomostowania naczyń wieńcowych;
 - 19) operacja zastawek serca;
 - 20) operacja aorty;
 - 21) bakteryjne zapalenie wsierdza;
 - 22) niedokrwiłość aplastyczna;
 - 23) rozległe oparzenie;
 - 24) utrata kończyn;
 - 25) utrata słuchu;
 - 26) utrata wzroku;
 - 27) utrata mowy;
 - 28) śpiączka;
 - 29) cukrzyca typu 1 (insulinozależna);
 - 30) gruźlica;
 - 31) zakażenie wirusem HIV;

32) inne, nie wymienione powyżej stany chorobowe i uszkodzenia ciała, o ile zagrażają życiu Ubezpieczonego albo osoby bliskiej i wymagają leczenia specjalistycznego.

- 2.4. Zakres ubezpieczenia „Zagraniczna Opinia Lekarska” obejmuje również sporządzenie specjalistycznej informacji medycznej eksperta w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego albo osoby bliskiej innego stanu chorobowego albo uszkodzenia ciała, niż wymienione w ust. 2.3, powyżej, wymagającego leczenia specjalistycznego.
 - 2.5. Zakres ubezpieczenia obejmuje także dostęp do internetowej platformy informacyjnej (AskBestDoctors), przy użyciu której Ubezpieczony lub współmałżonek mogą on-line wypełnić i złożyć wnioski o uruchomienie usługi zagranicznej opinii lekarskiej, przeglądać przechowywaną na niej dokumentację medyczną dotyczącą zgłaszanych Zdarzeń Ubezpieczeniowych oraz skorzystać z szerokich zasobów informacji medycznych, w tym zawartych w bibliotece video on-line.
 - 2.6. Dzień początku i końca okresu dostępu do świadczeń, o których mowa w ust. 2.3-2.5, jest odpowiednio pierwszym i ostatnim dniem Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej ubezpieczonemu w ramach ubezpieczenia „Zagraniczna Opinia Lekarska” i jest ustalany na zasadach określonych w ust. 4.
3. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa
- 3.1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli przyczyną zgłoszenia potrzeby uzyskania zagranicznej opinii lekarskiej dotyczącej Ubezpieczonego albo osoby bliskiej jest:
 - 1) ostry i krótkotrwały stan chorobowy;
 - 2) choroba przewlekła o lekkim przebiegu;
 - 3) zaburzenie psychiczne;
 - 4) problem stomatologiczny.
 - 3.2. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności w następujących przypadkach:
 - 1) w czasie pobytu Ubezpieczonego albo osoby bliskiej w szpitalu, jeśli pobyt ten jest związany ze schorzeniem, które ma być przedmiotem zagranicznej opinii lekarskiej, do czasu zakończenia pobytu tej osoby w szpitalu;
 - 2) jeżeli stan chorobowy Ubezpieczonego albo osoby bliskiej nie został jeszcze zdiagnozowany przez lekarza prowadzącego leczenie.
 - 3.3. Towarzystwo i Best Doctors nie odpowiadają za medyczną poprawność zagranicznych opinii lekarskich sporządzanych przez ekspertów, a także za skutki jakichkolwiek działań lub zaniechania działań w oparciu o informacje zawarte w zagranicznych opiniach lekarskich oraz za skutki wdrożenia proponowanych przez ekspertów planów leczenia, a także ich skuteczność.
4. Okres ubezpieczenia
- 4.1. Przysługująca ubezpieczonemu w ramach ubezpieczenia „Zagraniczna Opinia Lekarska” Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się:
 - 1) pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia jeżeli dzień ten zawiera się w przedziale od 1 do 15 dnia miesiąca kalendarzowego;
 - 2) pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia jeżeli dzień ten zawiera się w przedziale od 16 do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
 - 4.2. W przypadku wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu w ramach Umowy Ubezpieczenia, Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia „Zagraniczna Opinia Lekarska” wygasa odpowiednio:
 - 1) jeżeli wygaśnięcie Umowy Ubezpieczenia miało miejsce między 1 a 15 dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym nastąpiło wygaśnięcie Umowy Ubezpieczenia;
 - 2) jeżeli wygaśnięcie Umowy Ubezpieczenia miało miejsce między 16 a ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło wygaśnięcie Umowy Ubezpieczenia.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe
- 5.1. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, w ramach udzielanej Ochrony Ubezpieczeniowej Towarzystwo za pośrednictwem Best Doctors zobowiązuje się do zorganizowania oraz pokrycia kosztów sporządzenia i przetłumaczenia zagranicznej opinii lekarskiej, przy czym z tytułu zaistnienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczonemu albo osobie bliskiej przysługuje tylko jedno świadczenie, to znaczy osoba ta ma prawo do jednej zagranicznej opinii lekarskiej dotyczącej tego zdarzenia.

- 5.2. Warunkiem uzyskania przez osobę, o której mowa w ust. 1 powyżej, zagranicznej powtórnej opinii medycznej jest dostarczenie Best Doctors wszystkich dokumentów wymaganych do spełnienia świadczenia, o których mowa w ust. 5.1 oraz udzielenie pisemnej zgody na zasięganie i przekazywanie danych medycznych dotyczących Ubezpieczonego albo osób bliskich.
- 5.3. Zagraniczna powtórna opinia medyczna, w części dotyczącej rozwiązania problemu medycznego, zawiera:
- 1) postawioną przez eksperta powtórna diagnozę;
 - 2) ocenę dotychczas prowadzonego leczenia;
 - 3) propozycję planu leczenia, jeśli zdaniem eksperta zastosowany sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony.
- 5.4. W celu uzyskania zagranicznej powtórnej opinii medycznej Ubezpieczony albo współmałżonek albo pełnoletnie dziecko zobowiązane jest skontaktować się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors i podać następujące dane:
- 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) adres zamieszkania;
 - 3) numer polisy potwierdzającej zawarcie Umowy Ubezpieczenia;
 - 4) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
 - 5) dane osoby, której dotyczy zgłoszenie.
- 5.5. Po zweryfikowaniu dostępu do świadczeń Ubezpieczony albo współmałżonek albo pełnoletnie dziecko otrzyma na wskazany przez siebie adres pakiet formularzy, które zobowiązany jest wypełnić celem uzyskania świadczenia, a następnie dostarczyć na własny koszt do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors (adres: BEST DOCTORS, 00-833 Warszawa, ul. Sienna 73) wraz z pełną dokumentacją medyczną, dotyczącą choroby Ubezpieczonego albo osoby bliskiej, i dodatkowo, w przypadku, gdy dotyczy to współmałżonka albo Dziecka Ubezpieczonego, odpowiednio z odpisem aktu małżeństwa, albo odpisem aktu urodzenia Dziecka Ubezpieczonego.
- 5.6. Towarzystwo za pośrednictwem Best Doctors zobowiązuje się do przetłumaczenia na język kraju pochodzenia eksperta dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego albo współmałżonka albo pełnoletnie dziecko oraz przekazania przetłumaczonej dokumentacji medycznej ekspertowi, a także zapewnienia przetłumaczenia sporządzonej przez eksperta zagranicznej powtórnej opinii medycznej na język polski przed jej przekazaniem ubezpieczonemu albo współmałżonkowi albo pełnoletniemu dziecku.
- 5.7. Zagraniczna powtórna opinia medyczna zostanie sporządzona i przekazana ubezpieczonemu albo współmałżonkowi albo pełnoletniemu dziecku w sposób z nimi uzgodniony w terminie trzydziestu dni od daty dostarczenia dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 5.5 w przypadku, gdy do sporządzenia zagranicznej powtórnej opinii medycznej niezbędne jest uzyskanie dodatkowych informacji medycznych, zagraniczna powtórna opinia medyczna zostanie sporządzona w ciągu czternastu dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności jej sporządzenie było możliwe.
- 5.8. Specjalistyczna informacja medyczna eksperta będzie zawierała ocenę stanu zdrowia Ubezpieczonego albo osoby bliskiej oraz – jeśli będzie to możliwe – propozycję sposobu leczenia schorzenia będącego przedmiotem zgłoszonego do eksperta zapytania.
- 5.9. W celu uzyskania specjalistycznej informacji medycznej eksperta, ubezpieczony albo współmałżonek albo pełnoletnie dziecko zobowiązane jest skontaktować się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors i podać dane, o których mowa w ust. 5.4 oraz udzielić niezbędnych wyjaśnień dotyczących stanu chorobowego osoby, której dotyczy sporządzana informacja.
- 5.10. Towarzystwo za pośrednictwem Best Doctors zobowiązuje się przekazać zebrane informacje, po ich przetłumaczeniu, do eksperta, a następnie przesłać Ubezpieczonemu albo współmałżonkowi albo pełnoletniemu dziecku przetłumaczony na język polski raport eksperta. Specjalistyczna informacja medyczna eksperta zostanie sporządzona w ciągu 7 dni liczonych od daty zebrania informacji, o których mowa w ust. 9, oraz przesłana we wspomnianym terminie na wskazany przez Ubezpieczonego albo współmałżonka albo pełnoletnie dziecko adres poczty elektronicznej.

§ 56.

USŁUGI ASSISTANCE – WARIANT II

1. Ochrona Ubezpieczeniowa
 - 1.1. Zakres Umowy Ubezpieczenia zawieranej na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych może zostać rozszerzony o Usługi Assistance II.
 - 1.2. Usługi Assistance – wariant II regulowane są przez Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Assistance – Wariant II nr PGO/AS2/2016/1 stanowiące Załącznik nr 3 do niniejszych Warunków Ogólnych, przy czym wymienione niżej, użyte w treści tych

Warunków Ogólnych terminy, należy rozumieć następująco w odpowiednim przypadku i liczbie:

- 1) umowa dodatkowa – Usługi Assistance – wariant II;
 - 2) główna umowa ubezpieczenia – Umowa Ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych OWU;
 - 3) Uczestnik – Ubezpieczony w rozumieniu niniejszych OWU;
 - 4) przystąpienie – zawarcie niniejszej Umowy Ubezpieczenia.
- 1.3. Wszystkie inne terminy użyte w Warunkach Ogólnych Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Assistance – Wariant II nr PGO/AS2/2016/1 mają zastosowanie tylko w odniesieniu do Usług Assistance – Wariant II

§ 57.

USŁUGI ASSISTANCE – WARIANT III

1. Ochrona Ubezpieczeniowa
 - 1.1. Zakres Umowy Ubezpieczenia zawieranej na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych może zostać rozszerzony o Usługi Assistance III.
 - 1.2. Usługi Assistance – wariant III regulowane są przez Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Assistance – Wariant III nr PGO/AS3/2017/1 stanowiące Załącznik nr 4 do niniejszych Warunków Ogólnych, przy czym wymienione niżej, użyte w treści tych Warunków Ogólnych terminy, należy rozumieć następująco w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - 1) umowa dodatkowa – Usługi Assistance – wariant III;
 - 2) główna umowa ubezpieczenia – Umowa Ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych OWU;
 - 3) Uczestnik – Ubezpieczony w rozumieniu niniejszych OWU;
 - 4) przystąpienie – zawarcie niniejszej Umowy Ubezpieczenia.
 - 1.3. Wszystkie inne terminy użyte w Warunkach Ogólnych Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Assistance – Wariant II nr PGO/AS2/2016/1 mają zastosowanie tylko w odniesieniu do Ubezpieczenia Assistance – Wariant II

§ 58.

PROGRAM ASSISTANCE III

1. Ochrona Ubezpieczeniowa
 - 1.1. Zakres Usług Assistance – wariant III zawieranych na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych może zostać opcjonalnie rozszerzony o usługi wynikające z Umowy Grupowego Ubezpieczenia „Program Assistance III”.
 - 1.2. Program Assistance III jest regulowany przez Warunki Szczególnie Programu Assistance III sygnatura nr WS/PAS3/2017/1 stanowiące Załącznik nr 5 do niniejszych Warunków Ogólnych, przy czym przez wymienione niżej, użyte w treści tych Warunków Szczególnych terminy, należy rozumieć następująco w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - 1) umowa dodatkowa – Usługi Assistance – wariant III;
 - 2) główna umowa ubezpieczenia – Umowa Ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych OWU;
 - 3) Uczestnik – Ubezpieczony w rozumieniu niniejszych OWU;
 - 4) przystąpienie – zawarcie niniejszej Umowy Ubezpieczenia równoznaczne z przystąpieniem do Grupowego Ubezpieczenia „Program Assistance III” zawartego przez Towarzystwo oraz AWP P&C SA Oddział w Polsce.
 - 1.3. Wszystkie inne terminy użyte w Warunkach Szczególnych Programu Assistance III mają zastosowanie tylko w odniesieniu do Ubezpieczenia Grupowego „Program Assistance III”.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 3 sierpnia 2017 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 września 2017 roku.

ZAŁĄCZNIK NR 1

WYKAZ POSTĘPOWAŃ MEDYCZNYCH PRZEPROWADZONYCH PODCZAS HOSPITALIZACJI UBEZPIECZONEGO ORAZ PODANA W % SUMY UBEZPIECZENIA WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

Część 1					
CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO					
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
1	5 lat	Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych leczone zachowawczo	6%	–	✓
2	5 lat	Choroba infekcyjna układu nerwowego leczona zachowawczo (z wyłączeniem wirusowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych)	18%	–	✓
3	5 lat	Śpiączka pochodzenia nieurazowego leczona zachowawczo	6%	–	✓
4	5 lat	Choroba nerwu rdzeniowego leczona zachowawczo	4%	–	✓
5	5 lat/18 mies.	Choroba nerwu rdzeniowego leczona operacyjnie	7%	✓	✓
6	5 lat/5 lat	Zespół cieśni kanału nadgarstka leczony operacyjnie	5%	✓	✓
7	5 lat	Zespół uciskowo-nerwowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem zespołu cieśni kanału nadgarstka)	4%	✓	✓
8	5 lat	Choroba nerwu czaszkowego leczona zachowawczo (z wyłączeniem nerwu wzrokowego)	6%	–	✓
9	5 lat/18 mies.	Choroba nerwu czaszkowego leczona operacyjnie (z wyłączeniem nerwu wzrokowego)	7%	✓	✓
10	5 lat	Przemijający napad niedokrwienny mózgu (TIA) leczony zachowawczo (z wyłączeniem udaru niedokrwiennego)	6%	–	✓
11	5 lat	Udar niedokrwienny mózgowia leczony zachowawczo	10%	–	✓
12	5 lat	Krwotok śródczaszkowy leczony zachowawczo	8%	–	✓
13	5 lat	Krwotok śródczaszkowy leczony operacyjnie	13%	✓	✓
14	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią z niepowikłanym przebiegiem leczenia	16%	✓	✓
15	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią z powikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓
16	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓
17	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem z powikłanym przebiegiem leczenia	30%	✓	✓
18	5 lat	Tętniak tętnicy mózkowej leczony embolizacją z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy podstawnej mózgu, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	14%	✓	✓
19	5 lat	Tętniak tętnicy mózkowej leczony embolizacją z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy podstawnej mózgu, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	21%	✓	✓
20	5 lat	Tętniak tętnicy mózkowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem tętnicy podstawnej, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	19%	✓	✓
21	5 lat	Tętniak tętnicy podstawnej mózgu, śródczaszkowej mózgu lub kręgowej mózgu leczony operacyjnie lub metodami radiologii interwencyjnej	50%	✓	✓
22	5 lat	Naczyniak mózgu leczony embolizacją z niepowikłanym przebiegiem leczenia	14%	✓	✓
23	5 lat	Naczyniak mózgu leczony embolizacją z powikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓
24	5 lat	Naczyniak mózgu leczony operacyjnie lub metodami radiologii interwencyjnej	50%	✓	✓
25	5 lat	Naczyniak rdzenia leczony embolizacją	21%	✓	✓
26	5 lat	Naczyniak rdzenia leczony operacyjnie	24%	✓	✓
27	5 lat	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczone zachowawczo	8%	–	✓
28	5 lat	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczone operacyjnie	17%	✓	✓
29	5 lat	Łagodny nowotwór śródczaszkowy leczony zachowawczo	10%	–	✓
30	5 lat	Łagodny nowotwór śródczaszkowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem nowotworów łagodnych przysadki)	19%	✓	✓
31	5 lat	Nowotwór złośliwy ośrodkowego układu nerwowego leczony zachowawczo	15%	–	✓
32	5 lat	Nowotwór złośliwy śródczaszkowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem nowotworów złośliwych przysadki)	50%	✓	✓
33	5 lat	Guz kanału kręgowego leczony operacyjnie	24%	✓	✓
34	5 lat	Jamistość rdzenia kręgowego leczona operacyjnie	24%	✓	✓
35	5 lat/18 mies.	Przepuklina jądra miazdżystego leczona operacyjnie	7%	✓	✓
36	5 lat	Wodogłowie nabyte leczone operacyjnie	21%	✓	✓
37	5 lat	Choroba Alzheimera lub choroba naczyniowa mózgu objawiająca się otępieniem, stwierdzone po raz pierwszy w trakcie leczenia szpitalnego	11%	–	✓
38	5 lat	Choroba Parkinsona lub zespół parkinsonowski stwierdzone po raz pierwszy w trakcie leczenia szpitalnego	13%	–	✓
39	5 lat	Stwardnienie rozsiane leczone zachowawczo	7%	–	✓

40	5 lat	Stwardnienie zanikowe boczne powodujące niedowład czterokończynowy lub niedowład kończyn dolnych leczone zachowawczo	14%	–	✓
41	5 lat	Poprzeczne zapalenie rdzenia, krwiak śródrdzeniowy lub zawał rdzenia powodujące porażenie czterokończynowe lub porażenie kończyn dolnych leczone zachowawczo	17%	–	✓

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

CHOROBY OTOLARYNGOLOGICZNE					
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
69	nie dotyczy	Uraz nosa leczony zachowawczo	1%	–	✓
70	5 lat	Krwawienie z nosa leczone metodą zabiegową (z wyłączeniem polipa i urazu nosa)	2%	✓	✓
71	nie dotyczy	Uraz nosa leczony operacyjnie	3%	✓	✓
72	5 lat	Przerost migdałków podniebiennych i/lub migdałka gardłowego leczony operacyjnie	4%	✓	✓
73	5 lat	Zaburzenia równowagi pochodzenia błędnikowego leczone zachowawczo	3%	–	✓
74	5 lat	Zapalenie ucha środkowego leczone zachowawczo	3%	–	✓
75	5 lat	Zapalenie ucha środkowego leczone drenażem jamy bębnekowej	3%	✓	✓
76	5 lat/5 lat	Zapalenie ucha środkowego leczone operacyjnie	5%	✓	✓
77	5 lat/5 lat	Zapalenie ucha środkowego z uszkodzeniem kosteczek słuchowych leczone operacyjnie	9%	✓	✓
78	5 lat/5 lat	Otoskleroza, perlak ucha środkowego leczone operacyjnie	5%	✓	✓

79	5 lat	Choroba dziąsła, przyzębia leczone zachowawczo	4%	–	✓
80	5 lat	Choroba jamy ustnej leczona zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu jamy ustnej i liszaja płaskiego)	3%	–	✓
81	5 lat	Choroba jamy ustnej leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu jamy ustnej)	5%	✓	✓
82	5 lat/5 lat	Choroba ślinianki leczona operacyjnie (z wyłączeniem całkowitego usunięcia ślinianki)	4%	✓	✓
83	5 lat/5 lat	Choroba ślinianki leczona operacyjnie wraz z jej całkowitym usunięciem	8%	✓	✓
84	5 lat	Choroba gardła lub krtani leczona zachowawczo	3%	–	✓
85	5 lat	Zapalenie nagłośni leczone zachowawczo	9%	–	✓
86	5 lat	Choroba gardła leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego gardła)	7%	✓	✓
87	5 lat	Choroba krtani leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego krtani)	9%	✓	✓
88	5 lat	Polip nosa, zapalenie lub nowotwór łagodny zatok obocznych nosa leczone operacyjnie	5%	✓	✓
89	5 lat	Nowotwór złośliwy zatok obocznych nosa leczony operacyjnie	6%	✓	✓
90	5 lat	Nowotwór łagodny jamy ustnej leczony zachowawczo	3%	–	✓
91	5 lat	Nowotwór złośliwy jamy ustnej leczony zachowawczo	4%	–	✓
92	5 lat	Nowotwór łagodny jamy ustnej leczony operacyjnie (z wyłączeniem ślinianki)	5%	✓	✓
93	5 lat	Nowotwór złośliwy jamy ustnej leczony operacyjnie (z wyłączeniem ślinianki)	7%	✓	✓
94	5 lat	Nowotwór złośliwy jamy nosowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem zatok)	10%	✓	✓
95	5 lat	Nowotwór lub choroba zapalna wyrostka sutkowatego kości skroniowej leczone operacyjnie	6%	✓	✓
96	5 lat	Nowotwór złośliwy gardła leczony operacyjnie	24%	✓	✓
97	5 lat	Nowotwór złośliwy krtani leczony operacyjnie	28%	✓	✓

CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
98	5 lat	Zapalenie oskrzeli leczone zachowawczo	4%	–	✓
99	5 lat	Zapalenie płuc leczone zachowawczo	7%	–	✓
100	5 lat	Choroba dróg oddechowych w trakcie diagnostyki wymagającej wykonania bronchoskopii	2%	–	✓
101	5 lat	Astma oskrzelowa leczona zachowawczo	5%	–	✓
102	5 lat	Przewlekła obturacyjna choroba płuc leczona zachowawczo (z wyłączeniem rozedmy płuc)	5%	–	✓
103	5 lat	Rozedma płuc leczona zachowawczo	5%	–	✓
104	5 lat	Rozedma płuc leczona operacyjnie	6%	✓	✓
105	5 lat	Rozstrzenie oskrzeli leczone zachowawczo	8%	–	✓
106	5 lat	Rozstrzenie oskrzeli leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓
107	5 lat	Rozstrzenie oskrzeli leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓
108	nie dotyczy	Uraz klatki piersiowej ze stłuczeniem płuca lub złamaniem jednego lub więcej żeber leczony zachowawczo (z wyłączeniem wielomiejscowych obrażeń ciała)	10%	–	✓
109	5 lat	Suche zapalenie opłucnej leczone zachowawczo	4%	–	✓
110	5 lat	Odma samoistna opłucnej leczona zachowawczo	5%	–	✓
111	5 lat	Odma samoistna opłucnej leczona drenażem ssącym opłucnowym lub płyn w jamie opłucnej leczony drenażem chirurgicznym jamy opłucnej (z wyłączeniem ropniaka opłucnej)	6%	✓	✓
112	5 lat	Ropniak jamy opłucnej leczony drenażem	6%	✓	✓
113	5 lat	Ropniak jamy opłucnej leczony operacyjnie z otwarciem klatki piersiowej z niepowikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓
114	5 lat	Ropniak jamy opłucnej leczony operacyjnie z otwarciem klatki piersiowej z powikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓
115	5 lat	Ropień płuca leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓
116	5 lat	Ropień płuca leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	20%	✓	✓
117	5 lat	Wysięk do jamy opłucnej leczony zachowawczo	6%	–	✓
118	5 lat	Choroba śródmiąższowa płuc leczona zachowawczo (z wyłączeniem włóknienia płuc i sarkoidozy)	6%	–	✓
119	5 lat	Włóknienie płuc leczone zachowawczo	6%	–	✓
120	5 lat	Sarkoidoza płuc leczona zachowawczo	6%	–	✓
121	5 lat	Nowotwór łagodny płuca leczony zachowawczo	5%	–	✓

122	5 lat/5 lat	Nowotwór łagodny płuca leczony operacyjnie	17%	✓	✓
123	5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony zachowawczo	6%	–	✓
124	5 lat	Nowotwór złośliwy płuca naciekający klatkę piersiową, przeponę lub śródpiersie – leczony zachowawczo	11%	–	✓
125	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓
126	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓
127	5 lat	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓
128	5 lat	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓
129	5 lat	Nowotwór złośliwy śródpiersia leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓
130	5 lat	Nowotwór złośliwy śródpiersia leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	20%	✓	✓
131	5 lat	Choroba zakrzepowo-zatorowa płuca leczona zachowawczo (z wyłączeniem zatoru tętnicy płucnej spowodowanego zapaleniem zakrzepowym żył głębokich kończyny dolnej lub miednicy małej)	7%	–	✓
132	5 lat	Niewydolność oddechowa (w tym obrzęk płuc) leczona z zastosowaniem wentylacji zastępczej	10%	–	✓
133	5 lat	Niewydolność oddechowa leczona operacyjnie przeszczepem płuca	100%	✓	✓

CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA					
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
134	5 lat	Dolegliwości bólowe w klatce piersiowej w trakcie diagnostyki	2%	–	✓
135	5 lat/5 lat	Żyłaki kończyny dolnej leczone operacyjnie	4%	✓	✓
136	5 lat	Zapalenie zakrzepowe żył głębokich kończyny dolnej, miednicy małej leczone zachowawczo	8%	–	✓
137	5 lat	Zator tętnicy płucnej spowodowany zapaleniem zakrzepowym żył głębokich kończyny dolnej lub miednicy małej leczony zachowawczo	14%	–	✓
138	5 lat	Zapalenie zakrzepowe żył głębokich kończyn dolnych i miednicy małej, leczone operacyjnie	14%	✓	✓
139	5 lat	Nadciśnienie tętnicze leczone zachowawczo	2%	–	✓
140	5 lat	Ciężkie nadciśnienie tętnicze ze zmianami w obrębie nerek i serca leczone zachowawczo	7%	–	✓
141	5 lat	Zapalenie osierdzia leczone zachowawczo	8%	–	✓
142	5 lat	Zapalenie mięśnia serca i wsierdzia leczone zachowawczo	19%	–	✓
143	5 lat	Choroba niedokrwienna serca leczona zachowawczo	5%	–	✓
144	5 lat	Ostry zespół wieńcowy leczony zachowawczo	10%	–	✓
145	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przeszskórną plastyką wewnątrznacyniową bez zastosowania stentu	10%	✓	✓
146	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przeszskórną wewnątrznacyniową plastyką z zastosowaniem stentu (z wyjątkiem stentu uwalniającego lek)	14%	✓	✓
147	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przeszskórną plastyką wewnątrznacyniową z użyciem stentu uwalniającego lek	24%	✓	✓
148	5 lat/18 mies.	Niedrożność tętnicy wieńcowej leczona pomostowaniem tętnicy wieńcowej	38%	✓	✓
149	5 lat	Zaburzenia rytmu serca (za wyjątkiem migotania i trzepotania przedsionków) leczone zachowawczo	4%	–	✓
150	5 lat	Migotanie i trzepotanie przedsionków leczone zachowawczo	3%	–	✓
151	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone zabiegiem ablacji przeszskórnej lub metodą CARTO	18%	✓	✓
152	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją wszczepienia stymulatora serca	26%	✓	✓
153	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją implantacji automatycznego wszczepialnego kardiowertera-defibrylatora	30%	✓	✓
154	5 lat	Operacja wymiany stymulatora serca	26%	✓	✓
155	5 lat	Niedrożność naczyń obwodowych spowodowana zmianami miażdżycowymi leczona zachowawczo (z wyłączeniem tętnicy mózgowej)	6%	–	✓
156	5 lat/18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przy użyciu protezy naczyniowej lub przeszskórną plastyką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	14%	✓	✓
157	5 lat/18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przy użyciu protezy naczyniowej lub przeszskórną plastyką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	18%	✓	✓

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

CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO					
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
174	5 lat	Dolegliwości związane ze schorzeniami przewodu pokarmowego w trakcie diagnostyki	2%	-	✓
175	5 lat	Zapalenie przełyku, błony śluzowej żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo	4%	-	✓
176	5 lat	Polipy przełyku lub żołądka leczone endoskopowo	4%	✓	✓
177	5 lat	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo z wykonaniem endoskopii	3%	-	✓
178	5 lat	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczona operacyjnie	11%	✓	✓
179	5 lat	Zwężenie odźwiernika leczone metodą endoskopową lub pyloroplastyką	9%	✓	✓
180	5 lat	Krwawienie z żyłaków przełyku lub żołądka leczone metodą endoskopową	5%	✓	✓
181	5 lat	Żylaki przełyku lub żołądka leczone operacyjnie	6%	✓	✓
182	5 lat	Zapalenie wyrostka robaczkowego leczone operacyjnie	4%	✓	✓
183	5 lat	Zapalenie wyrostka robaczkowego powikłane rozlanym zapaleniem otrzewnej leczone operacyjnie	7%	✓	✓
184	5 lat/5 lat	Przepuklina pachwinowa lub mosznowa leczona operacyjnie	4%	✓	✓
185	5 lat/5 lat	Przepuklina udowa leczona operacyjnie	4%	✓	✓
186	5 lat	Przepuklina nabyta rozworu przełykowego przepony leczona operacyjnie	5%	✓	✓
187	5 lat	Przepuklina brzuszna leczona operacyjnie (z wyłączeniem przepuklin: rozworu przełykowego przepony, pachwinowej, mosznowej i udowej)	5%	✓	✓
188	5 lat	Żylaki odbytu leczone operacyjnie lub zabiegowo	5%	✓	✓
189	5 lat	Szczelina odbytu, przetoka odbytu lub odbytnicy, ropień odbytu lub odbytnicy leczone operacyjnie	6%	✓	✓
190	5 lat	Polipy jelita grubego leczone metodą endoskopową	3%	✓	✓
191	5 lat	Choroba jelita grubego leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego)	9%	✓	✓
192	5 lat	Choroba zapalna jelita leczona zachowawczo (z wyłączeniem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego)	6%	-	✓
193	5 lat	Zapalenie żołądkowo-jelitowe leczone zachowawczo	3%	-	✓

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

229	5 lat	Marskość wątroby leczona zachowawczo z wyłączeniem marskości pozapalnej (WZW) i toksycznej	11%	–	✓
230	5 lat	Krwiak wątroby leczony drenażem dróg żółciowych (z wyłączeniem urazu wielomiejscowego narządów wewnętrznych)	6%	✓	✓
231	5 lat	Ropień wątroby leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓
232	5 lat	Ropień wątroby leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓
233	5 lat	Łagodna zmiana ogniskowa wątroby leczona operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓
234	5 lat	Łagodna zmiana ogniskowa wątroby leczona operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓
235	5 lat	Nowotwór złośliwy wątroby leczony zachowawczo	12%	–	✓
236	5 lat	Nowotwór złośliwy wątroby leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓
237	5 lat	Nowotwór złośliwy wątroby leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	28%	✓	✓
238	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki leczony zachowawczo	14%	–	✓
239	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki, wątroby lub dróg żółciowych leczony endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną (ECPW)	10%	✓	✓
240	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	26%	✓	✓
241	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	32%	✓	✓
242	5 lat	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony zachowawczo	10%	–	✓
243	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie z jednoczesnym wytworzeniem zespoleń z niepowikłanym przebiegiem leczenia	15%	✓	✓
244	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie z jednoczesnym wytworzeniem zespoleń z powikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓
245	5 lat	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓
246	5 lat	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	27%	✓	✓
247	5 lat	Niewydolność wątroby leczona przeszczepem wątroby	100%	✓	✓

CHOROBY NARZĄDU RUCHU					
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
248	nie dotyczy	Złamanie kości ręki leczone zachowawczo	3%	–	✓
249	nie dotyczy	Złamanie kości przedramienia leczone zachowawczo	3%	–	✓
250	nie dotyczy	Złamanie kości ramiennej leczone zachowawczo	2%	–	✓
251	nie dotyczy	Złamanie kości obręczy kończyny górnej leczone zachowawczo	3%	–	✓
252	nie dotyczy	Złamanie kości stopy leczone zachowawczo	3%	–	✓
253	nie dotyczy	Złamanie kości podudzia lub kostek goleni leczone zachowawczo	2%	–	✓
254	nie dotyczy	Złamanie trzonu lub końca bliższego kości udowej leczone zachowawczo	8%	–	✓
255	nie dotyczy	Złamanie kości biodrowej leczone zachowawczo	5%	–	✓
256	nie dotyczy	Złamanie kości miednicy leczone zachowawczo	5%	–	✓
257	nie dotyczy	Złamanie kości kręgosłupa leczone zachowawczo (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa w przebiegu choroby nowotworowej)	9%	–	✓
258	nie dotyczy	Złamanie kości ręki leczone operacyjnie	5%	✓	✓
259	nie dotyczy	Złamanie kości przedramienia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	4%	✓	✓
260	nie dotyczy	Złamanie kości przedramienia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	6%	✓	✓
261	nie dotyczy	Złamanie kości ramiennej leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓
262	nie dotyczy	Złamanie kości ramiennej leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	11%	✓	✓
263	nie dotyczy	Złamanie kości obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie	8%	✓	✓
264	nie dotyczy	Złamanie kości stopy leczone operacyjnie	6%	✓	✓
265	nie dotyczy	Złamanie kości kończyny dolnej w obrębie kostek goleni leczone operacyjnie	6%	✓	✓
266	nie dotyczy	Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓
267	nie dotyczy	Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	11%	✓	✓
268	nie dotyczy	Złamanie trzonu lub końca bliższego kości udowej leczone operacyjnie	15%	✓	✓
269	nie dotyczy	Złamanie panewki stawu biodrowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki)	19%	✓	✓
270	nie dotyczy	Złamanie kości obręczy kończyny dolnej leczone operacyjnie	9%	✓	✓

271	nie dotyczy	Złamanie wielomiejscowe kości kończyny górnej z uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie	13%	✓	✓
272	nie dotyczy	Złamanie wielomiejscowe kości kończyny dolnej z uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie	20%	✓	✓
273	nie dotyczy	Złamanie z przemieszczeniem kości obu kończyn dolnych leczone operacyjnie	44%	✓	✓
274	nie dotyczy	Złamanie kości twarzoczaszki leczone zachowawczo	3%	–	✓
275	nie dotyczy	Złamanie kości żuchwy leczone operacyjnie	4%	✓	✓
276	nie dotyczy	Złamanie kości szczęki leczone operacyjnie	7%	✓	✓
277	nie dotyczy	Złamanie kości twarzoczaszki bez urazu oczodołu leczone operacyjnie (z wyłączeniem złamania kości żuchwy)	7%	✓	✓
278	nie dotyczy	Złamanie kości twarzoczaszki z urazem oczodołu leczone operacyjnie	16%	✓	✓
279	nie dotyczy	Złamanie kości kręgosłupa wskutek urazu leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓
280	nie dotyczy	Złamanie kości kręgosłupa wskutek urazu leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓
281	5 lat	Osteoporoza bez złamań osteoporotycznych leczona zachowawczo	4%	–	✓
282	5 lat	Osteoporoza ze złamaniami osteoporotycznymi leczona operacyjnie (z wyłączeniem złamania osteoporotycznego trzonów kręgow)	10%	✓	✓
283	5 lat/18 mies.	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgow leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓
284	5 lat/18 mies.	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgow leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓
285	nie dotyczy	Urazowe zwichnięcie stawu biodrowego leczone zachowawczo	4%	–	✓
286	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie mięśnia obręczy kończyny dolnej leczone zachowawczo	4%	–	✓
287	nie dotyczy	Uraz odcinka szyjnego kręgosłupa leczony zachowawczo (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa)	6%	–	✓
288	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką częściową	22%	✓	✓
289	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	26%	✓	✓
290	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu kolanowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	30%	✓	✓
291	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu ramiennego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	32%	✓	✓
292	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu łokciowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	28%	✓	✓
293	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu łokciowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%	✓	✓
294	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%	✓	✓
295	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu ręki leczone operacyjnie	4%	✓	✓
296	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu promieniowo-nadgarstkowego leczone operacyjnie	5%	✓	✓
297	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu stopy leczone operacyjnie	6%	✓	✓
298	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu skroniowo-żuchwowego leczone operacyjnie	8%	✓	✓
299	5 lat/5 lat	Nabyte zniekształcenie koślawego palucha leczone operacyjnie	4%	✓	✓
300	5 lat/5 lat	Nabyte zniekształcenie palców stopy oraz kości śródstopia leczone operacyjnie (z wyłączeniem zniekształcenia koślawego palucha)	5%	✓	✓
301	5 lat	Pourazowa różnica w długości kości leczona operacyjnie metodą Ilizarowa	15%	✓	✓
302	5 lat	Boczne skrzywienie kręgosłupa leczone operacyjnie z zastosowaniem implantów	46%	✓	✓
303	5 lat	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone zachowawczo	11%	–	✓
304	5 lat	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone operacyjnie	19%	✓	✓
305	5 lat	Zakażenie stawu lub tkanek okołostawowych narządu ruchu leczone zachowawczo (za wyjątkiem boreliozy)	9%	–	✓
306	5 lat	Jałowa martwica kości leczona zachowawczo	8%	–	✓
307	5 lat	Jałowa martwica kości leczona operacyjnie	11%	✓	✓
308	5 lat	Zapalenie stawów w przebiegu układowej choroby tkanki łącznej leczone zachowawczo (z wyłączeniem reumatoidalnego zapalenia stawów i seronegatywnych spondyloartropatii)	8%	–	✓
309	5 lat	Choroba reumatyczna leczona zachowawczo (z wyłączeniem choroby reumatycznej serca)	6%	–	✓
310	5 lat	Reumatoidalne zapalenie stawów leczone zachowawczo	9%	–	✓
311	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu kolanowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	7%	✓	✓
312	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%	✓	✓
313	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone zachowawczo (z wyłączeniem stawu biodrowego)	3%	–	✓

314	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodą artroskopii operacyjnej (z wyłączeniem artroskopii diagnostycznej oraz artroskopii operacyjnej z użyciem implantów mocujących)	4%	✓	✓
315	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodą artroskopii operacyjnej z użyciem implantów mocujących	8%	✓	✓
316	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%	✓	✓
317	5 lat	Usunięcie materiału zespalającego z miednicy lub kości udowej	6%	✓	✓
318	5 lat	Usunięcie materiału zespalającego (z wyłączeniem miednicy i kości udowej)	6%	✓	✓
319	5 lat	Choroba układu mięśniowego leczona zachowawczo (z wyłączeniem mięśnia obręczy kończyny dolnej)	4%	–	✓
320	5 lat	Choroba układu mięśniowego lub urazowe uszkodzenie mięśnia leczone operacyjnie	7%	✓	✓
321	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości ramienia leczona operacyjnie	17%	✓	✓
322	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości nadgarstka leczona operacyjnie	8%	✓	✓
323	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej w obrębie palców ręki leczona operacyjnie	5%	✓	✓
324	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości łokcia leczona operacyjnie	13%	✓	✓
325	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości biodra i uda leczona operacyjnie	17%	✓	✓
326	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości kolana leczona operacyjnie oraz zabiegowo	13%	✓	✓
327	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości stopy leczona operacyjnie	10%	✓	✓
328	5 lat/5 lat	Amputacja kończyny dolnej z powodu stopy cukrzycowej	22%	✓	✓
329	5 lat/5 lat	Zakażenie w obrębie kikuta kończyny leczone operacyjnie	13%	✓	✓
330	5 lat	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej leczony zachowawczo (z wyłączeniem kości kręgosłupa)	8%	–	✓
331	5 lat	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczony zachowawczo	9%	–	✓
332	5 lat	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczony operacyjnie	21%	✓	✓
333	5 lat	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej leczony operacyjnie (z wyłączeniem kości kręgosłupa)	11%	✓	✓

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

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

CHOROBY UKŁADU MOCZOWEGO					
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
361	5 lat	Dolegliwości związane ze schorzeniami układu moczowego w trakcie diagnostyki	3%	–	✓
362	5 lat	Zakażenie układu moczowego leczone zachowawczo (z wyłączeniem gruźlicy układu moczowego)	2%	–	✓
363	5 lat	Kamica układu moczowego leczona zachowawczo bez ESWL (niezależnie od umiejscowienia kamienia)	3%	–	✓
364	5 lat	Kamica układu moczowego leczona falą uderzeniową generowaną pozaustrojowo (ESWL) (niezależnie od umiejscowienia kamienia)	5%	✓	✓
365	5 lat	Kamica układu moczowego leczona metodami endoskopowymi (URSL lub PCNL) (niezależnie od umiejscowienia kamienia)	6%	✓	✓
366	5 lat	Choroba pęcherza moczowego leczona z zastosowaniem cystostomii (z wyłączeniem nowotworu złośliwego)	11%	✓	✓
367	5 lat	Przewlekła niewydolność nerek leczona zachowawczo	8%	–	✓
368	5 lat	Ostra niewydolność nerek leczona dializą	12%	✓	✓
369	5 lat	Choroba nerek, moczowodu lub pęcherza moczowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego, kamicy układu moczowego leczonej metodami endoskopowymi, przetok i gruźlicy układu moczowego)	14%	✓	✓
370	5 lat	Choroba cewki moczowej leczona operacyjnie	8%	✓	✓
371	5 lat	Nietrzymanie moczu leczone operacyjnie z wyłączeniem wypadania narządu rodne	10%	✓	✓
372	5 lat	Przetoka pęcherzowo-jelitowa, pęcherzowo-pochwowa, pęcherzowo-maciczna leczone operacyjnie	17%	✓	✓
373	5 lat	Choroba nowotworowa układu moczowego leczona zachowawczo	7%	–	✓
374	5 lat	Nowotwór łagodny pęcherza moczowego leczony metodą endoskopową	7%	✓	✓
375	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓
376	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓
377	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego o dużym zaawansowaniu miejscowym leczony operacyjnie wraz z jednoczesnym wycięciem pęcherza moczowego z narządami nacieczonymi z niepowikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓
378	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego o dużym zaawansowaniu miejscowym leczony operacyjnie wraz z jednoczesnym wycięciem pęcherza moczowego z narządami nacieczonymi z powikłanym przebiegiem leczenia	27%	✓	✓
379	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy nerki lub moczowodu leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓
380	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy nerki lub moczowodu leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	27%	✓	✓
381	5 lat	Niewydolność nerek leczona operacyjnie z przeszczepem nerki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	40%	✓	✓
382	5 lat	Niewydolność nerek leczona operacyjnie z przeszczepem nerki z powikłanym przebiegiem leczenia	48%	✓	✓

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

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

416	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych	9%	✓	✓
417	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z niepowikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓
418	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z powikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓
419	5 lat	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	14%	✓	✓
420	5 lat	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie z wycięciem węzłów chłonnych	17%	✓	✓

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

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

Część 2					
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
445	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu ramiennego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	32%	✓	✓
446	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	28%	✓	✓
447	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	26%	✓	✓
448	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	30%	✓	✓

5 lat – pięć lat ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa – po wypłacie świadczenia z tytułu opisanego postępowania medycznego – na wypłatę świadczenia za takie samo postępowanie medyczne
5 lat/18 mies. – pięć lat ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa – po wypłacie świadczenia z tytułu opisanego postępowania medycznego – na wypłatę świadczenia za takie samo postępowanie medyczne dotyczące tej samej struktury wielokrotnie występującej i 18 miesięcy ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa na wypłatę świadczenia związanego z taką samą strukturą, anatomicznie inaczej położoną

5 lat/5 lat – pięć lat ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa – po wypłacie świadczenia z tytułu opisanego postępowania medycznego – na wypłatę świadczenia za takie samo postępowanie medyczne, dotyczące narządów położonych symetrycznie (liczonych odrębnie dla lewego i prawego narządu).

Część 3					
Nr poz.	Typ dodatkowego zdarzenia	Dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
449	typ 1	Medyczne zalecenie poddania się chemo-, radio- lub dializoterapii w związku z przeprowadzonym postępowaniem medycznym zastosowanym w leczeniu choroby nowotworowej lub choroby nerek	18%	✓	✓
450	typ 1	Stacjonarne leczenie rehabilitacyjne w związku z zespołem ostrego niedokrwienia serca/ zawałem serca/ operacją serca/ udarem mózgu, odbyte w sanatorium/ szpitalu uzdrowskim/ stacjonarnym zakładzie rehabilitacji, w okresie 12 miesięcy od ostatniego dnia hospitalizacji, podczas której przeprowadzono postępowanie medyczne w związku z powyższymi schorzeniami	30%	✓	✓
451	typ 2	Postępowanie medyczne zastosowane w leczeniu zachowawczym, za wyjątkiem zachowawczego leczenia nowotworu złośliwego	6%	–	✓
452	typ 2	Postępowanie medyczne zastosowane w leczeniu operacyjnym/ zabiegowym, za wyjątkiem operacyjnego leczenia nowotworu złośliwego	3%	–	✓
453	typ 2	Postępowanie medyczne zastosowane w leczeniu nowotworu złośliwego	20%	–	✓
		Zakwalifikowanie ubezpieczonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia do onkologicznego programu zdrowotnego albo programu chemioterapii niestandardowej ¹	100%	–	✓

¹ świadczenie to nie jest należne jeżeli Towarzystwo wypłaciło ubezpieczonemu takie świadczenie w ramach którejkolwiek umowy ubezpieczenia świadczenia szpitalnego

ZAŁĄCZNIK NR 2

WYKAZ POSTĘPOWAŃ MEDYCZNYCH PRZEPROWADZONYCH PODCZAS HOSPITALIZACJI DZIECKA UBEZPIECZONEGO ORAZ PODANA W % SUMY UBEZPIECZENIA WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

Część 1				
CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO				
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	
1	5 lat	Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych leczone zachowawczo	6%	
2	5 lat	Choroba infekcyjna układu nerwowego leczona zachowawczo (z wyłączeniem wirusowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych)	18%	
3	5 lat	Śpiączka pochodzenia nieurazowego leczona zachowawczo	6%	
4	5 lat	Choroba nerwu rdzeniowego leczona zachowawczo	4%	
5	5 lat/18 mies.	Choroba nerwu rdzeniowego leczona operacyjnie	7%	
6	5 lat/5 lat	Zespół cieśni kanału nadgarstka leczony operacyjnie	5%	
7	5 lat	Zespół uciskowo-nerwowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem zespołu cieśni kanału nadgarstka)	4%	
8	5 lat	Choroba nerwu czaszkowego leczona zachowawczo (z wyłączeniem nerwu wzrokowego)	6%	
9	5 lat/18 mies.	Choroba nerwu czaszkowego leczona operacyjnie (z wyłączeniem nerwu wzrokowego)	7%	
10	5 lat	Przemijający napad niedokrwienności mózgu (TIA) leczony zachowawczo (z wyłączeniem udaru niedokrwienności)	6%	
11	5 lat	Udar niedokrwienności mózgowia leczony zachowawczo	10%	
12	5 lat	Krwotok śródczaszkowy leczony zachowawczo	8%	
13	5 lat	Krwotok śródczaszkowy leczony operacyjnie	13%	
14	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią z niepowikłanym przebiegiem leczenia	16%	
15	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią z powikłanym przebiegiem leczenia	21%	

16	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%
17	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem z powikłanym przebiegiem leczenia	30%
18	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony embolizacją z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy podstawnej mózgu, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	14%
19	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony embolizacją z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy podstawnej mózgu, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	21%
20	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem tętnicy podstawnej, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	19%
21	5 lat	Tętniak tętnicy podstawnej mózgu, śródczaszkowej mózgu lub kręgowej mózgu leczony operacyjnie lub metodami radiologii interwencyjnej	50%
22	5 lat	Naczyniak mózgu leczony embolizacją z niepowikłanym przebiegiem leczenia	14%
23	5 lat	Naczyniak mózgu leczony embolizacją z powikłanym przebiegiem leczenia	21%
24	5 lat	Naczyniak mózgu leczony operacyjnie lub metodami radiologii interwencyjnej	50%
25	5 lat	Naczyniak rdzenia leczony embolizacją	21%
26	5 lat	Naczyniak rdzenia leczony operacyjnie	24%
27	5 lat	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczone zachowawczo	8%
28	5 lat	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczone operacyjnie	17%
29	5 lat	Łagodny nowotwór śródczaszkowy leczone zachowawczo	10%
30	5 lat	Łagodny nowotwór śródczaszkowy leczone operacyjnie (z wyłączeniem nowotworów łagodnych przysadki)	19%
31	5 lat	Nowotwór złośliwy ośrodkowego układu nerwowego leczone zachowawczo	15%
32	5 lat	Nowotwór złośliwy śródczaszkowy leczone operacyjnie (z wyłączeniem nowotworów złośliwych przysadki)	50%
33	5 lat	Guz kanału kręgowego leczony operacyjnie	24%
34	5 lat	Jamistość rdzenia kręgowego leczona operacyjnie	24%
35	5 lat/18 mies.	Przepuklina jądra miazdzystego leczona operacyjnie	7%
36	5 lat	Wodogłowie nabyte leczone operacyjnie	21%
37	5 lat	Choroba Alzheimera lub choroba naczyniowa mózgu objawiająca się otępieniem, stwierdzone po raz pierwszy w trakcie Leczenia Szpitalnego	11%
38	5 lat	Choroba Parkinsona lub zespół parkinsonowski stwierdzone po raz pierwszy w trakcie Leczenia Szpitalnego	13%
39	5 lat	Stwardnienie rozsiane leczone zachowawczo	7%
40	5 lat	Stwardnienie zanikowe boczne powodujące niedowład czterokończynowy lub niedowład kończyn dolnych leczone zachowawczo	14%
41	5 lat	Poprzeczne zapalenie rdzenia, krwiak śródrzeniowy lub zawał rdzenia powodujące porażenie czterokończynowe lub porażenie kończyn dolnych leczone zachowawczo	17%

CHOROBY NARZĄDU WZROKU

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa
42	5 lat	Zapalenie tkanek oczodołu leczone zachowawczo	4%
43	nie dotyczy	Uraz oka lub tkanek je otaczających leczone zachowawczo	4%
44	nie dotyczy	Uraz oka lub tkanek je otaczających leczony operacyjnie	5%
45	5 lat	Krwawienie do przedniej komory oka leczone zachowawczo	4%
46	5 lat	Zaburzenia nerwu wzrokowego lub uszkodzenie drogi wzrokowej leczone zachowawczo	5%
47	5 lat/5 lat	Choroba ciała szklistego leczona operacyjnie z wykonaniem witrektomii	14%
48	5 lat/5 lat	Zaćma leczona operacyjnie wraz z wszczepieniem sztucznej soczewki	6%
49	5 lat	Półpasiec oczny, wrzód rogówki leczone zachowawczo	4%
50	5 lat	Zapalenie rogówki, twardówki leczone zachowawczo	4%
51	5 lat	Zapalenie błony naczyniowej oka leczone zachowawczo	4%
52	5 lat	Choroba rogówki lub twardówki leczona operacyjnie (z wyłączeniem laserowej korekcji wady wzroku)	8%
53	5 lat	Choroba siatkówki leczona zachowawczo (z wyłączeniem zamknięcia światła tętnicy środkowej siatkówki lub światła żyły środkowej siatkówki)	4%
54	5 lat	Zamknięcie światła żyły środkowej siatkówki leczone zachowawczo	5%
55	5 lat	Zamknięcie światła tętnicy środkowej siatkówki leczone zachowawczo	5%
56	5 lat	Choroba siatkówki leczona operacyjnie (z wyłączeniem odwarstwienia siatkówki)	8%
57	5 lat	Odwarstwienie siatkówki leczone operacyjnie	5%
58	5 lat	Jaskra leczone zachowawczo	4%
59	5 lat	Jaskra leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	5%
60	5 lat	Jaskra leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	6%

61	5 lat	Choroba dróg odprowadzających łzy leczona operacyjnie	4%
62	5 lat	Choroba powieki leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu skóry, powieki oraz zmian zwyrodnieniowych spojówki)	1%
63	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa spojówki leczona operacyjnie	2%
64	5 lat/5 lat	Nowotwór łagodny powieki leczony operacyjnie	4%
65	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy powieki leczony operacyjnie	4%
66	5 lat	Nowotwór złośliwy gałki ocznej leczony zachowawczo	4%
67	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy gałki ocznej leczony operacyjnie (z wyłączeniem jednoczesnego usunięcia gałki ocznej)	8%
68	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy gałki ocznej i oczodołu leczony operacyjnie z usunięciem gałki ocznej i tkanek oczodołu	10%

CHOROBY OTOLARYNGOLOGICZNE

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

CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa
98	5 lat	Zapalenie oskrzeli leczone zachowawczo	4%
99	5 lat	Zapalenie płuc leczone zachowawczo	7%
100	5 lat	Choroba dróg oddechowych w trakcie diagnostyki wymagającej wykonania bronchoskopii	2%
101	5 lat	Astma oskrzelowa leczona zachowawczo	5%
102	5 lat	Przewlekła obturacyjna choroba płuc leczona zachowawczo (z wyłączeniem rozedmy płuc)	5%
103	5 lat	Rozedma płuc leczona zachowawczo	5%
104	5 lat	Rozedma płuc leczona operacyjnie	6%

105	5 lat	Rozstrzenie oskrzeli leczone zachowawczo	8%
106	5 lat	Rozstrzenie oskrzeli leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	12%
107	5 lat	Rozstrzenie oskrzeli leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	17%
108	nie dotyczy	Uraz klatki piersiowej ze stłuczeniem płuca lub złamaniem jednego lub więcej żeber leczony zachowawczo (z wyłączeniem wielomiejscowych obrażeń ciała)	10%
109	5 lat	Suche zapalenie opłucnej leczone zachowawczo	4%
110	5 lat	Odma samoistna opłucnej leczona zachowawczo	5%
111	5 lat	Odma samoistna opłucnej leczona drenażem ssącym opłucnowym lub płyn w jamie opłucnej leczony drenażem chirurgicznym jamy opłucnej (z wyłączeniem ropniaka opłucnej)	6%
112	5 lat	Ropniak jamy opłucnej leczony drenażem	6%
113	5 lat	Ropniak jamy opłucnej leczony operacyjnie z otwarciem klatki piersiowej z niepowikłanym przebiegiem leczenia	12%
114	5 lat	Ropniak jamy opłucnej leczony operacyjnie z otwarciem klatki piersiowej z powikłanym przebiegiem leczenia	17%
115	5 lat	Ropień płuca leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%
116	5 lat	Ropień płuca leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	20%
117	5 lat	Wysięk do jamy opłucnej leczony zachowawczo	6%
118	5 lat	Choroba śródmiąższowa płuc leczona zachowawczo (z wyłączeniem włóknienia płuc i sarkoidozy)	6%
119	5 lat	Włóknienie płuc leczone zachowawczo	6%
120	5 lat	Sarkoidoza płuc leczona zachowawczo	6%
121	5 lat	Nowotwór łagodny płuca leczony zachowawczo	5%
122	5 lat/5 lat	Nowotwór łagodny płuca leczony operacyjnie	17%
123	5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony zachowawczo	6%
124	5 lat	Nowotwór złośliwy płuca naciekający klatkę piersiową, przeponę lub śródpiersie – leczony zachowawczo	11%
125	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%
126	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%
127	5 lat	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%
128	5 lat	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	12%
129	5 lat	Nowotwór złośliwy śródpiersia leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%
130	5 lat	Nowotwór złośliwy śródpiersia leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	20%
131	5 lat	Choroba zakrzepowo-zatorowa płuca leczona zachowawczo (z wyłączeniem zatoru tętnicy płucnej spowodowanego zapaleniem zakrzepowym żył głębokich kończyny dolnej lub miednicy małej)	7%
132	5 lat	Niewydolność oddechowa (w tym obrzęk płuc) leczona z zastosowaniem wentylacji zastępczej	10%
133	5 lat	Niewydolność oddechowa leczona operacyjnie przeszczepem płuca	100%

CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa
134	5 lat	Dolegliwości bólowe w klatce piersiowej w trakcie diagnostyki	2%
135	5 lat/5 lat	Żylaki kończyny dolnej leczone operacyjnie	4%
136	5 lat	Zapalenie zakrzepowe żył głębokich kończyny dolnej, miednicy małej leczone zachowawczo	8%
137	5 lat	Zator tętnicy płucnej spowodowany zapaleniem zakrzepowym żył głębokich kończyny dolnej lub miednicy małej leczony zachowawczo	14%
138	5 lat	Zapalenie zakrzepowe żył głębokich kończyn dolnych i miednicy małej, leczone operacyjnie	14%
139	5 lat	Nadciśnienie tętnicze leczone zachowawczo	2%
140	5 lat	Ciężkie nadciśnienie tętnicze ze zmianami w obrębie nerek i serca leczone zachowawczo	7%
141	5 lat	Zapalenie osierdzia leczone zachowawczo	8%
142	5 lat	Zapalenie mięśnia serca i wsierdzia leczone zachowawczo	19%
143	5 lat	Choroba niedokrwienna serca leczona zachowawczo	5%
144	5 lat	Ostry zespół wieńcowy leczony zachowawczo	10%
145	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznacyniową bez zastosowania stentu	10%
146	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną wewnątrznacyniową plastyką z zastosowaniem stentu (z wyjątkiem stentu uwalniającego lek)	14%
147	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznacyniową z użyciem stentu uwalniającego lek	24%
148	5 lat/18 mies.	Niedrożność tętnicy wieńcowej leczona pomostowaniem tętnicy wieńcowej	38%
149	5 lat	Zaburzenia rytmu serca (za wyjątkiem migotania i trzepotania przedsionków) leczone zachowawczo	4%

150	5 lat	Migotanie i trzepotanie przedsionków leczone zachowawczo	3%
151	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone zabiegiem ablacji przeskórnej lub metodą CARTO	18%
152	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją wszczępienia stymulatora serca	26%
153	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją implantacji automatycznego wszczepialnego kardiowertera-defibrylatora	30%
154	5 lat	Operacja wymiany stymulatora serca	26%
155	5 lat	Niedrożność naczyń obwodowych spowodowana zmianami miażdżycowymi leczona zachowawczo (z wyłączeniem tętnicy mózgowej)	6%
156	5 lat/18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przy użyciu protezy naczyniowej lub przeskórną plastiką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	14%
157	5 lat/18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przy użyciu protezy naczyniowej lub przeskórną plastiką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	18%
158	5 lat/18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone operacyjnie w celu udroźnienia tętnicy z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	14%
159	5 lat/18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone operacyjnie w celu udroźnienia tętnicy z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	18%
160	5 lat	Tętniak aorty leczony przeskórną plastiką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu	31%
161	5 lat	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone przy użyciu protezy naczyniowej	30%
162	5 lat	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone operacyjnie (z wyłączeniem leczenia przy użyciu protezy naczyniowej lub przeskórnej plastiki wewnątrznacyniowej z zastosowaniem stentu)	40%
163	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przy użyciu protezy naczyniowej z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgosłupowej)	20%
164	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przy użyciu protezy naczyniowej z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgosłupowej)	24%
165	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przeskórną plastiką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgosłupowej)	20%
166	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przeskórną plastiką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgosłupowej)	25%
167	5 lat	Wada nabyta zastawki trójdzielnej leczona operacyjnie (z wyłączeniem operacji wymiany zastawki)	33%
168	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona operacyjnie (z wyłączeniem operacji wymiany zastawki)	33%
169	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	48%
170	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z powikłanym przebiegiem leczenia	60%
171	5 lat	Wada nabyta zastawki aortalnej leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	40%
172	5 lat	Wada nabyta zastawki aortalnej leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z powikłanym przebiegiem leczenia	50%
173	5 lat	Niewydolność serca leczona przeszczepem serca	100%

CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa
174	5 lat	Dolegliwości związane ze schorzeniami przewodów pokarmowych w trakcie diagnostyki	2%
175	5 lat	Zapalenie przełyku, błony śluzowej żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo	4%
176	5 lat	Polipy przełyku lub żołądka leczone endoskopowo	4%
177	5 lat	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo z wykonaniem endoskopii	3%
178	5 lat	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczona operacyjnie	11%
179	5 lat	Zwężenie odźwiernika leczone metodą endoskopową lub pyloroplastyką	9%
180	5 lat	Krwawienie z żyłaków przełyku lub żołądka leczone metodą endoskopową	5%
181	5 lat	Żyłaki przełyku lub żołądka leczone operacyjnie	6%
182	5 lat	Zapalenie wyrostka robaczkowego leczone operacyjnie	4%
183	5 lat	Zapalenie wyrostka robaczkowego powikłane rozlanym zapaleniem otrzewnej leczone operacyjnie	7%
184	5 lat/5 lat	Przepuklina pachwinowa lub mosznowa leczona operacyjnie	4%
185	5 lat/5 lat	Przepuklina udowa leczona operacyjnie	4%
186	5 lat	Przepuklina nabyta rozworu przełykowego przepony leczona operacyjnie	5%
187	5 lat	Przepuklina brzuszna leczona operacyjnie (z wyłączeniem przepuklin: rozworu przełykowego przepony, pachwinowej, mosznowej i udowej)	5%
188	5 lat	Żyłaki odbytu leczone operacyjnie lub zabiegowo	5%
189	5 lat	Szczelina odbytu, przetoka odbytu lub odbytnicy, ropień odbytu lub odbytnicy leczone operacyjnie	6%

190	5 lat	Polipy jelita grubego leczone metodą endoskopową	3%
191	5 lat	Choroba jelita grubego leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego)	9%
192	5 lat	Choroba zapalna jelita leczona zachowawczo (z wyłączeniem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego)	6%
193	5 lat	Zapalenie żołądkowo-jelitowe leczone zachowawczo	3%
194	5 lat	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone zachowawczo	3%
195	5 lat	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
196	5 lat	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%
197	5 lat	Niedrożność jelit leczona zachowawczo	7%
198	5 lat	Zrosty jelitowe leczone operacyjnie	9%
199	5 lat	Niedrożność lub martwica jelita leczona operacyjnie wraz z częściową resekcją jelita z niepowikłanym przebiegiem leczenia	10%
200	5 lat	Niedrożność lub martwica jelita leczona operacyjnie wraz z częściową resekcją jelita z powikłanym przebiegiem leczenia	12%
201	5 lat	Ostre niedokrwienie jelita leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	13%
202	5 lat	Ostre niedokrwienie jelita leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	18%
203	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie bez wykonania ileostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	18%
204	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie bez wykonania ileostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	24%
205	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie z wykonaniem ileostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	21%
206	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie z wykonaniem ileostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	30%
207	5 lat	Nowotwór złośliwy przewodu pokarmowego leczony zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jamy ustnej i gardła)	8%
208	5 lat	Zwężenie przełyku spowodowane chorobą nowotworową leczone metodą endoskopową	5%
209	5 lat	Nowotwór złośliwy przełyku leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	16%
210	5 lat	Nowotwór złośliwy przełyku leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%
211	5 lat	Nowotwór złośliwy żołądka leczony zachowawczo z wykonaniem endoskopii	5%
212	5 lat	Nowotwór złośliwy żołądka leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
213	5 lat	Nowotwór złośliwy żołądka leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%
214	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie bez wykonania kolostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytowego)	18%
215	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie bez wykonania kolostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytowego)	25%
216	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie z wykonaniem kolostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytowego)	21%
217	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie z wykonaniem kolostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytowego)	27%
218	5 lat	Nowotwór złośliwy odbytniczo-odbytowy leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
219	5 lat	Nowotwór złośliwy odbytniczo-odbytowy leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%
220	5 lat	Zapalenie pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych leczone zachowawczo (z wyłączeniem kamicznego zapalenia pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych)	5%
221	5 lat	Kamica pęcherzyka żółciowego, zapalenie kamicze pęcherzyka żółciowego lub zapalenie kamicze dróg żółciowych leczone zachowawczo	6%
222	5 lat	Choroba trzustki, wątroby lub dróg żółciowych leczone endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną ECPW (z wyłączeniem nowotworu)	5%
223	5 lat	Kamica pęcherzyka żółciowego, kamica przewodowa, polip, wodniak lub zapalenie pęcherzyka żółciowego leczone operacyjnie	7%
224	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie bez wytworzenia zespolenia	12%
225	5 lat	Ostre zapalenie trzustki leczone zachowawczo	9%
226	5 lat	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%
227	5 lat	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	33%
228	5 lat	Choroba wątroby leczona zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego wątroby, stłuszczenia wątroby, toksycznego i wirusowego zapalenia wątroby oraz marskości wątroby)	6%
229	5 lat	Marskość wątroby leczona zachowawczo z wyłączeniem marskości pozapalnej (WZW) i toksycznej	11%
230	5 lat	Krwiak wątroby leczony drenażem dróg żółciowych (z wyłączeniem urazu wielomiejscowego narządów wewnętrznych)	6%
231	5 lat	Ropień wątroby leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
232	5 lat	Ropień wątroby leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%
233	5 lat	Łagodna zmiana ogniskowa wątroby leczona operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
234	5 lat	Łagodna zmiana ogniskowa wątroby leczona operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%

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

CHOROBY NARZĄDU RUCHU

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa
248	nie dotyczy	Złamanie kości ręki leczone zachowawczo	3%
249	nie dotyczy	Złamanie kości przedramienia leczone zachowawczo	3%
250	nie dotyczy	Złamanie kości ramiennej leczone zachowawczo	2%
251	nie dotyczy	Złamanie kości obręczy kończyny górnej leczone zachowawczo	3%
252	nie dotyczy	Złamanie kości stopy leczone zachowawczo	3%
253	nie dotyczy	Złamanie kości podudzia lub kostek goleni leczone zachowawczo	2%
254	nie dotyczy	Złamanie trzonu lub końca bliższego kości udowej leczone zachowawczo	8%
255	nie dotyczy	Złamanie kości biodrowej leczone zachowawczo	5%
256	nie dotyczy	Złamanie kości miednicy leczone zachowawczo	5%
257	nie dotyczy	Złamanie kości kręgosłupa leczone zachowawczo (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa w przebiegu choroby nowotworowej)	9%
258	nie dotyczy	Złamanie kości ręki leczone operacyjnie	5%
259	nie dotyczy	Złamanie kości przedramienia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	4%
260	nie dotyczy	Złamanie kości przedramienia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	6%
261	nie dotyczy	Złamanie kości ramiennej leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%
262	nie dotyczy	Złamanie kości ramiennej leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	11%
263	nie dotyczy	Złamanie kości obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie	8%
264	nie dotyczy	Złamanie kości stopy leczone operacyjnie	6%
265	nie dotyczy	Złamanie kości kończyny dolnej w obrębie kostek goleni leczone operacyjnie	6%
266	nie dotyczy	Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%
267	nie dotyczy	Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	11%
268	nie dotyczy	Złamanie trzonu lub końca bliższego kości udowej leczone operacyjnie	15%
269	nie dotyczy	Złamanie panewki stawu biodrowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki)	19%
270	nie dotyczy	Złamanie kości obręczy kończyny dolnej leczone operacyjnie	9%
271	nie dotyczy	Złamanie wielomiejscowe kości kończyny górnej z uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie	13%
272	nie dotyczy	Złamanie wielomiejscowe kości kończyny dolnej z uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie	20%
273	nie dotyczy	Złamanie z przemieszczeniem kości obu kończyn dolnych leczone operacyjnie	44%
274	nie dotyczy	Złamanie kości twarzoczaszki leczone zachowawczo	3%
275	nie dotyczy	Złamanie kości żuchwy leczone operacyjnie	4%
276	nie dotyczy	Złamanie kości szczęki leczone operacyjnie	7%
277	nie dotyczy	Złamanie kości twarzoczaszki bez urazu oczodołu leczone operacyjnie (z wyłączeniem złamania kości żuchwy)	7%
278	nie dotyczy	Złamanie kości twarzoczaszki z urazem oczodołu leczone operacyjnie	16%
279	nie dotyczy	Złamanie kości kręgosłupa wskutek urazu leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
280	nie dotyczy	Złamanie kości kręgosłupa wskutek urazu leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	21%
281	5 lat	Osteoporoza bez złamań osteoporotycznych leczona zachowawczo	4%

282	5 lat	Osteoporoza ze złamaniami osteoporotycznymi leczona operacyjnie (z wyłączeniem złamania osteoporotycznego trzonów kręgow)	10%
283	5 lat/18 mies.	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgow leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
284	5 lat/18 mies.	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgow leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	21%
285	nie dotyczy	Urazowe zwichnięcie stawu biodrowego leczone zachowawczo	4%
286	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie mięśnia obręczy kończyny dolnej leczone zachowawczo	4%
287	nie dotyczy	Uraz odcinka szyjnego kręgosłupa leczony zachowawczo (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa)	6%
288	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką częściową	22%
289	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	26%
290	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu kolanowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	30%
291	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu ramiennego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	32%
292	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu łokciowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	28%
293	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu łokciowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%
294	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%
295	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu ręki leczone operacyjnie	4%
296	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu promieniowo-nadgarstkowego leczone operacyjnie	5%
297	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu stopy leczone operacyjnie	6%
298	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu skroniowo-żuchwowego leczone operacyjnie	8%
299	5 lat/5 lat	Nabyte zniekształcenie koślawego palucha leczone operacyjnie	4%
300	5 lat/5 lat	Nabyte zniekształcenie palców stopy oraz kości śródstopia leczone operacyjnie (z wyłączeniem zniekształcenia koślawego palucha)	5%
301	5 lat	Pourazowa różnica w długości kości leczona operacyjnie metodą Ilizarowa	15%
302	5 lat	Boczne skrzywienie kręgosłupa leczone operacyjnie z zastosowaniem implantów	46%
303	5 lat	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone zachowawczo	11%
304	5 lat	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone operacyjnie	19%
305	5 lat	Zakażenie stawu lub tkanek okołostawowych narządu ruchu leczone zachowawczo (za wyjątkiem boreliozy)	9%
306	5 lat	Jałowa martwica kości leczona zachowawczo	8%
307	5 lat	Jałowa martwica kości leczona operacyjnie	11%
308	5 lat	Zapalenie stawów w przebiegu układowej choroby tkanki łącznej leczone zachowawczo (z wyłączeniem reumatoidalnego zapalenia stawów i seronegatywnych spondyloartropatii)	8%
309	5 lat	Choroba reumatyczna leczona zachowawczo (z wyłączeniem choroby reumatycznej serca)	6%
310	5 lat	Reumatoidalne zapalenie stawów leczone zachowawczo	9%
311	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu kolanowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	7%
312	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%
313	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone zachowawczo (z wyłączeniem stawu biodrowego)	3%
314	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodą artroskopii operacyjnej (z wyłączeniem artroskopii diagnostycznej oraz artroskopii operacyjnej z użyciem implantów mocujących)	4%
315	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodą artroskopii operacyjnej z użyciem implantów mocujących	8%
316	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%
317	5 lat	Usunięcie materiału zespalającego z miednicy lub kości udowej	6%
318	5 lat	Usunięcie materiału zespalającego (z wyłączeniem miednicy i kości udowej)	6%
319	5 lat	Choroba układu mięśniowego leczona zachowawczo (z wyłączeniem mięśnia obręczy kończyny dolnej)	4%
320	5 lat	Choroba układu mięśniowego lub urazowe uszkodzenie mięśnia leczone operacyjnie	7%
321	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości ramienia leczona operacyjnie	17%
322	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości nadgarstka leczona operacyjnie	8%
323	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej w obrębie palców ręki leczona operacyjnie	5%
324	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości łokcia leczona operacyjnie	13%
325	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości biodra i uda leczona operacyjnie	17%
326	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości kolana leczona operacyjnie oraz zabiegowo	13%
327	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości stopy leczona operacyjnie	10%
328	5 lat/5 lat	Amputacja kończyny dolnej z powodu stopy cukrzycowej	22%
329	5 lat/5 lat	Zakażenie w obrębie kikuta kończyny leczone operacyjnie	13%

330	5 lat	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej leczony zachowawczo (z wyłączeniem kości kręgosłupa)	8%
331	5 lat	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczony zachowawczo	9%
332	5 lat	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczony operacyjnie	21%
333	5 lat	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej leczony operacyjnie (z wyłączeniem kości kręgosłupa)	11%

CHOROBY SKÓRY

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

CHOROBY ENDOKRYNOLOGICZNE

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

CHOROBY UKŁADU MOCZOWEGO

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa
361	5 lat	Dolegliwości związane ze schorzeniami układu moczowego w trakcie diagnostyki	3%
362	5 lat	Zakażenie układu moczowego leczone zachowawczo (z wyłączeniem gruźlicy układu moczowego)	2%
363	5 lat	Kamica układu moczowego leczona zachowawczo bez ESWL (niezależnie od umiejscowienia kamienia)	3%
364	5 lat	Kamica układu moczowego leczona falą uderzeniową generowaną pozaustrojowo (ESWL) (niezależnie od umiejscowienia kamienia)	5%
365	5 lat	Kamica układu moczowego leczona metodami endoskopowymi (URSL lub PCNL) (niezależnie od umiejscowienia kamienia)	6%
366	5 lat	Choroba pęcherza moczowego leczona z zastosowaniem cystostomii (z wyłączeniem nowotworu złośliwego)	11%

367	5 lat	Przewlekła niewydolność nerek leczona zachowawczo	8%
368	5 lat	Ostra niewydolność nerek leczona dializą	12%
369	5 lat	Choroba nerek, moczowodu lub pęcherza moczowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego, kamicy układu moczowego leczonej metodami endoskopowymi, przetok i gruźlicy układu moczowego)	14%
370	5 lat	Choroba cewki moczowej leczona operacyjnie	8%
371	5 lat	Nietrzymanie moczu leczone operacyjnie z wyłączeniem wypadania narządu rodne	10%
372	5 lat	Przetoka pęcherzowo-jelitowa, pęcherzowo-pochwowa, pęcherzowo-maciczna leczone operacyjnie	17%
373	5 lat	Choroba nowotworowa układu moczowego leczona zachowawczo	7%
374	5 lat	Nowotwór łagodny pęcherza moczowego leczony metodą endoskopową	7%
375	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
376	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%
377	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego o dużym zaawansowaniu miejscowym leczony operacyjnie wraz z jednoczesnym wycięciem pęcherza moczowego z narządami nacieczonymi z niepowikłanym przebiegiem leczenia	21%
378	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego o dużym zaawansowaniu miejscowym leczony operacyjnie wraz z jednoczesnym wycięciem pęcherza moczowego z narządami nacieczonymi z powikłanym przebiegiem leczenia	27%
379	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy nerki lub moczowodu leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	21%
380	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy nerki lub moczowodu leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	27%
381	5 lat	Niewydolność nerek leczona operacyjnie z przeszczepem nerki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	40%
382	5 lat	Niewydolność nerek leczona operacyjnie z przeszczepem nerki z powikłanym przebiegiem leczenia	48%

CHOROBY MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

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

CHOROBY ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa
399	5 lat	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jajnika, jajowodu lub macicy oraz niepłodności)	3%
400	5 lat	Choroba szyjki macicy leczona przy użyciu elektrokoagulacji, elektroauteryzacji, elektrokonizacji, krioterapii, laseroterapii	4%
401	5 lat	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona z zastosowaniem wyłuszczenia kanału szyjki i jamy macicy (z wyłączeniem usunięcia ciąży obumarłej)	2%
402	5 lat	Choroba gruczołu Bartholina leczona zabiegowo	3%
403	5 lat	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona operacyjnie (z wyłączeniem chorób nowotworowych, obniżenia i wypadania żeńskich narządów płciowych oraz niepłodności)	5%
404	5 lat	Obniżenie i wypadanie żeńskich narządów płciowych leczone operacyjnie	8%
405	5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo	8%
406	5 lat	Nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo	4%

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

CHOROBY HEMATOLOGICZNE

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

TRAUMATOLOGIA

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

443	nie dotyczy	Uraz wielonarządowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem urazu narządu ruchu)	30%
444	nie dotyczy	Uraz wielonarządowy z zespołem ostrej niewydolności oddechowej leczony na oddziale intensywnej terapii	57%

Część 2			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa
445	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu ramiennego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	32%
446	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	28%
447	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	26%
448	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	30%

5 lat – pięć lat ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa – po wypłacie świadczenia z tytułu opisanego postępowania medycznego – na wypłatę świadczenia za takie samo postępowanie medyczne
5 lat/18 mies. – pięć lat ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa – po wypłacie świadczenia z tytułu opisanego postępowania medycznego – na wypłatę świadczenia za takie samo postępowanie medyczne dotyczące tej samej struktury wielokrotnie występującej i 18 miesięcy ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa na wypłatę świadczenia związanego z taką samą strukturą, anatomicznie inaczej położoną
5 lat/5 lat – pięć lat ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa – po wypłacie świadczenia z tytułu opisanego postępowania medycznego – na wypłatę świadczenia za takie samo postępowanie medyczne, dotyczące narządów położonych symetrycznie (liczonych odrębnie dla lewego i prawego narządu).

Część 3			
Nr poz.	Typ dodatkowego zdarzenia	Dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa
449	typ 1	Medyczne zalecenie poddania się chemo-, radio- lub dializoterapii w związku z przeprowadzonym postępowaniem medycznym zastosowanym w leczeniu choroby nowotworowej lub choroby nerek	18%
450	typ 1	Stacjonarne leczenie rehabilitacyjne w związku z zespołem ostrego niedokrwienia serca/ zawałem serca/ operacją serca/ udarem mózgu, odbyte w sanatorium/ szpitalu uzdrowiskowym/ stacjonarnym zakładzie Rehabilitacji, w okresie 12 miesięcy od ostatniego dnia Hospitalizacji, podczas której przeprowadzono postępowanie medyczne w związku z powyższymi schorzeniami	30%

ZAŁĄCZNIK NR 3

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA ASSISTANCE – WARIANT II NR PGO/AS2/2016/1

Informacja o postanowieniach zawartych we wzorcach umów dotycząca Warunków Ogólnych Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Assistance – Wariant II NR PGO/AS2/2016/1

Rodzaj informacji / postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu oraz nr strony wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA ASSISTANCE – WARIANT II NR PGO/AS2/2016/1

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2017/1.

§ 1. DEFINICJE

- Ilekczoć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - Centrum Operacyjne** – Mondial Assistance – AGA International SA Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B, działający na zlecenie Towarzystwa i udzielający uczestnikowi

świadczeń opiekuńczych, dostępny pod czynnym całą dobę numerem telefonu +48 22 563 11 35;

- choroba przewlekła** – zdiagnozowany przed zawarciem niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną Hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej;
- data wypowiedzenia umowy o pracę** – data wskazana jako dzień złożenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy o pracę w dokumencie zawierającym przedmiotowe oświadczenie; w przypadku braku wskazania daty w dokumencie zawierającym oświadczenie o wypowiedzeniu umowy o pracę, za datę wypowiedzenia tej umowy uznaje się dzień, w którym oświadczenie to zgodnie z zapewnieniem uczestnika, zostało złożone;
- dziecko uczestnika** – dziecko własne lub przysposobione uczestnika;
- główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;

- 6) **lekarz centrum operacyjnego** – lekarz konsultant centrum operacyjnego;
 - 7) **małżonek uczestnika** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z uczestnikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego;
 - 8) **nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu uczestnika, wymagający pomocy lekarskiej, zaistniały w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej;
 - 9) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli uczestnika;
 - 10) **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca z uczestnikiem, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki;
 - 11) **poronienie** – przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 20 tygodni;
 - 12) **rodzic uczestnika** – naturalny ojciec lub naturalna matka uczestnika lub osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia uczestnika. Za rodzica uczestnika uważa się również ojczyma lub macochę uczestnika, jeżeli w dniu zdarzenia nie żyje ojciec lub matka uczestnika;
 - 13) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do Rehabilitacji, umożliwiający uczestnikowi samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
 - 14) **transport medyczny** – transport zapewniony uczestnikowi przez centrum operacyjne w sposób wskazany przez lekarza centrum operacyjnego, dostosowany do stanu zdrowia i świadczony jeżeli stan zdrowia uczestnika nie zagraża życiu i nie wymaga świadczeń pogotowia ratunkowego;
 - 15) **wycieczki uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
 - 16) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi lub rajdy, lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
 - 17) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy
 - lub
 - b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy
 - lub
 - c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych;
 - 18) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na:
 - a) wystąpieniu u uczestnika nagłego zachorowania;
 - b) wystąpieniu u uczestnika nieszczęśliwego wypadku powodującego fizyczne uszkodzenie ciała uczestnika;
 - c) pogorszeniu się stanu zdrowia w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w § 2 ust. 2 pkt 5;
 - d) pogorszeniu się stanu zdrowia uczestnika w następstwie utraty pracy przez uczestnika w związku z otrzymaniem oświadczenia o wypowiedzeniu umowy o pracę od Ubezpieczającego będącego jednocześnie Pracodawcą, gdy wypowiedzenie następuje z przyczyn dotyczących Ubezpieczającego (przez które rozumie się w szczególności przyczyny ekonomiczne, produkcyjne, zmiany organizacyjne albo technologiczne, upadłość albo likwidację zakładu pracy, zwolnienia grupowe).
2. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych umowy dodatkowej używa się pojęcia umowa dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków ogólnych.
 3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.
- § 2.**
OCHRONA UBEZPIECZENIOWA
1. Przedmiotem Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej w ramach niniejszej umowy dodatkowej jest zdrowie i życie uczestnika.
 2. W ramach niniejszej umowy dodatkowej Towarzystwo zobowiązuje się do pokrycia kosztów udzielania za pośrednictwem centrum operacyjnego następujących świadczeń opiekuńczych:
 - 1) świadczenia dotyczące udzielenia pomocy uczestnikowi w razie wystąpienia nagłego zachorowania;
 - 2) świadczenia dotyczące udzielenia pomocy uczestnikowi w razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy uczestnikowi w przypadku urodzenia się uczestnikowi dziecka;
 - 4) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy uczestnikowi w wyniku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku dziecka uczestnika;
 - 5) świadczenia gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych uczestnika takich jak:
 - a) zgon dziecka uczestnika;
 - b) zgon małżonka uczestnika;
 - c) zgon rodzica uczestnika;
 - d) choroba przewlekła uczestnika;
 - 6) świadczenia polegające na udzielaniu uczestnikowi zdrowotnych usług informacyjnych;
 - 7) świadczenia polegające na udzielaniu uczestnikowi informacji dostępnych w ramach infolinii „Baby Assistance”;
 - 8) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy medycznej rodzicowi uczestnika;
 - 9) świadczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia uczestnika w związku z otrzymaniem oświadczenia o wypowiedzeniu umowy o pracę od Ubezpieczającego będącego jednocześnie Pracodawcą, gdy wypowiedzenie następuje z przyczyn dotyczących Ubezpieczającego.
 3. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 1 i 2 Towarzystwo zapewnia uczestnikowi organizację wymienionych poniżej usług i pokrycie ich kosztów do wysokości określonych limitów z tytułu zajścia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - 1) wizyta lekarza – w sytuacji gdy na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt a lub b uczestnik wymaga wizyty lekarskiej Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty wizyty lekarskiej w placówce medycznej lub zorganizuje i pokryje koszty dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu uczestnika. W odniesieniu do nagłego zachorowania wizyta lekarza świadczona jest maksymalnie 3 razy w ciągu jednego roku ubezpieczenia;
 - 2) transport medyczny z miejsca zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt a lub b wymagającego pobytu uczestnika w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego i o ile stan zdrowia pacjenta według lekarza centrum operacyjnego uniemożliwia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
 - 3) transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt a lub b uczestnik przebywał w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile stan zdrowia pacjenta według lekarza centrum operacyjnego uniemożliwia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
 - 4) transport medyczny między placówkami medycznymi w przypadku gdy placówka, w której przebywa uczestnik w związku z zajściem

- zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt a lub b, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia; lub gdy uczestnik, skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce zdrowia. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta według lekarza centrum operacyjnego uniemożliwia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
- 5) opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi – w sytuacji gdy uczestnik w związku z zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt a lub b przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż trzy dni, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:
 - a) przewozu dzieci lub osób niesamodzielnych pod opieką osoby uprawnionej przez Towarzystwo do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);
 - b) przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania uczestnika i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);

Centrum operacyjne świadczy powyższe usługi wymienione w pkt 5 ppkt a i b po uzyskaniu przez lekarza centrum operacyjnego informacji ze szpitala o przewidywanym czasie Hospitalizacji oraz gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki. W przypadku gdy centrum operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia przez uczestnika pod wskazanym przez uczestnika adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt 5 ppkt a lub b, Towarzystwo:

 - c) zorganizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania uczestnika maksymalnie przez okres pięciu dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, centrum operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną. Świadczenia usług, o których mowa w niniejszym punkcie są realizowane a wniosek uczestnika i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji gdy w miejscu zamieszkania uczestnika nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić;
 - 6) opieka nad zwierzętami – w sytuacji, gdy w związku z zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt a lub b uczestnik przebywa w szpitalu przez co najmniej trzy dni, Towarzystwo zapewnia:
 - a) zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania uczestnika przez okres maksymalnie 5 dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Towarzystwo dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub schronisko dla zwierząt;
 - b) transport osoby wyznaczonej do opieki nad zwierzętami – zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu osoby wyznaczonej do opieki nad zwierzętami domowymi do miejsca zamieszkania uczestnika. Świadczenie realizowane jest maksymalnie do kwoty 800 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego i realizowane jest w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania uczestnika nie ma żadnej osoby mogącej zapewnić opiekę nad zwierzętami domowymi oraz pod warunkiem przedstawienia aktualnego zaświadczenia o szczepieniach profilaktycznych;
 - 7) dostarczenie do miejsca pobytu uczestnika leków zaordynowanych przez lekarza w sytuacji gdy uczestnik w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt b zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, wymaga leżenia. Towarzystwo pokrywa koszty dostarczenia leków do łącznej kwoty 800 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 8) organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt b uczestnik, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Towarzystwo zapewnia pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego. Towarzystwo pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 800 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 9) organizacja dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt b uczestnik, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie oraz pokrycie kosztów dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu uczestnika do łącznej kwoty 800 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 10) organizacja procesu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt b uczestnik, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga Rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej Towarzystwo zapewnia:
 - a) zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizyioterapeuty w domu uczestnika do łącznej kwoty 1500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, albo
 - b) zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu uczestnika do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 1500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 11) wizyta pielęgniarki – w sytuacji gdy uczestnik na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt b wymaga pomocy pielęgniarskiej w miejscu zamieszkania Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu i honorarium pielęgniarki;
 - 12) opieka domowa – w sytuacji gdy uczestnik na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt b był hospitalizowany przez okres minimum trzech dni oraz gdy istnieje konieczność przebywania na zwolnieniu lekarskim, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki domowej w miejscu pobytu uczestnika, po zakończeniu Hospitalizacji, przez okres maksymalnie 5 dni. Opieka domowa obejmuje takie świadczenia jak: podawanie posiłków, wykonywanie zabiegów pielęgniarskich, pomoc w robieniu zakupów, pomoc w robieniu porządków oraz pomoc w zakresie higieny osobistej;
 - 13) opieka pielęgniarki w szpitalu – w sytuacji gdy uczestnik na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt a lub b przebywa w placówce medycznej i wymaga całonocowego nadzoru pielęgniarki, Towarzystwo gwarantuje zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki w placówce medycznej do łącznej kwoty 300 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Usługa jest realizowana jeśli placówka medyczna, w której przebywa uczestnik wyrazi zgodę na opiekę pielęgniarki;
 - 14) pomoc medyczna za granicą – w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt a lub b poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego lub czasowego zameldowania uczestnika, Towarzystwo gwarantuje zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu lekarza do miejsca pobytu uczestnika oraz pokrycie kosztów honorariów, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego. Towarzystwo pokrywa koszty jednej wizyty lekarskiej do równowartości 200 Euro. Uczestnik ma prawo skorzystać ze świadczenia jeden raz w ciągu jednego roku ubezpieczenia. Centrum operacyjne czynne jest 24 godziny na dobę przez 365 dni w roku.
4. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 3 Towarzystwo gwarantuje uczestnikowi organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia, jakim jest urodzenie się dziecka:
 - 1) pomoc położnej lub pielęgniarki w opiece nad nowonarodzonym dzieckiem;
 - 2) zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów położnej lub pielęgniarki do miejsca zamieszkania uczestnika w okresie 1 miesiąca po wyjściu matki ze szpitala. Towarzystwo pokrywa koszty jednej wizyty do łącznej kwoty 200 zł. Opieka nad dzieckiem nowonarodzonym obejmuje:
 - a) instruktaż oraz porady w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia;
 - b) instruktaż oraz porady w zakresie prawidłowego noszenia, przewijania, ubierania noworodka;
 - c) porady w razie problemów z laktacją;
 - d) porady w zakresie prawidłowego odżywiania się przez matkę w okresie połogu;
 - e) informacja o zakresie szczepień ochronnych.
 5. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 4 Towarzystwo gwarantuje uczestnikowi organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia jakim jest nagle zachorowanie lub Nieszczęśliwy Wypadek dziecka uczestnika:
 - 1) opieka nad dziećmi uczestnika w razie ich nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku – w przypadku potwierdzonej przez lekarza choroby dziecka lub udokumentowanego nieszczęśliwego wypadku dziecka uczestnika, Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty opieki nad dzieckiem uczestnika przez okres maksymalnie dwóch dni. Świadczenie jest realizowane maksymalnie 2 razy w ciągu jednego roku ubezpieczenia na wniosek uczestnika i za jego pisemną zgodą jedynie

- w sytuacji gdy uczestnik nie może skorzystać ze zwolnienia lekarskiego a w miejscu zamieszkania nie ma żadnej innej osoby, która mogłaby sprawować opiekę;
- 2) organizacja pobytu uczestnika bądź jego współmałżonka w szpitalu w razie Hospitalizacji dziecka – w sytuacji gdy dziecko uczestnika jest hospitalizowane na skutek nagłego zachorowania bądź nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pobytu jednego z opiekunów dziecka w szpitalu, o ile usługa taka jest możliwa do zorganizowania w warunkach szpitalnych, w którym przebywa dziecko lub hotelu przyszpitalnym do wysokości 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
 6. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 5, Towarzystwo zapewnia uczestnikowi organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa. Na prośbę uczestnika Towarzystwo zapewnia również usługi informacyjne dotyczące możliwości korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.
 7. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 6, Towarzystwo gwarantuje uczestnikowi:
 - 1) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub urazu, do których doszło poza miejscem zamieszkania;
 - 2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.;
 - 3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
 - 4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
 - 5) informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
 - 6) informacje o dietach, zdrowym żywieniu;
 - 7) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli uczestnikowi ustnej informacji co do dalszego postępowania;
 - 8) informowanie o domach pomocy społecznej, hospicjach;
 - 9) informowanie o przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby;
 - 10) informowanie o schorzeniach, stosowanych metodach leczenia i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących przepisów prawa);
 - 11) informowanie o niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku;
 - 12) informowanie na temat grup wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia, kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci;
 - 13) informowanie o aptekach czynnych przez całą dobę;
 - 14) informacje dla podróżnych: szczepienia, zagrożenia epidemiologiczne.
 8. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 7, Towarzystwo gwarantuje uczestnikowi dostęp za pośrednictwem infolinii „Baby Assistance” do informacji o:
 - 1) objawach ciąży;
 - 2) badaniach prenatalnych;
 - 3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu;
 - 4) szkołach rodzenia;
 - 5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie;
 - 6) karmieniu noworodka;
 - 7) obowiązkowych szczepieniach dzieci;
 - 8) pielęgnacji noworodka.
 9. Informacje, o których mowa w ust. 7 i 8 nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego, i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza centrum operacyjnego lub Towarzystwa.
 10. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 8, Towarzystwo gwarantuje rodzicowi uczestnika organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych poniżej limitów:
 - 1) transport na wizytę kontrolną – zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu na jedną wizytę kontrolną w roku po Hospitalizacji trwającej powyżej pięciu dni (zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego). Usługa ta świadczona jest maksymalnie 1 raz w ciągu danego roku ubezpieczeniowego;
 - 2) osobisty asystent – zorganizowanie i pokrycie honorarium osoby, która będzie towarzyszyć rodzicowi uczestnika podczas transportu medycznego do i z placówki medycznej oraz będzie mu służyć pomocą przy załatwianiu formalności w placówce medycznej (pomoc przy rejestracji oraz wypisie ze szpitala). Usługa ta świadczona jest maksymalnie 1 raz w ciągu danego roku ubezpieczeniowego.
 11. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 9 Towarzystwo gwarantuje uczestnikowi organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych poniżej limitów:
 - 1) pomoc psychologa – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt d, przy zachowaniu postanowień ust. 13 i 14, centrum operacyjne zapewnia uczestnikowi organizację i pokrycie kosztów konsultacji z psychologiem do wysokości 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe. Termin i miejsce wizyty uzgadniane jest z uczestnikiem;
 - 2) pakiet informacyjny – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt d centrum operacyjne w terminie do 14 dni od chwili dostarczenia przez uczestnika kopii oświadczenia o wypowiedzeniu, przy zachowaniu postanowień ust. 13 i 14 wysyła do uczestnika zestaw materiałów informacyjnych zawierający:
 - a) instrukcje dotyczące pisania życiorysu wraz ze wzorem;
 - b) instrukcje dotyczące pisania listu motywacyjnego, (dane nt. zakresu, treści oraz sposobu przygotowania) oraz wzór listu motywacyjnego;
 - c) instrukcje dotyczące pisania biznesplanu tworzonoego przy zakładaniu działalności gospodarczej oraz wzór biznesplanu;
 - 3) infolinia pracownicza – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt d uczestnik, przy zachowaniu postanowień ust. 13 i 14 ma możliwość skorzystania z całodobowego, telefonicznego dostępu do następujących informacji:
 - a) kiedy i w jakiej wysokości przysługują odprawy pieniężne pracownikom zwalnianym z przyczyn leżących po stronie Pracodawcy;
 - b) komu, kiedy i w jakiej wysokości przysługują świadczenia przedemerytalne;
 - c) prawa i obowiązki bezrobotnych;
 - d) rejestracja w urzędzie pracy;
 - e) komu i kiedy przysługuje prawo do zasiłku dla bezrobotnych;
 - f) sposób ustalania wysokości zasiłku dla bezrobotnych;
 - g) inne formy pomocy udzielanej osobom bezrobotnym;
 - h) dane teled adresowe biur pośrednictwa pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 - i) dane teled adresowe biur pośrednictwa pracy oferujących pracę poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
 - j) dokumenty i procedury konieczne do rozpoczęcia i rejestracji działalności gospodarczej;
 - 4) pomoc w poszukiwaniu pracy – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt d centrum operacyjne w terminie do 14 dni od chwili otrzymania od uczestnika listu motywacyjnego oraz CV przekazuje niniejsze dokumenty do trzech renomowanych biur pośrednictwa pracy, specjalizujących się w aktywnym poszukiwaniu pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, które po otrzymaniu ww. dokumentów rozpoczynają proces wyszukiwania ofert pracy odpowiednich dla uczestnika, bazując na ocenie przesłanego CV oraz listu motywacyjnego. z chwilą znalezienia oferty pracy biura pośrednictwa (lub centrum operacyjne) niezwłocznie przesyłają ofertę uczestnikowi. Towarzystwo zobowiązuje się do przekazywania informacji między biurem pośrednictwa a uczestnikiem w zakresie opisanym w ust. 11, przez okres sześciu miesięcy, licząc od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 13 i 14.
 12. Warunkiem uzyskania świadczeń opiekuńczych, wymienionych w ust. 11 pkt 1-4, jest zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt d potwierdzonego oświadczeniem dokumentującym wypowiedzenie umowy o pracę z innych przyczyn niż wina pracownika lub wypowiedzenie przez pracownika umowy o pracę.
 13. W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt d uczestnik zobowiązany jest w ciągu 30 dni od daty wypowiedzenia umowy o pracę umieszczonej w oświadczeniu o wypowiedzeniu przesłać do centrum operacyjnego kopię tego oświadczenia oraz skontaktować się telefonicznie z centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę.
 14. W przypadku gdy uczestnik nie wypełnia obowiązków określonych w ust. 13 Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.
 15. Z wyłączeniem świadczenia wskazanego w ust. 3 pkt 14, wszystkie pozostałe świadczenia opiekuńcze wykonywane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
 16. Limit na świadczenia, o których mowa w ust. 3, 4, 5, 6, 10, 11, wynosi łącznie 3000 zł z tytułu zajścia jednego zdarzenia.

17. O celowości organizacji i pokrycia kosztów świadczeń opiekuńczych wymienionych w niniejszym paragrafie decyduje lekarz centrum operacyjnego.

§ 3.

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się:

- pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 1 do 10 dnia miesiąca kalendarzowego,
- pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są dzień zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 11 do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.

2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się:

- pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia umowy dodatkowej, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 1 do 10 dnia miesiąca kalendarzowego,
- pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są dzień zawarcia umowy dodatkowej, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 11 do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.

3. Przysługująca danemu uczestnikowi Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej wygasa w przypadku zajścia następujących zdarzeń:

- rozwiązanie umowy dodatkowej;
- wygaśnięcie Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
- przypisanie uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

W przypadkach wskazanych w pkt 1-3 ochrona wygasa odpowiednio:

- jeżeli zdarzenie, o którym mowa w pkt 1-3 miało miejsce między 1 a 10 dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym wystąpiło to zdarzenie;
- jeżeli zdarzenie, o którym mowa w pkt 1-3 miało miejsce między 11 a ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło to zdarzenie. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu zdarzenia, o którym mowa w § 1 ust. 1 pkt 18 d wygasa z upływem sześciu miesięcy od dnia, w którym uczestnik otrzymał wypowiedzenie umowy o pracę, pod warunkiem zachowania terminów, o których mowa w § 2 ust. 13.

4. Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 3, ochronę ubezpieczeniową z chwilą ponownego przyznania uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia, na zasadach opisanych w ust. 1.

§ 4.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:

- świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z wyłączeniem świadczenia wskazanego w § 2 ust. 3 pkt 14;
- kosztów poniesionych przez uczestnika bez uprzedniego powiadomienia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności;
- kosztów zakupu leków (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
- kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie);
- kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:

- leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii;
- epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
- pozostawiania uczestnika pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nieprzypisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarskimi bądź ze wskazaniem ich użycia;
- chorób psychicznych;
- zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez uczestnika czynu wypełniającego ustawowo znamiona umyślnego przestępstwa;
- uprawiania zajęć zwiększonego ryzyka utraty życia;
- wyczynowego uprawiania sportu;
- zawodowego uprawiania sportu;
- działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- poddania się przez uczestnika leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
- próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
- chorób przewlekłych.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub niemożliwość wykonania świadczeń, jeśli opóźnienie lub niemożliwość wykonania świadczeń spowodowane są czynnikami niezależnymi od Towarzystwa: strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, siłą wyższą, szczególnymi okolicznościami, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.

§ 5.

POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU WYSTĄPIENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

- W przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych, uczestnik jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym. Centrum operacyjne czynne jest całą dobę, 365 dni w roku.
- Osoba kontaktująca się z centrum operacyjnym powinna podać następujące informacje:
 - imię i nazwisko;
 - numer PESEL;
 - adres zamieszkania;
 - numer polisy;
 - okres ubezpieczenia;
 - krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
 - inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
- Uczestnik zobowiązany jest na wniosek centrum operacyjnego dostarczyć wskazane dokumenty, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.
- Centrum operacyjne przystąpi do organizacji świadczenia niezwłocznie po pozytywnej weryfikacji Ochrony Ubezpieczeniowej uczestnika oraz po wypełnieniu przez uczestnika obowiązków określonych w ustępach powyższych.
- O wszelkich zmianach w sposobie i terminie realizacji świadczeń centrum operacyjne będzie niezwłocznie informować uczestnika.
- W przypadku gdy uczestnik nie wypełnia obowiązków określonych w ustępach 1, 2 i 3, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.
- W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej uczestnik nie mógł skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sam pokrył koszty świadczeń opiekuńczych, o których mowa w § 2 ust. 3, 4, 5, 6, 10, 11 Towarzystwo może zwrócić uczestnikowi w całości bądź częściowo poniesione przez niego koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu dwudziestu dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych i przedstawienia wskazanych przez centrum operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po ich zaakceptowaniu przez centrum operacyjne. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrotu

kosztów w takiej wysokości, jaką poniosłoby w przypadku organizowania świadczeń opiekuńczych we własnym zakresie.

8. Przez datę zaistnienia zdarzenia, o której mowa w ust. 7, rozumie się:
- 1) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 3 pkt 2 i 4 – datę wystawienia skierowania lekarskiego;
 - 2) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 3 pkt 3 – datę wypisu ze szpitala;
 - 3) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 3 pkt 8, 9, i 10 – datę zalecenia Rehabilitacji przez lekarza prowadzącego.

§ 6. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z przystępowaniem uczestników do ubezpieczenia, zapłatą i podziałem składki, opóźnieniem w płatności składki, zmianami w rocznicę ubezpieczenia oraz innych nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze warunki ogólne ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 4 listopada 2015 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2016 roku.

ZAŁĄCZNIK NR 4

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA ASSISTANCE – WARIANT III NR PGO/AS3/2017/1

Informacja o postanowieniach zawartych we wzorcach umów dotycząca Warunków Ogólnych Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Assistance – wariant III nr PGO/AS3/2017/1

Rodzaj informacji / postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu oraz nr strony wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 § 5 § 7 ust. 3-5

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA ASSISTANCE – WARIANT III NR PGO/AS3/2017/1

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2017/1.

§ 1. DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - 1) **Centrum Operacyjne** – AWP P&C SA Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B (02-672), działający na zlecenie Towarzystwa, któremu uczestnik lub inna osoba działająca w jego imieniu jest zobowiązana zgłosić szkodę pod numerem telefonu: +48 22 563 11 35;
 - 2) **choroba przewlekła** – zdiagnozowany przed objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową stan chorobowy uczestnika, współmałżonka lub dziecka, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem; choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną Hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed objęciem ochroną ubezpieczeniową;
 - 3) **dziecko** – własne lub przysposobione dziecko uczestnika będące pod jego władzą rodzicielską do uzyskania pełnoletniości, które w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego ma nie więcej niż 25 lat;
 - 4) **Hospitalizacja** – będący skutkiem nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania nieprzerwany pobyt uczestnika lub współmałżonka lub dziecka w szpitalu trwający dłużej niż jeden dzień; w rozumieniu OWU dzień pobytu w szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, w którym uczestnik lub dziecko lub współmałżonek przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu trwał jego pobyt, przy czym za pierwszy dzień przyjmuje się dzień rejestracji w księdze głównej, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala;
 - 5) **lekarz centrum operacyjnego** – lekarz konsultant centrum operacyjnego;
 - 6) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarz prowadzący leczenie uczestnika lub współmałżonka lub dziecka, niebędący osobą bliską uczestnika, ani lekarzem centrum operacyjnego;
 - 7) **lekarz specjalista** – w rozumieniu OWU: internista, specjalista medycyny rodzinnej, pediatra, ginekolog, dermatolog, pulmonolog, chirurg, ortopeda, laryngolog, okulista, neurolog, kardiolog;
 - 8) **miejsce zamieszkania** – wskazany przez uczestnika adres jego zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 9) **nagle zachorowanie** – powstały w okresie Ochrony Ubezpieczeniowej w sposób nagły i niespodziewany stan chorobowy, zagrażający życiu lub zdrowiu uczestnika lub współmałżonka lub dziecka wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej;
 - 10) **Nieszczęśliwy Wypadek** – powstałe w okresie Ochrony Ubezpieczeniowej nagłe zdarzenie, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego uczestnik lub współmałżonek lub dziecko w sposób niezależny od własnej woli, doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
 - 11) **okres Ochrony Ubezpieczeniowej** – wskazany w OWU okres, na jaki udzielono Ochrony Ubezpieczeniowej uczestnikowi;
 - 12) **osoba bliska uczestnika** – współmałżonek, dziecko, wstępny, zstępny, brat, siostra, bratanek, bratanica, siostrzeniec, siostrzenica, ojczym, macocha, pasierb, teść, teściowa, zięć, synowa, bratowa, szwagier, szwagierka, przysposobiony, przysposabiający, pozostający pod opieką lub przyjęty na wychowanie w ramach rodziny zastępczej w rozumieniu przepisów prawa rodzinnego;
 - 13) **osoba niesamodzielna** – osoba bliska uczestnika, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki, sprawowanej przez uczestnika;
 - 14) **OWU** – niniejsze ogólne warunki umowy dodatkowej ubezpieczenia Assistance wariant III;
 - 15) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet lekarski, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 16) **Program Assistance III** – odrębna umowa ubezpieczenia, stanowiąca opcjonalne rozszerzenie zakresu niniejszej umowy dodatkowej,

- w której przedmiotem ubezpieczenia jest awaria lub zdarzenie losowe, które wystąpiło w miejscu zamieszkania uczestnika, uprawniające do skorzystania z usług pomocy domowej, a Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu do zorganizowania i pokrycia kosztów pomocy domowej udzielonej uczestnikowi lub współmałżonkowi lub dziecku przez centrum operacyjne;
- 17) **roczne okresy Ochrony Ubezpieczeniowej** – następujące po sobie, 12-to miesięczne okresy udzielania uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej, z których pierwszy rozpoczyna się w dniu przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu niniejszej umowy dodatkowej;
 - 18) **siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia zdarzenie, które uniemożliwia lub powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez Towarzystwo lub opóźnienie zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego w centrum operacyjnym;
 - 19) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do Rehabilitacji, umożliwiający lub ułatwiający choremu samodzielne funkcjonowanie, do którego zalicza się wyłącznie: piłki, taśmy i walki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, walek, półwalek, klin, kostka do Rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do Rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (w tym sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy;
 - 20) **Towarzystwo** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA;
 - 21) **transport medyczny** – transport zapewniony uczestnikowi lub współmałżonkowi lub dziecku przez centrum operacyjne, dostosowany do ich stanu zdrowia i świadczony, jeżeli ich stan zdrowia, według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie, nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego, przy czym za transport medyczny nie uważa się dojazdów do poradni rehabilitacyjnej;
 - 22) **trudna sytuacja losowa** – urodzenie martwego dziecka lub poronienie przez uczestnika lub współmałżonka; śmierć: dziecka, współmałżonka, rodzica uczestnika lub rodzica współmałżonka, a także ciężkie zachorowanie ww. osób lub samego uczestnika;
 - 23) **uczestnik** – osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszej umowy ubezpieczenia;
 - 24) **usługi assistance** – usługi polegające na udzieleniu pomocy uczestnikowi lub współmałżonkowi lub dziecku, objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie OWU;
 - 25) **współmałżonek** – osoba, która z uczestnikiem pozostaje w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, albo inna osoba fizyczna wskazana przez uczestnika żyjąca z nim w jednym gospodarstwie domowym i pozostająca z nim w związku partnerskim;
 - 26) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
 - 27) **zaburzenie psychiczne** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99);
 - 28) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi lub rajdy, lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarsstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
 - 29) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy
 - lub
 - b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy
 - lub
 - c) uprawione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.
 - 30) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – nagle zachorowanie, Nieszczęśliwy Wypadek lub trudna sytuacja losowa;
 - 31) **zwierzę domowe** – pies lub kot, zwyczajowo mieszkający z uczestnikiem w miejscu zamieszkania, utrzymywany w celach niezwiązanych z wykonywaną działalnością gospodarczą lub profesjonalną.
2. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.
- § 2.**
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA
1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest zdarzenie w życiu uczestnika polegające na nagłym zachorowaniu albo nieszczęśliwym wypadku uczestnika, współmałżonka lub dziecka albo na wystąpieniu trudnej sytuacji losowej uprawniającej do skorzystania z usług pomocy medycznej;
 2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zorganizowania i pokrycia kosztów pomocy udzielonej uczestnikowi lub współmałżonkowi lub dziecku przez centrum operacyjne, w razie wystąpienia w czasie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie, z zastrzeżeniem treści § 5.
 3. Zakres ubezpieczenia obejmuje wskazane niżej usługi:
 - 1) infolinia medyczna;
 - 2) wizyta u lekarza specjalisty w placówce medycznej;
 - 3) transport medyczny do przychodni;
 - 4) transport medyczny do szpitala;
 - 5) transport medyczny z przychodni;
 - 6) transport medyczny ze szpitala;
 - 7) transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi;
 - 8) wizyta pielęgniarki;
 - 9) dostarczenie leków;
 - 10) organizacja rehabilitanta/organizacja procesu Rehabilitacji;
 - 11) organizacja wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego i jego dostarczenie;
 - 12) dostarczenie posiłków/artykułów spożywczych;
 - 13) pomoc domowa po Hospitalizacji;
 - 14) opieka pielęgniarki w domu po Hospitalizacji;
 - 15) opieka nad dziećmi;
 - 16) opieka nad osobami niesamodzielnymi;
 - 17) opieka nad zwierzętami domowymi podczas Hospitalizacji;
 - 18) infolinia baby assistance;
 - 19) wizyta położnej;
 - 20) pobyt opiekuna dziecka w szpitalu;
 - 21) korepetycje dla dzieci;
 - 22) pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej.
 4. Zobowiązanie Towarzystwa do zorganizowania i pokrycia kosztów pomocy medycznej, odpowiednio w przypadku każdej z usług wymienionych w ust. 3 opisano niżej.
 - 4.1. Infolinia medyczna

W ramach infolinii medycznej centrum operacyjne zapewni uczestnikowi lub współmałżonkowi lub pełnoletniemu dziecku:

 - a) możliwość konsultacji telefonicznej z lekarzem centrum operacyjnego;
 - b) dostęp do danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia;
 - c) informacje na temat działania leków, skutków ubocznych, interakcji z innymi lekami;
 - d) dostęp do informacji na temat niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych;

- e) dostęp do informacji na temat zdrowego żywienia;
 - f) dostęp do danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę.
- 4.2. Wizyta u lekarza specjalisty w placówce medycznej**
- 4.2.1.** Jeżeli uczestnik lub współmałżonek lub dziecko, w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, będą wymagali wizyty u lekarza specjalisty, centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty wizyty u lekarza specjalisty w placówce medycznej uczestnika lub współmałżonka lub dziecka, o ile w opinii dyspozytora pogotowia ratunkowego nie będzie konieczna interwencja pogotowia ratunkowego.
- 4.2.2.** Centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty wizyty u lekarza specjalisty w placówce medycznej do kwoty 300 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 1 (jednego) zdarzenia ubezpieczeniowego w rocznym okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.
- 4.3. Transport medyczny do przychodni lub do szpitala, z przychodni i ze szpitala oraz pomiędzy placówkami medycznymi**
- 4.3.1.** Jeżeli uczestnik lub współmałżonek lub dziecko, w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, będą wymagali, zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego leczenie, wizyty w przychodni lub pobytu w szpitalu, lub będą przebywali w placówce medycznej, która nie będzie odpowiadała wymogom leczenia odpowiednim dla ich stanu zdrowia oraz gdy zostaną skierowani przez lekarza prowadzącego leczenie na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej, centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego do przychodni lub do szpitala, z przychodni lub ze szpitala oraz pomiędzy placówkami medycznymi, o ile nie będzie konieczna, według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie, interwencja pogotowia ratunkowego.
- 4.3.2.** Centrum operacyjne pokrywa koszt transportu medycznego, o którym mowa powyżej, w ramach kwoty 1200 zł limitu łącznego dla transportów związanych z jednym zdarzeniem ubezpieczeniowym.
- 4.4. Wizyta pielęgniarki**
- 4.4.1.** Jeżeli stan zdrowia uczestnika lub współmałżonka lub dziecka, w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, w opinii lekarza prowadzącego leczenie będzie wymagał wizyty pielęgniarki, centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu uczestnika lub współmałżonka lub dziecka.
- 4.4.2.** Centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty wizyty pielęgniarki do kwoty 200 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe.
- 4.5. Dostarczanie leków**
- 4.5.1.** Jeżeli uczestnik lub współmałżonek lub dziecko, w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie wskazanym na zwolnieniu lekarskim, będą wymagały leżenia, centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia leków zaordynowanych przez lekarza prowadzącego leczenie do miejsca pobytu uczestnika lub współmałżonka lub dziecka.
- 4.5.2.** Centrum operacyjne nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach.
- 4.5.3.** Centrum operacyjne pokrywa koszty dostarczenia leków do łącznej kwoty 300 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe. Koszty leków pokrywa uczestnik.
- 4.6. Organizacja rehabilitanta/organizacja procesu rehabilitacyjnego**
- 4.6.1.** Jeżeli uczestnik lub współmałżonek lub dziecko, w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, będą wymagali, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, Rehabilitacji w poradni rehabilitacyjnej lub w miejscu zamieszkania, centrum operacyjne zapewni: zorganizowanie wizyt fizyoterapeuty w miejscu zamieszkania uczestnika lub współmałżonka lub dziecka, lub zorganizowanie transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej.
- 4.6.2.** Centrum operacyjne pokryje wyżej wymienione koszty do kwoty 500 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe.
- 4.7. Organizacja wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego i jego dostarczenie**
- 4.7.1.** Jeżeli uczestnikowi lub współmałżonkowi lub dziecku, w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zostanie zalecone przez lekarza prowadzącego leczenie używanie sprzętu rehabilitacyjnego, centrum operacyjne zapewni podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny oraz pokrycie kosztu transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania.
- 4.7.2.** Centrum operacyjne pokryje wyżej wymienione koszty do kwoty 200 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe. Koszty sprzętu rehabilitacyjnego pokrywa uczestnik.
- 4.8. Dostarczenie posiłków/artykułów spożywczych**
- 4.8.1.** Jeżeli uczestnik lub współmałżonek lub dziecko, w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie wskazanym na zwolnieniu lekarskim, będą wymagały leżenia, centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia posiłków/artykułów spożywczych do miejsca pobytu uczestnika lub współmałżonka lub dziecka.
- 4.8.2.** Centrum operacyjne pokrywa koszty dostarczenia posiłków/artykułów spożywczych do łącznej kwoty 300 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe. Koszty posiłków/artykułów spożywczych pokrywa uczestnik.
- 4.9. Pomoc domowa po Hospitalizacji**
- 4.9.1.** Jeżeli uczestnik lub współmałżonek lub dziecko, w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, będą hospitalizowani przez okres dłuższy niż 7 dni, centrum operacyjne po zakończeniu tej Hospitalizacji zorganizuje i pokryje koszty pomocy domowej po Hospitalizacji.
- 4.9.2.** Centrum operacyjne pokrywa koszt pomocy domowej po Hospitalizacji do kwoty 200 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe.
- 4.9.3.** Usługa dotyczy pomocy w przygotowywaniu posiłku, zrobieniu zakupów, pomocy w ubraniu i myciu oraz czynnościach pielęgnacyjnych, a także wykonywaniu drobnych porządków domowych (w tym odkurzania i mycia podłóg). w zakres usługi nie wchodzi mycie okien lub przesuwania mebli.
- 4.10. Opieka pielęgniarki w domu po Hospitalizacji;**
- 4.10.1.** Jeżeli uczestnik lub współmałżonek lub dziecko, w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, będą hospitalizowani przez okres dłuższy niż 3 dni, centrum operacyjne po zakończeniu tej Hospitalizacji zorganizuje i pokryje koszty opieki pielęgniarki w domu po Hospitalizacji.
- 4.10.2.** Centrum operacyjne pokrywa koszt opieki pielęgniarki w domu po Hospitalizacji do kwoty 250 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe.
- 4.11. Opieka nad dziećmi**
- 4.11.1.** W przypadku Hospitalizacji uczestnika lub współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, dłuższej niż 3 dni, centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty opieki nad dziećmi niepełnoletnimi w miejscu ich pobytu.
- 4.11.2.** Opieka nad dziećmi niepełnoletnimi jest realizowana na wniosek uczestnika i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w miejscu ich pobytu (zgodnie z deklaracją uczestnika), nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę sprawować.
- 4.11.3.** Centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty opieki nad dziećmi niepełnoletnimi do kwoty 500 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 (dwóch) Zdarzeń Ubezpieczeniowych w rocznym okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.
- 4.12. Opieka nad osobami niesamodzielnymi**
- 4.12.1.** Jeżeli uczestnik lub współmałżonek, w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, będą hospitalizowani przez okres dłuższy niż 3 dni lub w przypadku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku poza szpitalem, wymagającego leżenia, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty opieki nad osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania.
- 4.12.2.** Usługa jest realizowana do kwoty 250 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe.
- 4.12.3.** Opieka nad osobami niesamodzielnymi jest realizowana na wniosek uczestnika, za jego pisemną zgodą oraz zgodą osób na rzecz których świadczona ma być taka opieka (jeżeli posiadają one pełną zdolność do czynności prawnych) lub ich opiekuna prawnego (jeżeli nie posiadają one pełnej zdolności do czynności prawnych).
- 4.13. Opieka nad zwierzętami domowymi podczas Hospitalizacji**
- 4.13.1.** Jeżeli centrum operacyjne otrzyma potwierdzenie ze szpitala o przewidywanej Hospitalizacji uczestnika lub współmałżonka lub dziecka dłuższej niż 3 dni w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, centrum operacyjne zorganizuje opiekę nad zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania i pokryje jej koszty, albo zorganizuje przewóz zwierząt domowych do osoby wyznaczonej przez uczestnika do opieki lub do placówki, wskazanej przez uczestnika i pokryje koszt przewozu i opieki.
- 4.13.2.** Centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty powyższych usług przez okres maksimum 5 dni do kwoty 250 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, centrum operacyjne zorganizuje opiekę w placówce na koszt uczestnika.
- 4.13.3.** Powyższe świadczenia będą realizowane pod warunkiem przedstawienia aktualnego zaświadczenia o obowiązkowych szczepieniach profilaktycznych zwierząt.
- 4.14. Infolinia baby assistance** W ramach infolinii baby assistance centrum operacyjne zapewnia uczestnikowi lub współmałżonkowi lub pełnoletniemu dziecku dostęp do informacji dotyczących:
- a. objawów ciąży;
 - b. badań prenatalnych;
 - c. wskazówek w zakresie przygotowań do porodu;

- d. danych teleadresowych szkół rodzenia;
- e. pielęgnacji w czasie ciąży i w porożu;
- f. karmienia noworodka;
- g. obowiązkowych szczepień dzieci;
- h. opieki i pielęgnacji niemowlęcia.

4.15. Wizyta położnej

4.15.1. W przypadku narodzin dziecka, centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty dojazdów i honorariów położnej do miejsca zamieszkania dziecka w okresie 3 miesięcy po wyjściu matki ze szpitala. Opieka nad nowonarodzonym dzieckiem obejmuje:

- a. instruktaż oraz porady w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia;
- b. instruktaż oraz porady w zakresie prawidłowego noszenia, przewijania, ubierania noworodka;
- c. porady w razie problemów z laktacją;
- d. porady w zakresie prawidłowego odżywiania się przez matkę w okresie porożu;
- e. edukację w zakresie szczepień ochronnych.

4.15.2. Centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty wizyty położnej do kwoty 250 zł, jeden raz na każdy poród w rocznym okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

4.16. Pobyt opiekuna w szpitalu

4.16.1. W przypadku Hospitalizacji niepełnoletniego dziecka w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku dłuższej niż 3 dni, centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty pobytu jednego z opiekunów prawnych niepełnoletniego dziecka w szpitalu (o ile jest to możliwe w warunkach szpitalnych) lub w hotelu przyszpitalnym maksymalnie do 6 dni.

4.16.2. Centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty pobytu opiekuna w szpitalu do kwoty 500 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 1 (jednego) zdarzenia ubezpieczeniowego dotyczącego danego dziecka w rocznym okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

4.17. Korepetycje dla dzieci

4.17.1. W przypadku Hospitalizacji niepełnoletniego dziecka w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, dłuższej niż 5 dni, centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty korepetycji dla dzieci w miejscu pobytu niepełnoletniego dziecka, w okresie maksymalnie 90 dni od daty końcowej Hospitalizacji.

4.17.2. Centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty korepetycji dla dzieci do kwoty 500 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 1 (jednego) zdarzenia ubezpieczeniowego dotyczącego danego dziecka w rocznym okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

4.18. Pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej

4.18.1. Jeżeli uczestnik lub współmałżonek lub dziecko znajdują się w trudnej sytuacji losowej, centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty pomocy psychologa.

4.18.2. Centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty pomocy psychologa w trudnej sytuacji losowej do kwoty 500 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe i do maksymalnie sześciu sesji związanych z trudną sytuacją losową.

§ 3.

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się:

- 1) pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 1 do 15 dnia miesiąca kalendarzowego;
- 2) pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są dzień zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 16 do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.

2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się:

- 1) pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia umowy dodatkowej, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodat-

kowej jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 1 do 15 dnia miesiąca kalendarzowego;

- 2) pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są dzień zawarcia umowy dodatkowej, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 16 do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.

3. Przysługująca danemu uczestnikowi Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej wygasa w przypadku zajścia następujących zdarzeń:

- 1) rozwiązanie umowy dodatkowej;
- 2) wygaśnięcie Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
- 3) przypisanie uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

W przypadkach wskazanych w pkt 1-3 ochrona wygasa odpowiednio:

- a) jeżeli zdarzenie, o którym mowa w pkt 1-3 miało miejsce między 1 a 15 dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym wystąpiło to zdarzenie;
- b) jeżeli zdarzenie, o którym mowa w pkt 1-3 miało miejsce między 16 a ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło to zdarzenie.

4. Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, ochronę ubezpieczeniową z chwilą ponownego przyznania uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia, na zasadach opisanych w ust. 1.

§ 4.

OGRANICZENIA I LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA DOTYCZĄCE USŁUG POMOCY MEDYCZNEJ

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe wskutek:

- 1) umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa uczestnika;
- 2) umyślnego popełnienia przestępstwa lub jego usiłowania w rozumieniu ustawy kodeks karny, przestępstwa skarbowego lub wykroczenia skarbowego lub ich usiłowania w rozumieniu ustawy kodeks karny skarbowy, wykroczenia lub jego usiłowania w rozumieniu ustawy kodeks wykroczeń lub naruszenia innych powszechnie obowiązujących przepisów karnych (dotyczy uczestnika);
- 3) zdarzeń, do których doszło przed objęciem ochroną ubezpieczeniową;
- 4) umyślnego samookaleczenia, samobójstwa lub jego usiłowania przez uczestnika;
- 5) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością;
- 6) nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku oraz ich następstw, które wystąpiły przed objęciem ochroną ubezpieczeniową;
- 7) leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
- 8) zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania;
- 9) rutynowego lub regenerującego leczenia stomatologicznego bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego;
- 10) wad wrodzonych;
- 11) zarażenia się HIV, AIDS, chorobami przekazywanymi drogą płciową;
- 12) chorób przewlekłych;
- 13) nieprzestrzegania zaleceń lekarza;
- 14) leczenia medycznego, zachowawczego lub zapobiegawczego, chyba że było ono zalecone przez lekarza centrum operacyjnego;
- 15) udziału uczestnika w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez uczestnika;
- 16) opóźnienia świadczenia Towarzystwa wskutek strajków, niepokojów społecznych, zamieszek, aktów terroryzmu, sabotażu, wojny, wojny domowej, promieniowania radioaktywnego;
- 17) opóźnienia świadczenia Towarzystwa wskutek siły wyższej;
- 18) strajków, lokautów, aktów terroryzmu, sabotażu, buntu, rozruchów, rewolucji, powstania, zamieszek społecznych i wojskowych, wojny, wojny domowej, a także konfiskaty, nacjonalizacji, przetrzymywania, zarekwirowania i zniszczenia mienia na podstawie obowiązujących przepisów prawa;

- 19) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
 - 20) spożycia alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających, leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia;
 - 21) zaburzeń psychicznych.
2. Przedmiotem odpowiedzialności Towarzystwa nie są koszty:
- 1) leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
 - 2) ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania;
 - 3) rutynowego lub regenerującego leczenia stomatologicznego;
 - 4) leczenia powstałego na skutek wojen, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów terroru, powstania, strajków oraz skażeń chemicznych lub radioaktywnych, materiałów nuklearnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy;
 - 5) rutynowych badań fizykalnych, w tym badań i testów ginekologicznych, szczepień i innych leków zapobiegawczych;
 - 6) świadczeń i usług medycznych w następstwie nagłych zachorowań lub nieszczęśliwych wypadków, które miały miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 7) wypłaty zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.
3. Limit kwotowy dla organizacji oraz pokrycia kosztów pomocy medycznej udzielanej przez centrum operacyjne jest realizowany do wysokości określonej w Tabeli nr 1 (poniżej) i odnosi się do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie Ochrony Ubezpieczeniowej, natomiast określony w poniższej tabeli limit ilościowy usług assistance przysługujących w każdym rocznym okresie Ochrony Ubezpieczeniowej, dotyczy odrębnie uczestnika, małżonka oraz każdego dziecka, o ile dostęp uczestnika, małżonka lub dziecka do tej usługi assistance przewidziany jest w OWU.

TABELA NR 1:

Zakres udzielanej pomocy medycznej	Dotyczący danej usługi limit jej kosztu związanego z jednym zdarzeniem oraz roczny limit liczby usług możliwych do uzyskania w każdym rocznym okresie Ochrony Ubezpieczeniowej
infolinia medyczna	TAK (usługa nie wliczana do świadczeń możliwych do uzyskania w ramach limitu, o którym mowa w § 5)
wizyta u lekarza specjalisty w placówce medycznej	300 zł/maksimum 1 raz rocznie
transport medyczny do przychodni	1 200 zł (łącznie na wszystkie usługi przypadające na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe)
transport medyczny do szpitala	
transport medyczny z przychodni	
transport medyczny ze szpitala	
transport pomiędzy placówkami medycznymi	
wizyta pielęgniarki	200 zł
dostarczanie leków	300 zł
organizacja rehabilitanta/organizacja procesu rehabilitacyjnego	500 zł
organizacja wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego i jego dostarczenie	200 zł
dostarczenie posiłków/artykułów spożywczych	300 zł
opieka nad dziećmi	250 zł
opieka nad osobami niesamodzielnymi	250 zł/maksimum 2 razy rocznie
opieka nad zwierzętami domowymi podczas Hospitalizacji	250 zł

infolinia baby assistance	TAK (usługa nie wliczana do świadczeń możliwych do uzyskania w ramach limitu, o którym mowa w § 5)
wizyta położnej	250 zł/maksimum 1 raz rocznie na każde nowonarodzone dziecko
pobyt opiekuna w szpitalu	500 zł/maksimum 1 raz rocznie (na każde niepełnoletnie dziecko)
korepetycje dla dzieci	500 zł/maksimum 1 raz rocznie (na każde niepełnoletnie dziecko)
opieka psychologa w trudnej sytuacji losowej	500 zł/maksimum 6 sesji na zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 5.

LIMITY KORZYSTANIA Z USŁUG ASSISTANCE

Z uwzględnieniem zapisów określonych w § 4 Towarzystwo w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizuje dostęp do każdej z usług assistance wchodzących w zakres ubezpieczenia pomocy medycznej, przy czym w każdym rocznym okresie Ochrony Ubezpieczeniowej wynikającej z niniejszej umowy dodatkowej oraz z Programu Assistance III, o ile uczestnik jest objęty ochroną ubezpieczeniową wynikającą z tego programu, koszt wykonania 9 (dziewięciu) usług assistance ponosi Towarzystwo, a pozostałych – uczestnik.

§ 6.

PRAWA I OBOWIĄZKI

1. Uczestnik lub inna osoba działająca w jego imieniu ma prawo do zgłoszenia w centrum operacyjnym zdarzenia ubezpieczeniowego począwszy od dnia rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej.
2. Uczestnik zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami centrum operacyjnego.
3. Uczestnik ma obowiązek poinformowania Towarzystwa o każdej zmianie danych, na podstawie których został objęty ochroną w ramach umowy ubezpieczenia (miejsce zamieszkania, adres zamieszkania, adres korespondencji, zmiana nazwiska).
4. Uczestnik ma prawo do rezygnacji z Ochrony Ubezpieczeniowej w każdym czasie trwania ubezpieczenia. W tym celu uczestnik powinien złożyć ubezpieczającemu oświadczenie o rezygnacji, zawierające dane pozwalające w sposób jednoznaczny zidentyfikować uczestnika oraz prośbę o zaniechanie obejmowania ochroną. W przypadku złożenia oświadczenia o rezygnacji, Ochrona Ubezpieczeniowa kończy się 30. dnia licząc od dnia, w którym rezygnacja wpłynęła do ubezpieczającego.

§ 7.

SPOSÓB POSTĘPOWANIA W RAZIE ZAISTNIENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Uczestnik lub inna osoba działająca w jego imieniu, niezwłocznie po powzięciu informacji o powstaniu szkody lub o zaistnieniu konieczności skorzystania z usługi assistance, ma obowiązek powiadomić o niej centrum operacyjne, pod numerem telefonu: +48 22 563 11 35;
2. W razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, uczestnik lub inna osoba upoważniona jest zobowiązana skontaktować się telefonicznie z centrum operacyjnym i podać:
 - a) imię i nazwisko, nr pesel uczestnika;
 - b) informację, jaka umowa ubezpieczenia została zawarta na jego rzecz;
 - c) miejsce zamieszkania;
 - d) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z uczestnikiem lub wskazaną przez niego osobą;
 - e) opis zdarzenia i rodzaj wymaganej pomocy;
 - f) adres korespondencyjny.
3. W przypadku, gdy uczestnik nie dopełnił obowiązku zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego lub nie postępował zgodnie z dyspozycjami centrum operacyjnego, Towarzystwo ma prawo zmniejszyć świadczenie, jeżeli brak zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego lub postępowanie niezgodnie z dyspozycjami centrum operacyjnego miało wpływ na zwiększenie rozmiaru szkody lub możliwości jej ustalenia, chyba że zgłoszenie nie było możliwe z powodu działania udokumentowanej siły wyższej.
4. W przypadku braku zgłoszenia szkody, roszczenie zostanie rozpatrzone po przedłożeniu przez uczestnika pełnej dokumentacji, niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, tj. dokumentów stwierdzających przyczynę i zakres udzielonej pomocy w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym lub dotyczących innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia oraz dowodów poniesienia kosztów.
5. W przypadku zorganizowania usługi we własnym zakresie przez uczestnika bez powiadomienia centrum operacyjnego, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wypłaty świadczenia w wysokości odpowiadającej kosztom, jakie

- poniosłoby w przypadku organizowania usług we własnym zakresie.
6. Jeżeli nie umówiono się inaczej, Towarzystwo jest zobowiązane wypłacić świadczenia przysługujące na podstawie niniejszych warunków ogólnych w terminie 30 dni od daty otrzymania dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia.
 7. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w terminie 30 dni, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno wypłacić w terminie 30 dni.
 8. Wypłata przysługujących świadczeń następuje w złotych polskich.
 9. Zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego mogą zgłosić również spadkobiercy uczestnika.

§ 8.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Ubezpieczającemu, uczestnikowi lub uprawnionemu z umowy grupowego ubezpieczenia, bądź ich spadkobiercom przysługuje prawo do wnieskania o pozasądowe rozstrzygnięcie sporu z Towarzystwem przez Rzecznika Finansowego.

2. Do realizacji postanowień OWU w imieniu i na rachunek Towarzystwa uprawnione jest centrum operacyjne.
3. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.
4. Prawem właściwym dla OWU jest prawo polskie.
5. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Towarzystwem, ubezpieczającym, uczestnikiem, uprawnionym z umowy grupowego ubezpieczenia, bądź ich spadkobiercami jest język polski.
6. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy grupowego ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd powszechny. Uczestnikowi lub uprawnionemu z umowy grupowego ubezpieczenia oraz ich spadkobiercom przysługuje prawo wyboru sądu właściwego według przepisów o właściwości ogólnej, tj. sądu właściwego dla siedziby Towarzystwa albo sądu właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, uczestnika, uprawnionego z umowy grupowego ubezpieczenia albo ich spadkobiercy.

Niniejsze warunki ogólne ubezpieczenia przyjęte zostały Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 30 listopada 2016 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2017 r.

ZAŁĄCZNIK NR 5

WARUNKI SZCZEGÓLNE PROGRAMU ASSISTANCE III SYGNATURA NR WS/PAS3/2017/1

Informacja o postanowieniach zawartych we wzorcach umów dotycząca Warunków Szczególnych Programu Assistance III sygnatura nr WS/PAS3/2017/1

Rodzaj informacji / postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu oraz nr strony wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 § 5 § 7 ust. 3-5

WARUNKI SZCZEGÓLNE PROGRAMU ASSISTANCE III SYGNATURA NR WS/PAS3/2017/1

Niniejsze warunki szczególne stosuje się wyłącznie do Umowy Grupowego Ubezpieczenia „Program Assistance III” zawartej pomiędzy Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA a AWP P&C SA Oddział w Polsce, stanowiącej opcjonalne uzupełnienie zakresu umów dodatkowych ubezpieczenia ryzyka Assistance Wariant III w umowach grupowego ubezpieczenia na życie oraz grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zawieranych przez spółkę Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2017/1 lub Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr PGO/2017/1, których zakres został rozszerzony o usługi assistance oferowane na podstawie Warunków Ogólnych Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Assistance Wariant III Nr PGO/AS3/2017/1 albo Nr PGO/AS3/2017/1.

§ 1. DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych warunkach szczególnych, zawartej na ich podstawie umowie Program Assistance III oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - 1) **awaria** – spowodowane wewnątrznie uszkodzenie sprzętu agd/rtv lub sprzętu komputerowego lub urządzenia mobilnego uniemożliwiające jego prawidłowe funkcjonowanie, które nie jest skutkiem użytkowania niezgodnego z instrukcją obsługi oraz nie jest spowodowane bezpośrednim działaniem człowieka;

- 2) **akt wandalizmu** – umyślne zniszczenie lub uszkodzenie ubezpieczonego mienia przez osobę trzecią;
- 3) **Centrum Operacyjne** – Mondial Assistance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B (02-672), której uczestnik lub inna osoba działająca w jego imieniu jest zobowiązana zgłosić szkodę pod numerem telefonu: +48 22 563 11 35;
- 4) **dziecko** – własne lub przysposobione dziecko uczestnika będące pod jego władzą rodzicielską do uzyskania pełnoletności, które w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego ma nie więcej niż 25 lat;
- 5) **główna umowa ubezpieczenia** – zawarta na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2017/1 lub Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr PGO/2017/1 umowa grupowego ubezpieczenia na życie;
- 6) **gwarancja producenta** – gwarancja udzielona przez producenta, importera lub autoryzowanego dystrybutora sprzętu AGD/RTV lub sprzętu komputerowego lub urządzenia mobilnego;
- 7) **miejsce zamieszkania** – wskazany przez uczestnika adres jego zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 8) **Nieszczęśliwy Wypadek** – powstałe w okresie Ochrony Ubezpieczeniowej nagłe zdarzenie, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego uczestnik lub współmałżonek lub dziecko w sposób niezależny od własnej woli, doznało uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo zwierzę domowe doznało uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
- 9) **okres Ochrony Ubezpieczeniowej** – okres Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej uczestnikowi w ramach umowy Program Assistance III, zawartej na podstawie niniejszych warunków szczególnych;
- 10) **pomoc domowa** – usługi assistance wskazane w § 2 ust. 3, organizowane przez centrum operacyjne w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 11) **roczne okresy Ochrony Ubezpieczeniowej** – następujące po sobie, 12-to miesięczne okresy udzielania uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej, z których pierwszy rozpoczyna się w dniu przystąpienia uczestnika do Programu Assistance III;
- 12) **siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia zdarzenie, które uniemożliwia lub powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez ubezpieczyciela lub opóźnienie zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego w centrum operacyjnym;
- 13) **sprzęt AGD/RTV** – kuchnia gazowa i elektryczna, płyta elektryczna, płyta gazowa, płyta indukcyjna, piekarnik, pralka, pralko-suszarka, elektryczna suszarka ubraniowa, chłodziarka, chłodziarko-zamrażarka, zamrażarka, zmywarka, odbiornik radiowy, odbiornik telewizyjny, zakupione jako nowe, znajdujące się w miejscu zamieszkania, nie starsze niż 5-letnie, zasilane wyłącznie z sieci elektrycznej, wykorzystywane wyłącznie do użytku domowego, których pierwszym użytkownikiem jest uczestnik, z wyłączeniem sprzętu objętego gwarancją producenta;
- 14) **sprzęt komputerowy** – komputer stacjonarny lub laptop, zakupione jako nowe, znajdujące się w miejscu zamieszkania, posiadające numer IMEI lub numer seryjny, zasilane wyłącznie z sieci elektrycznej (z wyłączeniem laptopa), stanowiące własność uczestnika, których wiek nie przekracza 4 lat, o ile nie są wykorzystywane do prowadzenia działalności gospodarczej, z wyłączeniem urządzeń objętych gwarancją producenta;
- 15) **ubezpieczający** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA;
- 16) **ubezpieczyciel** – AWP P&C SA Oddział w Polsce;
- 17) **ubezpieczone mienie** – rzeczy ruchome znajdujące się w miejscu zamieszkania, tj.:
 - 1) odzież i inne przedmioty osobistego użytku;
 - 2) sprzęt sportowy i turystyczny;
 - 3) sprzęt ogrodniczy, narzędzia i elektronarzędzia ogrodowe;
 - 4) wózki inwalidzkie niepodlegające rejestracji oraz sprzęt medyczny i rehabilitacyjny;
 - 5) kojce i wózki dziecięce;
 - 6) meble (także zamontowane na stałe lub wbudowane);
 - 7) sprzęt zmechanizowany gospodarstwa domowego – AGD (także zamontowany na stałe lub wbudowany);
 - 8) sprzęt oświetleniowy;
 - 9) sprzęt audiowizualny, z wyjątkiem anten telewizyjnych i anten radiowych;
 - 10) sprzęt fotograficzny, sprzęt optyczny, sprzęt elektroniczny, telefony komórkowe, komputery przenośne, komputery stacjonarne wraz z urządzeniami wchodzącymi w skład lub współpracującymi z komputerami stacjonarnymi, palmtopy, tablety, przenośne urządzenia do nawigacji satelitarnej, konsole do gier;
 - 11) biżuteria, zegarki, wyroby ze złota, srebra, kamieni szlachetnych i pereł, a także platyny i pozostałych metali z grupy platynowców;
 - 12) gotówka, z wyłączeniem monet kolekcjonerskich;
- 18) **uczestnik** – osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową wynikającą z umowy grupowego ubezpieczenia na życie albo grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zawartej przez spółkę Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA, w której zakres włączone zostały usługi assistance oferowane na podstawie Warunków Ogólnych Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Assistance Warianct III Nr PGO/AS3/2017/1 albo Nr PGO/AS3/2017/1;
- 19) **urządzenie mobilne** – telefon komórkowy, smartfon lub tablet, zakupione jako nowe, stanowiące własność uczestnika, znajdujące się w miejscu zamieszkania, posiadające numer IMEI lub numer seryjny, których wiek nie przekracza 4 lat, o ile nie są wykorzystywane do prowadzenia działalności gospodarczej, z wyłączeniem urządzeń objętych gwarancją producenta;
- 20) **usługi assistance** – usługi polegające na udzieleniu pomocy uczestnikowi lub współmałżonkowi lub dziecku, objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie OWU;
- 21) **współmałżonek** – osoba, która z uczestnikiem pozostaje w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, albo inna osoba fizyczna wskazana przez uczestnika żyjąca z nim w jednym gospodarstwie domowym i pozostająca z nim w związku partnerskim;
- 22) **zdarzenie losowe** – zdarzenie, które wystąpiło w okresie Ochrony Ubezpieczeniowej w miejscu zamieszkania, uprawniające uczestnika do skorzystania z usług assistance z zakresu pomocy w domu. Za zdarzenie uważa się:
 - 1) dym i sadzę – nagłe, niszczące oddziaływanie produktów spalania, niewywołane celowo przez uczestnika;
 - 2) grad – opady atmosferyczne składające się z bryłek lodu;
- 3) **huragan** – wiatr o prędkości nie mniejszej niż 17,5 m/s (63 km/h), potwierdzony przez instytut meteorologii i gospodarki wodnej znajdujący się najbliższe miejsca zamieszkania;
- 4) **kradzież z włamaniem** – czyn zabroniony określony w art. 279 kodeksu karnego;
- 5) **lawina** – gwałtowne zsuwanie lub staczanie mas śniegu, lodu, gleby, kamieni ze stoków górskich;
- 6) **nawalny opad śniegu** – opad atmosferyczny, który swoim ciężarem spowodował uszkodzenie lub pod wpływem swojego ciężaru spowodował przewrócenie się mienia sąsiedniego na ubezpieczone mienie i doprowadził do jego uszkodzenia;
- 7) **osunięcie ziemi** – ruchy podłoża, w wyniku których dochodzi do zapadania lub osunięcia ziemi;
- 8) **powódź** – zalanie terenu lub podłoża, które powstało w następstwie wystąpienia z brzegów wód powierzchniowych lub nadmiernych opadów atmosferycznych w miejscu zamieszkania, pomimo prawidłowo zaprojektowanego i sprawnego systemu odprowadzania wody;
- 9) **pożar** – działanie ognia, który przedostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i mógł rozprzestrzenić się o własnej sile;
- 10) **przebiecie prądu** – nagły i krótkotrwały wzrost napięcia prądu wyższego od znamionowego dla elektrycznych: urządzeń, instalacji, sieci, linii;
- 11) **stłuczenie szyby** – rozbicie nieuszkodzonych w chwili przyjęcia do ubezpieczenia szyb i innych przedmiotów szklanych, zamontowanych lub zainstalowanych na stałe w miejscu zamieszkania zgodnie z ich przeznaczeniem, wymagające koniecznego oszklenia zastępczego oraz usług ekspresowych, ustawienia rusztowań lub użycia dźwigu, naprawy uszkodzonych elementów mocujących szybę w ramie powstałych w związku z wybiciem szyby, przy czym za stłuczenie szyby nie uważa się zarysowania, poplamienia, zmiany barwy lub odprysnięcia kawałka powierzchni ubezpieczonych szyb, obróbki, montażu, wymiany w czasie prac konserwatorskich, remontowych, naprawczych w miejscu zamieszkania lub po ich usunięciu z miejsca stałego zainstalowania, zastosowania niewłaściwej technologii wykonawstwa lub montażu, zużycia ubezpieczonych szyb lub braku ich należytej konserwacji;
- 12) **trzęsienie ziemi** – naturalny ruch powierzchni ziemi wywołany przez wstrząs, który potwierdziły pomiary stacji sejsmologicznej znajdującej się najbliższe miejsca zamieszkania;
- 13) **uderzenie pioruna** – następstwo naturalnego wyładowania elektrycznego w atmosferze w miejscu zamieszkania;
- 14) **uderzenie pojazdu** – uderzenie pojazdu mechanicznego, jego części lub ładunku, przy czym pojazd ten nie należy do uczestnika, osób zamieszkujących na stałe w miejscu zamieszkania, pracowników lub osób, którym powierzono stałą ochronę miejsca zamieszkania;
- 15) **uderzenie statku powietrznego** – przymusowe lądowanie lub upadek statku powietrznego, jego części lub ładunku;
- 16) **upadek drzewa lub budowli** – przewrócenie się drzewa lub budowli, którego skutkiem jest uszkodzenie ubezpieczonego mienia, które nastąpiło z przyczyn niezależnych od uczestnika, przy czym budowlą jest maszt, komin, słup, latarnia;
- 17) **uszkodzenie przez osoby trzecie** – nieumyślne uszkodzenie wywołane przez człowieka, z wyjątkiem uczestnika;
- 18) **uszkodzenie roweru** – nieumyślne uszkodzenie roweru na skutek nieszczęśliwego wypadku, wskutek czego rower zostanie uszkodzony w stopniu uniemożliwiającym dalsze poruszanie się na nim. Do uszkodzenia roweru zalicza się przebicie dętki na gwoździu, szkłe lub innym przedmiocie, a także przypadkowe przewrócenie się uczestnika na rowerze;
- 19) **wybuch (eksplozja i implozja)** – gwałtowna zmiana stanu równowagi układu z jednoczesnym wyzwoleniem się gazów, pyłów lub pary. Wybuch zbiornika lub naczyń ciśnieniowych ma miejsce w razie rozerwania jego ścianek w stopniu powodującym gwałtowne wyrównanie różnicy ciśnień pomiędzy wnętrzem zbiornika a jego otoczeniem. Do wybuchu zalicza się również implozję polegającą na uszkodzeniu ciśnieniem zewnętrznym zbiornika lub aparatu próżniowego;
- 20) **zalanie** – nagłe i niespodziewane:
 - a) wydostawanie się płynów lub pary spowodowane awarią urządzeń wodociągowych, kanalizacyjnych, centralnego ogrzewania, instalacji tryskaczowej lub gaśniczej;
 - b) zalanie wodą pochodzącą z urządzeń domowych znajdujących się w miejscu zamieszkania bądź poza nim;
 - c) nieumyślne pozostawienie otwartych kranów lub zaworów w miejscu zamieszkania bądź poza nim;

- d) zalanie wodą pochodzącą z opadów atmosferycznych;
 - e) zalanie wodą lub innym płynem przez osoby trzecie;
- 21) zamarznięcie – uszkodzenie spowodowane mrozem, polegające na pęknięciu znajdujących się w miejscu zamieszkania urządzeń kąpielowych, umywalk, spluczek, syfonów, wodomierzy, kotłów, bojlerów, rur dopływowych lub odpływowych (kanalizacyjnych), instalacji grzewczych, instalacji tryskaczowej lub gaśniczej.
- 23) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – awaria lub zdarzenie losowe;
- 24) **zwierzę domowe** – pies lub kot, zwyczajowo mieszkający z uczestnikiem w miejscu zamieszkania, utrzymywany w celach niezwiązanych z wykonywaną działalnością gospodarczą lub profesjonalną.
2. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach szczególnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.

§ 2.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia w umowie Program Assistance III jest awaria lub zdarzenie losowe, które wystąpiło w miejscu zamieszkania, uprawniające uczestnika do skorzystania z usług pomocy domowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu ubezpieczyciela do zorganizowania i pokrycia kosztów pomocy domowej udzielonej uczestnikowi lub współmałżonkowi lub dziecku przez centrum operacyjne, w razie wystąpienia w czasie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie, z zastrzeżeniem treści § 4.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje wskazane niżej usługi:
 - 1) interwencja specjalisty;
 - 2) interwencja ślusarza;
 - 3) naprawa sprzętu AGD/RTV;
 - 4) naprawa sprzętu komputerowego;
 - 5) pomoc w naprawie urządzenia mobilnego;
 - 6) naprawa roweru po nieszczęśliwym wypadku;
 - 7) usunięcie gniazda os lub szerszeni, wytępienie szczurów lub myszy;
 - 8) infolinia weterynaryjna;
 - 9) wizyta weterynarza/transport zwierzęcia domowego do lecznicy po nieszczęśliwym wypadku.
4. Zobowiązanie ubezpieczyciela do zorganizowania i pokrycia kosztów pomocy domowej, odpowiednio w przypadku każdej z usług wymienionych w ust. 3 opisano poniżej:
 - 4.1. Interwencja specjalisty
 - 4.1.1. W przypadku zdarzenia losowego w miejscu zamieszkania, gdy wystąpi ryzyko utraty lub dalszego uszkodzenia ubezpieczonego mienia, centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty dojazdu i robocizny odpowiedniego specjalisty, tj.: ślusarza, hydraulika, elektryka, dekarza, murarza, szklarza, technika urządzeń grzewczych i klimatyzacyjnych, gazownika do miejsca zamieszkania.
 - 4.1.2. Koszty materiałów i części zamiennych pokrywa uczestnik.
 - 4.1.3. Centrum operacyjne pokrywa koszty interwencji specjalisty do kwoty 500 zł na zdarzenie losowe.
 - 4.2. Interwencja ślusarza
 - 4.2.1. W przypadku zagubienia kluczy lub ich zostawienia w mieszkaniu i nieumyślnego zatrzasknięcia drzwi albo uszkodzenia zamka, centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty dojazdu ślusarza do miejsca zamieszkania oraz koszty jego robocizny.
 - 4.2.2. Koszty materiałów i części zamiennych pokrywa uczestnik.
 - 4.2.3. Centrum operacyjne pokrywa koszty interwencji ślusarza w miejscu zamieszkania do kwoty 300 zł.
- 4.3. Naprawa sprzętu AGD/RTV
 - 4.3.1. W przypadku awarii sprzętu AGD/RTV w miejscu zamieszkania, centrum operacyjne, w terminie 3 dni roboczych od dnia przyjęcia zgłoszenia, organizuje i pokrywa koszty dojazdu specjalisty AGD/RTV do miejsca zamieszkania, jego robocizny oraz ewentualnego transportu sprzętu AGD/RTV do punktu serwisowego.
 - 4.3.2. Koszty materiałów i części zamiennych pokrywa uczestnik.
 - 4.3.3. Warunkiem podjęcia interwencji jest przedstawienie przez uczestnika dowodu zakupu i gwarancji sprzętu AGD/RTV, a w przypadku ich braku, wiek sprzętu AGD/RTV zostanie zweryfikowany przez specjalistę AGD/RTV.
 - 4.3.4. Centrum operacyjne pokrywa koszty naprawy sprzętu AGD/RTV do kwoty 500 zł za awarię.
- 4.4. Naprawa sprzętu komputerowego

- 4.4.1. W przypadku awarii sprzętu komputerowego w miejscu zamieszkania, centrum operacyjne, w terminie 3 dni roboczych od dnia przyjęcia zgłoszenia, organizuje i pokrywa koszty dojazdu specjalisty IT do miejsca zamieszkania, jego robocizny oraz ewentualnego transportu sprzętu komputerowego do punktu serwisowego.
- 4.4.2. Koszty materiałów i części zamiennych pokrywa uczestnik.
- 4.4.3. Warunkiem podjęcia interwencji jest przedstawienie przez uczestnika dowodu zakupu i gwarancji sprzętu komputerowego, a w przypadku ich braku, wiek sprzętu komputerowego zostanie zweryfikowany przez specjalistę IT.
- 4.4.4. Centrum operacyjne pokrywa koszty naprawy sprzętu komputerowego do kwoty 500 zł za awarię.
- 4.5. Pomoc w naprawie urządzenia mobilnego
 - 4.5.1. W przypadku awarii urządzenia mobilnego w miejscu zamieszkania, centrum operacyjne, w terminie 3 dni roboczych od dnia przyjęcia zgłoszenia, organizuje i pokrywa koszty dojazdu/powrotu specjalisty do miejsca zamieszkania w celu naprawy urządzenia mobilnego.
 - 4.5.2. Koszty robocizny, materiałów i części zamiennych pokrywa uczestnik.
 - 4.5.3. Warunkiem podjęcia interwencji jest przedstawienie przez uczestnika dowodu zakupu i gwarancji urządzenia mobilnego, a w przypadku ich braku, wiek urządzenia mobilnego zostanie zweryfikowany przez specjalistę.
 - 4.5.4. Centrum operacyjne pokrywa koszty dojazdu/powrotu specjalisty do kwoty 200 zł za awarię i w odniesieniu do maksymalnie 2 (dwóch) Zdarzeń Ubezpieczeniowych w rocznym okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.
- 4.6. Naprawa roweru po nieszczęśliwym wypadku
 - 4.6.1. W przypadku uszkodzenia roweru, centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty dojazdu i robocizny pracownika podmiotu gospodarczego profesjonalnie zajmującego się serwisem rowerów. Koszty materiałów i części zamiennych pokrywa uczestnik.
 - 4.6.2. Centrum operacyjne pokrywa koszty naprawy roweru do kwoty 500 zł na uszkodzenie roweru.
- 4.7. Usunięcie gniazda os lub szerszeni, wytępienie szczurów lub myszy
 - 4.7.1. W przypadku założenia gniazda przez osy, szerszenie, szczury lub myszy w miejscu zamieszkania, centrum operacyjne w ciągu 3 dni roboczych od dnia przyjęcia zgłoszenia, organizuje interwencję i pokrywa koszty dojazdu specjalisty w celu usunięcia gniazd lub rozłożenia trutki w miejscu zamieszkania. Koszty robocizny i użytych podczas interwencji narzędzi i materiałów ponosi uczestnik.
 - 4.7.2. Centrum operacyjne pokrywa ww. koszty dojazdu specjalisty do wykonania usługi usunięcia gniazd os lub szerszeni, tępienia szczurów lub myszy do kwoty 200 zł w odniesieniu do maksymalnie 2 (dwóch) zgłoszeń w okresie rocznej Ochrony Ubezpieczeniowej.
- 4.8. Infolinia weterynaryjna W ramach infolinii weterynaryjnej, centrum operacyjne zapewni uczestnikowi dostęp do następujących informacji związanych z posiadaniem zwierzęcia domowego:
 - a) danych teleadresowych przychodni weterynaryjnych,
 - b) na temat działania obowiązkowych badań i szczepień,
 - c) na temat niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych,
 - d) dostęp do danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę.
- 4.9. Wizyta weterynarza/transport zwierzęcia domowego do lecznicy po nieszczęśliwym wypadku
 - 4.9.1. W przypadku powstania w okresie Ochrony Ubezpieczeniowej w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem z udziałem zwierzęcia domowego, stanu zagrażającego życiu lub zdrowiu zwierzęcia domowego, wymagającego natychmiastowej pomocy weterynaryjnej, centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty wizyty weterynarza lub transportu zwierzęcia domowego do lecznicy do kwoty 500 zł na zdarzenie.
 - 4.9.2. Koszt leczenia zwierzęcia domowego ponosi uczestnik.

§ 3.

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Ochrona Ubezpieczeniowa przysługująca uczestnikowi w ramach Programu Assistance III rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej mu w ramach Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Assistance Wariant III.
2. Ochrona ubezpieczeniowa przysługująca uczestnikowi w ramach Programu Assistance III wygasa w dniu wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej mu w ramach Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Assistance Wariant III.
3. Przystąpienie uczestnika do Programu Assistance III wiąże się z opłacaniem dodatkowej składki.

§ 4.

OGRANICZENIA I LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA DOTYCZĄCE USŁUG POMOCY DOMOWEJ

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe wskutek:
 - 1) umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa uczestnika;
 - 2) umyślnego popełnienia przestępstwa lub jego usiłowania w rozumieniu ustawy kodeks karny, przestępstwa skarbowego lub wykroczenia skarbowego lub ich usiłowania w rozumieniu ustawy kodeks karny skarbowy, wykroczenia lub jego usiłowania w rozumieniu ustawy kodeks wykroczeń lub naruszenia innych powszechnie obowiązujących przepisów karnych, z wyjątkiem kradzieży z włamaniem;
 - 3) umyślnego samookaleczenia, samobójstwa lub jego usiłowania przez uczestnika;
 - 4) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniowaniem;
 - 5) katastrof naturalnych, z wyjątkiem zdarzenia losowego;
 - 6) strajków, lokautów, aktów terroryzmu, sabotażu, buntu, rozruchów, rewolucji, powstania, zamieszek społecznych i wojskowych, wojny, wojny domowej, a także konfiskaty, nacjonalizacji, przetrzymywania, zarekwirowania i zniszczenia ubezpieczonego mienia na podstawie obowiązujących przepisów prawa;
 - 7) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
 - 8) spożycia alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających;
 - 9) aktu wandalizmu;
 oraz powstałe przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia w dostarczeniu świadczenia, o ile opóźnienia te są skutkiem strajków, niepokojów społecznych, zamieszek, aktów terroryzmu, sabotażu, wojny, wojny domowej, promieniowania radioaktywnego albo działania siły wyższej.
3. Przedmiotem odpowiedzialności ubezpieczyciela nie są koszty:
 - 1) usług związanych z uszkodzeniami, za naprawę których odpowiadają właściwe służby administracyjne lub pogotowie techniczne, energetyczne, wodno-kanalizacyjne, gazowe (awarie instalacji ciepłej i zimnej wody, pionów kanalizacyjnych, pionów centralnego ogrzewania, instalacji gazowej, przyłączy do budynku);
 - 2) usług elektryka lub technika urządzeń grzewczych, związanych z uszkodzeniami żarówek, przedłużaczy, opraw oświetleniowych;
 - 3) wypłaty zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę;
 - 4) materiałów i części zamiennych wykorzystanych do dokonania naprawy.
4. Limit kwotowy dla organizacji oraz pokrycia kosztów pomocy domowej udzielanej przez centrum operacyjne jest określony w odniesieniu do zdarzenia ubezpieczeniowego zaistniałego w okresie Ochrony Ubezpieczeniowej i jest realizowany do wysokości określonej w Tabeli nr 1 (poniżej), natomiast określony w poniższej tabeli limit ilościowy dotyczy usług assistance przysługujących w rocznym okresie Ochrony Ubezpieczeniowej:

TABELA NR 1

Zakres udzielanej pomocy domowej	Dotyczący danej usługi limit jej kosztu związanego z jednym zdarzeniem oraz roczny limit liczby usług możliwych do uzyskania w każdym rocznym okresie Ochrony Ubezpieczeniowej
interwencja specjalisty	500 zł
interwencja ślusarza	300 zł
naprawa sprzętu AGD/RTV	500 zł
naprawa sprzętu komputerowego	500 zł
pomoc w naprawie urządzenia mobilnego	200 zł/maksimum 2 razy rocznie
naprawa roweru po nieszczęśliwym wypadku	500 zł
usunięcie gniazda os lub szerszeni, wytopienie szczurów lub myszy	200 zł/maksimum 2 zgłoszenia rocznie

infolinia weterynaryjna	TAK (usługa nie wliczana do świadczeń możliwych do uzyskania w ramach limitu, o którym mowa w § 5)
wizyta weterynarza/transport zwierzęcia domowego do lecznicy	500 zł

§ 5.

LIMITY KORZYSTANIA Z USŁUG ASSISTANCE

Z uwzględnieniem zapisów określonych w § 4, ubezpieczyciel w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizuje dostęp do każdej z usług assistance wchodzących w zakres ubezpieczenia, przy czym w każdym rocznym okresie Ochrony Ubezpieczeniowej wynikającej z umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka Assistance Wariant III w umowach grupowego ubezpieczenia na życie albo grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zawieranych przez spółkę Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA oraz z niniejszego Programu Assistance III, koszt wykonania 9 (dziewięciu) usług assistance ponosi ubezpieczyciel, pozostałych – uczestnik.

§ 6.

PRAWA I OBOWIĄZKI

1. Uczestnik lub inna osoba działająca w jego imieniu ma prawo do zgłoszenia w centrum operacyjnym zdarzenia ubezpieczeniowego począwszy od dnia rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej.
2. Uczestnik zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami centrum operacyjnego.
3. Uczestnik ma obowiązek poinformowania ubezpieczyciela o każdej zmianie danych, na podstawie których został objęty ochroną w ramach umowy ubezpieczenia (miejsce zamieszkania, adres zamieszkania, adres korespondencji, zmiana nazwiska).
4. Uczestnik ma prawo do rezygnacji z Ochrony Ubezpieczeniowej w każdym czasie trwania ubezpieczenia, o którym mowa we wstępie do niniejszych warunków szczególnych Programu Assistance III. Rezygnacja ta oznacza automatyczne wykluczenie uczestnika z Programu Assistance III z dniem końca Ochrony Ubezpieczeniowej wynikającej z umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka Assistance Wariant III, oferowanej uczestnikowi.

§ 7.

SPOSÓB POSTĘPOWANIA W RAZIE ZAISTNIENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Uczestnik lub inna osoba działająca w jego imieniu, niezwłocznie po powzięciu informacji o powstaniu szkody lub o zaistnieniu konieczności skorzystania z usługi assistance, ma obowiązek powiadomić o niej centrum operacyjne, pod numerem telefonu: +48 22 563 11 35.
2. W razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, uczestnik lub inna osoba upoważniona jest zobowiązana skontaktować się telefonicznie z centrum operacyjnym i podać:
 - 1) imię i nazwisko, nr pesel;
 - 2) informację, jaka umowa ubezpieczenia została zawarta na jego rzecz;
 - 3) miejsce zamieszkania;
 - 4) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z uczestnikiem lub wskazaną przez niego osobą;
 - 5) opis zdarzenia i rodzaj wymaganej pomocy;
 - 6) adres korespondencyjny.
3. W przypadku, gdy uczestnik nie dopełnił obowiązku zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego lub nie postępował zgodnie z dyspozycjami centrum operacyjnego, ubezpieczyciel ma prawo zmniejszyć świadczenie, jeżeli brak zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego lub postępowanie niezgodnie z dyspozycjami centrum operacyjnego miało wpływ na zwiększenie rozmiaru szkody lub możliwość jej ustalenia, chyba że zgłoszenie nie było możliwe z powodu działania udokumentowanej siły wyższej.
4. W przypadku braku zgłoszenia szkody, roszczenie zostanie rozpatrzone po przedłożeniu przez uczestnika pełnej dokumentacji, niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, tj. dokumentów stwierdzających przyczynę i zakres udzielonej pomocy w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym lub dotyczących innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia oraz dowodów poniesienia kosztów.
5. W przypadku zorganizowania usługi we własnym zakresie przez uczestnika bez powiadomienia centrum operacyjnego, ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wypłaty świadczenia w wysokości odpowiadającej kosztom, jakie poniosłoby w przypadku organizowania usług we własnym zakresie.
6. Jeżeli nie umówiono się inaczej, ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić świadczenia przysługujące na podstawie niniejszych warunków ogólnych w terminie 30 dni od daty otrzymania dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia.

7. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w terminie 30 dni, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel powinien wypłacić w terminie 30 dni.
8. Wypłata przysługujących świadczeń następuje w złotych polskich.
9. Zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego mogą zgłosić również spadkobiercy uczestnika.

§ 8.

REKLAMACJE

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia ubezpieczyciela, ubezpieczającego, uczestnika i uprawnionego z umowy ubezpieczenia, z wyjątkiem zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia, ubezpieczający, uczestnik, uprawniony z umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercy mogą złożyć do ubezpieczyciela w formie:
 - 1) ustnej – telefonicznie na numer telefonu: (+48 22) 522 26 40 (dostępny od poniedziałku do piątku w dni robocze w godzinach 8-16) albo osobiście do protokołu w siedzibie ubezpieczyciela,
 - 2) pisemnej – przesyłką pocztową na adres korespondencyjny: ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa, lub osobiście w siedzibie ubezpieczyciela,
 - 3) elektronicznej – za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl
3. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od ich otrzymania. w szczególnie skomplikowanych przypadkach termin rozpatrzenia reklamacji może ulec wydłużeniu do 60 dni, o wydłużonym terminie rozpatrywania reklamacji wraz z uzasadnieniem składający reklamację zostanie poinformowany w formie pisemnej.
4. Odpowiedź na reklamację udzielana jest w formie pisemnej za pośrednictwem poczty tradycyjnej. Na wniosek składającego reklamację odpowiedź może być wysłana pocztą elektroniczną.
5. Składającemu reklamację przysługuje prawo do odwołania się od uzyskanej odpowiedzi na reklamację poprzez złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy w formie pisemnej lub elektronicznej w terminie 30 dni od jej otrzymania do Dyrektora Oddziału ubezpieczyciela. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest w formie pisemnej niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania i przesyłana jest za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub zgodnie z ust. 4.
6. Ubezpieczającemu, uczestnikowi lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercom przysługuje prawo do wnioskowania o pozasądowe rozstrzygnięcia sporu z ubezpieczycielem przez Rzecznika Finansowego lub o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.

Biuro Rzecznika Finansowego
Al. Jerozolimskie 87
02-001 Warszawa
tel. +48 22 333-73-26 – Recepcja
+48 22 333-73-27 – Recepcja
faks +48 22 333-73-29
www.rf.gov.pl

Infolinia Konsumentów
Infolinia prowadzona przez Federację Konsumentów
telefon: 800 007 707 (od poniedziałku do piątku w godz. 9:00-17:00)
e-mail: info@federacja-konsumentow.org.pl

7. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz powszechnie obowiązujących aktów prawnych w zakresie umowy ubezpieczenia.
8. Prawem właściwym dla OWU jest prawo polskie.
9. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy ubezpieczycielem, ubezpieczającym, uczestnikiem, uprawnionym z umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercami jest język polski.
10. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia można rozwiązać polubownie za pośrednictwem Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego.
Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego
Departament Ochrony Klientów
Pl. Powstańców Warszawy 1
00-950 Warszawa
tel. 22 26 24 054
sad.polubowny@knf.gov.pl
www.knf.gov.pl
11. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia można rozwiązać w drodze postępowania sądowego poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego. Pozwanym powinien być ubezpieczyciel, tj. AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-672) przy ul. Domaniewskiej nr 50B, wpisany do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez w Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000189340, NIP 107-00-00-164.
12. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, uczestnika lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
13. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy uczestnika lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§ 9.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Do realizacji postanowień niniejszych warunków szczególnych w imieniu i na rachunek ubezpieczyciela uprawnione jest centrum operacyjne.

Niniejsze warunki szczególne zostały zatwierdzone przez AWP P&C SA Oddział w Polsce w dniu 31 października 2016 r. i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2017 r.

Spis treści

I.	Postanowienia ogólne	7	§ 35.	Ubezpieczenie ryzyka śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy pracy	36
§ 1.	Definicje	7	§ 36.	Ubezpieczenie ryzyka śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu	36
§ 2.	Zawarcie umowy ubezpieczenia	10	§ 37.	Ubezpieczenie ryzyka śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	37
§ 3.	Ochrona ubezpieczeniowa i okresy ograniczonej ochrony ubezpieczeniowej	11	§ 38.	Ubezpieczenie ryzyka Kalectwa Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	37
§ 4.	Przedmiot i zakres ubezpieczenia	11	§ 39.	Ubezpieczenie ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	38
§ 5.	Okres ubezpieczenia	11	§ 40.	Ubezpieczenie ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w systemie świadczeń progresywnych	39
§ 6.	Skutki podania nieprawdziwych informacji	11	§ 41.	Ubezpieczenie ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu	40
§ 7.	Wysokość i terminy zapłaty składki	11	§ 42.	Ubezpieczenie ryzyka Poważnego Zachorowania Małżonka Ubezpieczonego	41
§ 8.	Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	11	§ 43.	Ubezpieczenie ryzyka śmierci Dziecka Ubezpieczonego	44
§ 9.	Kontynuacja ubezpieczenia	12	§ 44.	Ubezpieczenie ryzyka śmierci Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	44
§ 10.	Dobre obyczaje	12	§ 45.	Ubezpieczenie ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	45
§ 11.	Oświadczenia woli	12	§ 46.	Ubezpieczenie ryzyka następstw Nieszczęśliwych Wypadków u Dziecka Ubezpieczonego	46
§ 12.	Prawo właściwe, sąd właściwy	12	§ 47.	Ubezpieczenie ryzyka Leczenia Szpitalnego Dziecka Ubezpieczonego	47
§ 13.	Rozpatrywanie reklamacji	12	§ 48.	Ubezpieczenie ryzyka Rehabilitacji Nowonarodzonego Dziecka Ubezpieczonego	48
§ 14.	Wyplata świadczenia. Ubezpieczenie na cudzy rachunek. Postanowienia uzupełniające	12	§ 49.	Ubezpieczenie ryzyka przeprowadzenia postępowania medycznego podczas Hospitalizacji Dziecka Ubezpieczonego	48
II.	Świadczenia ubezpieczeniowe – część 1	13	§ 50.	Ubezpieczenie ryzyka Poważnego Zachorowania Dziecka Ubezpieczonego	49
§ 15.	Ubezpieczenie ryzyka Śmierci Ubezpieczonego	13	§ 51.	Ubezpieczenie ryzyka urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego	53
§ 16.	Ubezpieczenie ryzyka osierocenia Dziecka Ubezpieczonego	14	§ 52.	Ubezpieczenie ryzyka urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego w systemie świadczeń progresywnych	53
III.	Świadczenia ubezpieczeniowe – część 2	14	§ 53.	Ubezpieczenie ryzyka urodzenia Dziecka martwego lub poronienia	54
§ 17.	Ubezpieczenie ryzyka śmierci wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu	14	§ 54.	Ubezpieczenie ryzyka śmierci rodzica Ubezpieczonego	54
§ 18.	Ubezpieczenie ryzyka Leczenia Szpitalnego	15	§ 55.	Ubezpieczenie „Zagraniczna Opinia Lekarska”	54
§ 19.	Ubezpieczenie ryzyka Leczenia Szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych	15	§ 56.	Usługi Assistance – wariant II	56
§ 20.	Ubezpieczenie ryzyka przeprowadzenia postępowania medycznego podczas Hospitalizacji	16	§ 57.	Usługi Assistance – wariant III	56
§ 21.	Ubezpieczenie ryzyka Poważnego Zachorowania	18	§ 58.	Program Assistance III	56
§ 22.	Ubezpieczenie ryzyka zachorowania na nowotwór złośliwy „Rakassistance”	23	Załącznik nr 1	Wykaz postępowań medycznych przeprowadzonych podczas hospitalizacji ubezpieczonego oraz podana w % sumy ubezpieczenia wysokość świadczeń ubezpieczeniowych	57
§ 23.	Ubezpieczenie ryzyka wystąpienia Poważnego Stanu Chorobowego	24	Załącznik nr 2	Wykaz postępowań medycznych przeprowadzonych podczas hospitalizacji dziecka ubezpieczonego oraz podana w % sumy ubezpieczenia wysokość świadczeń ubezpieczeniowych	69
§ 24.	Ubezpieczenie ryzyka leczenia specjalistycznego	28	Załącznik nr 3	Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia Assistance – wariant II nr PGO/AS2/2016/1	80
IV.	Świadczenia ubezpieczeniowe – część 3	28	Załącznik nr 4	Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia Assistance – wariant III nr PGO/AS3/2017/1	85
§ 25.	Ubezpieczenie ryzyka śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	28	Załącznik nr 5	Warunki szczególne programu Assistance III sygnatura nr WS/PAS3/2017/1	90
§ 26.	Ubezpieczenie ryzyka Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	29			
§ 27.	Ubezpieczenie ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	30			
§ 28.	Ubezpieczenie ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w systemie świadczeń progresywnych	31			
§ 29.	Ubezpieczenie ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu	32			
§ 30.	Ubezpieczenie ryzyka Leczenia Szpitalnego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	33			
§ 31.	Ubezpieczenie ryzyka Rehabilitacji	33			
§ 32.	Ubezpieczenie ryzyka Rekonwalescencji	34			
§ 33.	Ubezpieczenie ryzyka śmierci Małżonka Ubezpieczonego	35			
§ 34.	Ubezpieczenie ryzyka śmierci Małżonka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	35			

Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA

ul. Inflancka 4b, 00-189 Warszawa
tel. +48 22 557 44 44
e-mail: bok@aviva.pl, www.aviva.pl