

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DLA MAŁYCH I ŚREDNICH FIRM

Obowiązują od 13 lutego 2026 roku

Spis treści

Wykaz istotnych informacji zawartych w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm z uwzględnieniem definicji zawartych w OWU (Skorowidz)	6
Artykuł I Postanowienia ogólne	12
Artykuł II Definicje	12
Artykuł III Przedmiot i zakres odpowiedzialności	15
Artykuł IV Zawarcie Umowy ubezpieczenia	17
Artykuł V Przystępowanie do Umowy ubezpieczenia	17
Artykuł VI Zawieszenie opłacania składek	18
Artykuł VII Prawa i obowiązki Stron	18
Artykuł VIII Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	19
Artykuł IX Zmiany w Umowie ubezpieczenia	19
Artykuł X Składki	
Artykuł XI Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa	20
Artykuł XII Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa	21
Artykuł XIII Wypłata świadczenia	22
Artykuł XIV Uprawnieni do świadczenia	23
Artykuł XV Umowy Dodatkowe	23
1. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	23
2. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy	23
3. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	24
4. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub katastrofy naturalnej	24
5. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	24
6. Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej	24
7. Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku	25
8. Umowa Dodatkowa dotycząca całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji	25
9. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	25
10. Umowa Dodatkowa dotycząca urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu u Ubezpieczonego	26
11. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy	26
12. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	27
13. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I	27
14. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant II	28
15. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy	28
16. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego – choroby infekcyjne	29
17. Umowa Dodatkowa dotycząca leczenia specjalistycznego	30
18. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Ubezpieczonego	30
19. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Ubezpieczonego – otwarty katalog operacji	31
20. Umowa Dodatkowa dotycząca zabiegów specjalistycznych	32
21. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu	32
22. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku	33
23. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy	33
24. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego	34
25. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu	34
26. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na oddziale psychiatrycznym	34
27. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu uzdrowiskowym	35

28. Umowa Dodatkowa dotycząca ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	35
29. Umowa Dodatkowa dotycząca rekonwalescencji Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby	35
30. Umowa Dodatkowa dotycząca rekonwalescencji Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	36
31. Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku	36
32. Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	36
33. Umowa Dodatkowa dotycząca rehabilitacji medycznej.	37
34. Umowa Dodatkowa dotycząca rehabilitacji medycznej wskutek nieszczęśliwego wypadku	37
35. Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów wizyty Ubezpieczonego u lekarza specjalisty	37
36. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka albo Partnera	37
37. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka albo Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku	38
38. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka albo Partnera wskutek wypadku komunikacyjnego	38
39. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku	38
40. Umowa Dodatkowa dotycząca urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera	39
41. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Współmałżonka albo Partnera w szpitalu	39
42. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Współmałżonka albo Partnera w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku	40
43. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Współmałżonka albo Partnera	40
44. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Współmałżonka albo Partnera	41
45. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Współmałżonka albo Partnera – otwarty katalog operacji	41
46. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka	42
47. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku	42
48. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka wskutek wypadku komunikacyjnego	42
49. Umowa Dodatkowa dotycząca osierocenia Dziecka	43
50. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku	43
51. Umowa Dodatkowa dotycząca urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka	43
52. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Dziecka	43
53. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Dziecka	44
54. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Dziecka – otwarty katalog operacji	44
55. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu	45
56. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu – świadczenie dzienne	45
57. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku	46
58. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka	46
59. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka rozszerzonego o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną	47
60. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka martwego	47
61. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka martwego lub poronienia	47
62. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców	47
63. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów albo rodziców Partnera.	47
64. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców wskutek nieszczęśliwego wypadku.	48
65. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów albo rodziców Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku	48
66. Umowa Dodatkowa dotycząca pomocy medycznej	48
67. Umowa Dodatkowa dotycząca drugiej opinii medycznej	51
68. Umowa Dodatkowa dotycząca assistance fitness	54
69. Umowa dodatkowa dotycząca assistance – wsparcie po urodzeniu dziecka	56
70. Umowa Dodatkowa dotycząca urlopu dla poratowania zdrowia nauczyciela	56
71. Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej	57

Artykuł XVI Indywidualna kontynuacja	.57
Artykuł XVII Skargi i zażalenia	.57
Artykuł XVIII Postanowienia końcowe	.58
Załącznik nr 1 Tabela uszczerbków na zdrowiu	.59
Załącznik nr 2 Katalog poważnych zachorowań	.73
Załącznik nr 3 Katalog Operacji Chirurgicznych	.77
Załącznik nr 4 Katalog zabiegów specjalistycznych	.89
Załącznik nr 5 Tabela przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	.91
Załącznik nr 6 Katalog poważnych zachorowań dziecka	.98
Załącznik nr 7 Katalog wad wrodzonych	.101
Załącznik nr 8 Katalog chorób infekcyjnych	.103
Ogólne warunki umowy dodatkowej „Mediplan”	.106
Ogólne warunki umowy dodatkowej „Mediplan pakiet dziecko”	.117

Wykaz istotnych informacji zawartych w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm z uwzględnieniem definicji zawartych w OWU (Skorowidz)

	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
	Numer zapisu z wzorca umownego	
Postanowienia dla umowy podstawowej i umów dodatkowych:	Art. III ust. 2 i 5, Art. V ust. 13	Art. V ust. 13 Art III ust. 6 Art. XII, Art XIII ust. 8
	Postanowienia dla umów dodatkowych:	
Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW	Art. XV ust. 1 pkt 1 i 4	Art. XV ust. 1 pkt 2
Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW przy pracy	Art. XV ust. 2 pkt 1 i 4	Art. XV ust. 2 pkt 2
Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	Art. XV ust. 3 pkt 1 i 5	Art. V ust. 3 pkt 2 i 3
Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW lub katastrofy naturalnej	Art. XV ust. 4 pkt 2 i 5	Art. XV ust. 4 pkt 3
Śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	Art. XV ust. 5 pkt 1 i 3 i 6	Art. XV ust. 5 pkt 4
Niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej	Art. XV ust. 6 pkt 2 i 7	Art. XV ust. 6 pkt 1 i 2 i 3 i 4 i 7
Niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek NW	Art. XV ust. 7 pkt 2 i 6	Art. XV ust. 7 pkt 1 i 2 i 3 i 6

Niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji	Art. XV ust. 8 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 8 pkt 1 i 4
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek NW	Art. XV ust. 9 pkt 1 i 5 i 6	Art. XV ust. 9 pkt 2 i 6 i 7 i 8 i 9 i 10 i 11
Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu u Ubezpieczonego	Art. XV ust. 10 pkt 3 i 7	Art. XV ust. 10 pkt 2 i 4 i 5
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek NW przy pracy	Art. XV ust. 11 pkt 1 i 5 i 6	Art. XV ust. 11 pkt 2 i 6 i 7 i 8 i 10 i 11 i 12
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	Art. XV ust. 12 pkt 1 i 2 i 6 i 7	Art. XV ust. 12 pkt 3 i 7 i 8 i 9 i 10 i 11 i 12
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego – Wariant I	Art. XV ust. 13 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 13 pkt 1 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego – Wariant II	Art. XV ust. 14 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 14 pkt 1 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8 i 11
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy	Art. XV ust. 15 pkt 2 i 4 i 5 i 6 i 7	Art. XV ust. 15 pkt 3 i 4 i 8 i 9 i 10
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego – choroby infekcyjne	Art. XV ust. 16 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 16 pkt 1 i 4 i 5
Leczenie specjalistyczne	Art. XV ust. 17 pkt 1 i 2	Art. XV ust. 17 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 7
Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego	Art. XV ust. 18 pkt 1 i 2 i 7	Art. XV ust. 18 pkt 3 i 4 i 5 i 6
Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego – otwarty katalog operacji	Art. XV ust. 19 pkt 3 i 4 i 7 i 8 i 9 i 10	Art. XV ust. 19 pkt 1 i 2 i 3 i 5 i 6 i 7 i 8 i 9 i 10
Zabiegi specjalistyczne	Art. XV ust. 20 pkt 3 i 5 i 6	Art. XV ust. 20 pkt 1 i 2 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8

Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu	Art. XV ust. 21 pkt 2 i 3 i 4 i 5 i 6 i 14	Art. XV ust. 21 pkt 1 i 5 i 7 i 8 i 9 i 10 i 11 i 12 i 13
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW	Art. XV ust. 22 pkt 2 i 3 i 4 i 5 i 6	Art. XV ust. 22 pkt 1 i 4 i 7 i 8 i 9 i 10 i 11
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW przy pracy	Art. XV ust. 23 pkt 1 i 2 i 3	Art. XV ust. 23 pkt 4 i 5 i 6 i 7 i 8
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego	Art. XV ust. 24 pkt 1 i 2 i 3	Art. XV ust. 24 pkt 4 i 5 i 6 i 7 i 8
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu	Art. XV ust. 25 pkt 1 i 2 i 3	Art. XV ust. 25 pkt 4 i 5 i 6 i 7 i 8
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na oddziale psychiatrycznym	Art. XV ust. 26 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 26 pkt 4 i 7
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu uzdrowiskowym	Art. XV ust. 27 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 27 pkt 4 i 7
Ryczałtowe pokrycie kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	Art. XV ust. 28 pkt 2 i 3 i 4 i 7	Art. XV ust. 28 pkt 1 i 5 i 6
Rekonwalescencja Ubezpieczonego wskutek NW lub choroby	Art. XV ust. 29 pkt 3 i 4	Art. XV ust. 29 pkt 1 i 2 i 5 i 6
Rekonwalescencja Ubezpieczonego wskutek NW	Art. XV ust. 30 pkt 3 i 4	Art. XV ust. 30 pkt 1 i 2 i 5 i 6
Refundacja kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych	Art. XV ust. 31 pkt 1 i 3	Art. XV ust. 31 pkt 1 i 2 i 3
Refundacja kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie NW	Art. XV ust. 32 pkt 1 i 2 i 4	Art. XV ust. 32 pkt 3 i 4
Rehabilitacja medyczna	Art. XV ust. 33 pkt 2 i 7 i 8	Art. XV ust. 33 pkt 1 i 3 i 4 i 5 i 6 i 10
Rehabilitacja medyczna wskutek NW	Art. XV ust. 34 pkt 2 i 7 i 8	Art. XV ust. 34 pkt 1 i 3 i 4 i 5 i 6 i 10

Refundacja kosztów wizyty Ubezpieczonego u lekarza specjalisty	Art. XV ust. 35 pkt 1 i 2	Art. XV ust. 35 pkt 2
Śmierć Współmałżonka albo Partnera	Art. XV ust. 36 pkt 1	Art. XV ust. 36 pkt 3 i 4 i 5
Śmierć Współmałżonka albo Partnera wskutek NW	Art. XV ust. 37 pkt 1 i 4	Art. XV ust. 37 pkt 3
Śmierć Współmałżonka albo Partnera wskutek NW komunikacyjnego	Art. XV ust. 38 pkt 1 i 6	Art. XV ust. 38 pkt 3 i 4
Trwały uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera wskutek NW	Art. XV ust. 39 pkt 1 i 6 i 10	Art. XV ust. 39 pkt 3 i 7 i 8 i 9 i 10 i 11 i 12
Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera	Art. XV ust. 40 pkt 3 i 7	Art. XV ust. 40 pkt 2 i 4 i 5
Pobyt Współmałżonka albo Partnera w szpitalu	Art. XV ust. 41 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8	Art. XV ust. 41 pkt 1 i 9 i 7 i 10 i 11 i 12 i 13 i 14 i 15
Pobyt Współmałżonka albo Partnera w szpitalu wskutek NW	Art. XV ust. 42 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 7	Art. XV ust. 42 pkt 1 i 5 i 8 i 9 i 10 i 11 i 12
Poważne zachorowanie Współmałżonka albo Partnera	Art. XV ust. 43 pkt 1 i 3	Art. XV ust. 43 pkt 4 i 5 i 6 i 7 i 8
Operacje chirurgiczne Współmałżonka albo Partnera	Art. XV ust. 44 pkt 1 i 3	Art. XV ust. 44 pkt 4 i 5 i 6 i 7
Operacje chirurgiczne Współmałżonka albo Partnera – otwarty katalog operacji	Art. XV ust. 45 pkt 2 i 4 i 7 i 8 i 9 i 10	Art. XV ust. 45 pkt 1 i 2 i 5 i 6 i 7 i 8 i 10
Śmierć Dziecka	Art. XV ust. 46 pkt 1	Art. XV ust. 46 pkt 2
Śmierć Dziecka wskutek NW	Art. XV ust. 47 pkt 1 i 3	Art. XV ust. 47 pkt 2
Śmierć Dziecka wskutek wypadku komunikacyjnego	Art. XV ust. 48 pkt 1 i 5	Art. XV ust. 48 pkt 2 i 3
Osierocenie Dziecka	Art. XV ust. 49 pkt 1	Art. XV ust. 49 pkt 2
Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka wskutek NW	Art. XV ust. 50 pkt 1 i 5	Art. XV ust. 50 pkt 2 i 6 i 7 i 8 i 9 i 10 i 11

Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka	Art. XV ust. 51 pkt 3 i 4	Art. XV ust. 51 pkt 1 i 4 i 5 i 6
Poważne zachorowanie Dziecka	Art. XV ust. 52 pkt 1 i 2	Art. XV ust. 52 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 7
Operacje chirurgiczne Dziecka	Art. XV ust. 53 pkt 1 i 2 i 7	Art. XV ust. 53 pkt 3 i 4 i 5 i 6
Operacje chirurgiczne Dziecka – otwarty katalog operacji	Art. XV ust. 54 pkt 2 i 3 i 6 i 7 i 9	Art. XV ust. 54 pkt 1 i 2 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8 i 10
Pobyt Dziecka w szpitalu	Art. XV ust. 55 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 55 pkt 1 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8
Pobyt Dziecka w szpitalu – świadczenie dzienne	Art. XV ust. 56 pkt 2 i 3 i 4 i 5 i 6 i 7	Art. XV ust. 56 pkt 1 i 5 i 6 i 8 i 9 i 10 i 11 i 12 i 13 i 14
Pobyt Dziecka w szpitalu wskutek NW	Art. XV ust. 57 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 57 pkt 1 i 4 i 5 i 6 i 8
Urodzenie Dziecka	Art. XV ust. 58 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 58 pkt 1
Urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną	Art. XV ust. 59 pkt 2 i 3 i 4 i 5	Art. XV ust. 59 pkt 1 i 6
Urodzenie Dziecka martwego	Art. XV ust. 60 pkt 2	Art. XV ust. 60 pkt 1
Urodzenie Dziecka martwego lub poronienie	Art. XV ust. 61 pkt 2	Art. XV ust. 61 pkt 1 i 2 i 3
Śmierć Rodziców	Art. XV ust. 62 pkt 1	Art. XV ust. 62 pkt 2 i 4 i 5
Śmierć Teściów albo rodziców Partnera	Art. XV ust. 63 pkt 1	Art. XV ust. 63 pkt 3 i 5 i 6
Śmierć Rodziców wskutek NW	Art. XV ust. 64 pkt 1 i 3	Art. XV ust. 64 pkt 2 i 4 i 5
Śmierć Teściów albo rodziców Partnera wskutek NW	Art. XV ust. 65 pkt 1 i 6	Art. XV ust. 65 pkt 3 i 4 i 5
Pomoc medyczna	Art. XV ust. 66 pkt 3 i 6 i 8 i 11	Art. XV ust. 66 pkt 5 i 9 i 11
Druga opinia medyczna	Art. XV ust. 67 pkt 2 i 3 i 4 i 6	Art. XV ust. 67 pkt 6 i 7

Assistance fitness	Art. XV ust. 68 pkt 3 i 6	Art. XV ust. 68 pkt 5 i 7 i 8 i 9 i 11
Assistance – wsparcie po urodzeniu dziecka	Art. XV ust. 69 pkt 4 i 5	Art. XV ust. 69 pkt 6 i 8 i 9 i 10
Urlop dla poratowania zdrowia nauczyciela	Art. XV ust. 70 pkt 1 i 2	Art. XV ust. 70 pkt 3
Niezdolność do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej	Art. XV ust. 71 pkt 1 i 2 i 3	Art. XV ust. 71 pkt 3 i 4 i 5

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DLA MAŁYCH I ŚREDNICH FIRM NR 10/2026

Artykuł I

Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla małych i średnich firm nr 10/2026, zwane dalej „OWU”, stanowią podstawę zawarcia Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie, zwanej dalej „Umową ubezpieczenia” zawieraną na rachunek Ubezpieczonych pomiędzy Ubezpieczającym a Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., zwaną dalej „Towarzystwem”.

Artykuł II

Definicje

Wymienione poniżej terminy użyte w OWU, we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, w Polisie oraz w innych pismach i dokumentach związanych z Umową ubezpieczenia definiuje się następująco:

1. **abłacja** – zabieg, polegający na zniszczeniu dodatkowej drogi przewodzenia w sercu, wykonywany w celu leczenia zaburzeń rytmu serca Ubezpieczonego;
2. **akt terroryzmu** – użycie przemocy przeciw społeczeństwu lub grupie społecznej z zamiarem ich zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych, światopoglądowych, religijnych, rasowych lub społecznych;
3. **całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji** – niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji rozumiana jako naruszenie sprawności organizmu powodujące konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, orzekana przez lekarza orzecznika właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym względem osoby, która całkowicie utraciła zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy na okres co najmniej 12 miesięcy;
4. **ciąża mnoga** – inaczej ciąża wielopłodowa, występująca w przypadku jednoczesnego rozwoju wewnątrz macicy więcej niż jednego zarodka;
5. **ciężki udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorom materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich wymienionych niżej okoliczności:
 - a) obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych, odpowiadających udarowi mózgu;
 - b) utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
 - c) obecność nowych zmian, charakterystycznych dla udaru mózgu, w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej, lub jądrowym rezonansie magnetycznym);
 - d) istnienie trwałych deficytów neurologicznych musi być potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 60 dni od daty zdarzenia.
 Termin nie obejmuje:
 - a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - b) zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;
 - c) objawów mózgowych spowodowanych migreną;
 - d) uszkodzenia mózgu spowodowane zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
 - e) chorób naczyniowych dotyczących oka, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
6. **certyfikat** – dokument potwierdzający przystąpienie Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia;
7. **chemioterapia** – metoda leczenia choroby nowotworowej Ubezpieczonego za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L01 według klasyfikacji ATC. Chemioterapią w rozumieniu OWU nie jest stosowanie w leczeniu choroby nowotworowej wyłącznie leków hormonalnych (L02), immunostymulujących (L03) i immunosupresyjnych (L04) według klasyfikacji ATC.;
8. **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
9. **choroba zawodowa** – choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym. Zgodnie z wykazem chorób zawodowych ogłoszonym w załączniku do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych – chorobami zawodowymi nauczycieli są:
 - a) guzki głosowe twarde – małe okrągłe twory występujące w przedniej i środkowej części strun głosowych, powodujące drżenie głosu i chrypkę przy dłuższym mówieniu;
 - b) wtórne zmiany przerostowe fałdów głosowych (objawiające się pogrubieniem strun głosowych) lub ograniczone zmiany przerostowe (np. polipy krtani) – zmiany powodujące chrypkę i obniżenie głosu;
 - c) niedowład mięśni przywodzących i napinających fałdy głosowe z niedomykalnością fonacyjną głosi i trwałą dysfonią (niepełnym zwarciem strun głosowych podczas fonacji) – zmiany powodujące stałą chrypkę oraz czasowy bezgłos;
10. **data początku ochrony ubezpieczeniowej (odpowiedzialności Towarzystwa)** – data przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia;
11. **data zatrudnienia** – pierwsza data nawiązania pomiędzy Pracownikiem a Ubezpieczającym stosunku pracy bądź innego stosunku prawnego zaakceptowanego przez Towarzystwo, jeżeli nie nastąpiła żadna przerwa w czasie trwania tego stosunku;
12. **deklaracja** – dokument, w którym Pracownik/Współmałżonek/Partner/Pełnoletnie dziecko wyraża wolę skorzystania z zastrzeżonej na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej; może on zostać złożony w postaci papierowej deklaracji (forma pisemna) lub postaci formularza elektronicznego (forma dokumentowa) za pomocą aplikacji Generali lub innej postaci formy dokumentowej;
13. **dializoterapia** – hemodializa lub dializa otrzewnowa, stosowana u Ubezpieczonego z powodu przewlekłej niewydolności nerek (definicja nie obejmuje przypadków, gdy dializa zastosowana była w leczeniu przejściowej / ostrej niewydolności nerek);
14. **dziecko** – o ile Umowa Dodatkowa nie stanowi inaczej, dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione, które urodziło się żywe po 22. tygodniu trwania ciąży i które nie ukończyło 26 lat lub bez względu na wiek, pod warunkiem że jest niezdolne do samodzielnej egzystencji powstałej przed ukończeniem 26 roku życia;
15. **huragan** – działanie wiatru o prędkości nie mniejszej niż 24,5 m/sec według danych podanych przez Instytut Meteorologii i Gospodarki Wodnej;
16. **karencja** – okres, w którym odpowiedzialność Towarzystwa zostaje ograniczona do następstw nieszczęśliwych wypadków;
17. **kardiowerter/defibrylator** – urządzenie elektroniczne z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną wszczepiane Ubezpieczonemu, który ma poważne zaburzenia rytmu pochodzenia komorowego lub epizody nagłego zatrzymania krążenia;
18. **leczenie specjalistyczne** – proces związany z przeprowadzeniem leczenia niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego układu lub narządu Ubezpieczonego;

19. **lekarz specjalista** – osoba wykonująca zawód lekarza, posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, w jednej z następujących specjalizacji: chirurg ogólny, kardiolog, laryngolog, okulista;
20. **limit automatycznej akceptacji** – ustalana przez Towarzystwo i wskazana w Umowie ubezpieczenia maksymalna wysokość sumy ubezpieczenia, z tytułu Umowy Podstawowej oraz Umów Dodatkowych obejmujących swym zakresem zdarzenia wymienione w Art. III ust. 3 pkt 5), 6), 8), 12) – 21), 25) – 28), 33), 35) oraz 49) z jaką Towarzystwo może udzielić ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu bez dokonywania oceny ryzyka medycznego;
21. **Macocha** – żona ojca Ubezpieczonego lub Współmałżonka, niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego lub Współmałżonka, albo wdowa po ojcu Ubezpieczonego lub Współmałżonka, jak również wdowa po ojcu Ubezpieczonego lub wdowa po ojcu Współmałżonka niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego lub Współmałżonka, jeżeli nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
22. **miesięcznica polisy** – każdy taki sam dzień kolejnego miesiąca kalendarzowego następującego po dacie początku okresu ubezpieczenia, a jeżeli przypada w dniu, którego nie ma w danym miesiącu kalendarzowym, to jest to ostatni dzień tego miesiąca kalendarzowego;
23. **nauczyciel** – nauczyciel, wychowawca lub inny pracownik pedagogiczny zatrudniony w placówce oświatowej
24. **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe zdarzenie, wywołane gwałtownie i nagle działającą przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli oraz stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca lub udaru mózgu, przeciążenia oraz innych chorób, nawet występujących nagle;
25. **niezdolność do pracy zarobkowej** – całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub do prowadzenia działalności gospodarczej;
26. **niezdolność do pracy w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej** – trwała niezdolność do wykonywania obowiązków w zawodzie nauczyciela związana z wystąpieniem u Ubezpieczonego choroby narządu głosu, która może być uznana za chorobę zawodową pod warunkiem, że lekarz medycyny pracy wyda opinię o rozpoznaniu choroby zawodowej, a właściwy państwowy inspektor sanitarny, na podstawie rozpoznania lekarskiego oraz oceny narażenia zawodowego stwierdzi u danego Ubezpieczonego wystąpienie choroby zawodowej zgodnie z przepisami rozporządzenia Rady Ministrów z 30 czerwca 2009 r w sprawie chorób zawodowych;
27. **OIOM (oddział intensywnej opieki medycznej)** – wyodrębniony organizacyjnie w strukturach Szpitala oddział zapewniający całodobową specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgnarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w przypadku ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych.
W rozumieniu OWU pojęcie OIOM obejmuje także:
 - a) oddział intensywnej terapii;
 - b) oddział anestezjologii i intensywnej terapii;
 - c) oddział intensywnego nadzoru medycznego;
 - d) salę intensywnego nadzoru, wydzieloną w strukturze oddziału szpitalnego, spełniającą kryteria opisane powyżej.
28. **Ojczym** – mąż matki Ubezpieczonego lub Współmałżonka, niebędący biologicznym ojcem odpowiednio Ubezpieczonego lub Współmałżonka, jak również wdowiec po matce Ubezpieczonego lub wdowiec po matce Współmałżonka niebędący biologicznym ojcem odpowiednio Ubezpieczonego lub Współmałżonka, jeżeli nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
29. **okres rozliczeniowy** – okres pomiędzy kolejnymi terminami należności składki, określonymi w Polisie;
30. **okres ubezpieczeniowy** – okres wyznaczony poprzez określone w Polisie daty początku i końca odpowiedzialności Towarzystwa;
31. **operacja chirurgiczna** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonywany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym przez uprawnionego lekarza o specjalności zabiegowej, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub układu, albo mający na celu usunięcie ogniska chorobowego. Operacjami, w rozumieniu OWU, nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych (biopsja, pobranie wycinków, operacja zwiadowcza), drobne zabiegi chirurgiczne oraz zabiegi niebędące koniecznością medyczną. Definicja obejmuje tylko i wyłącznie przypadki umieszczone w Katalogu Operacji Chirurgicznych, stanowiącym Załącznik nr 3 do OWU, z zastrzeżeniem, że Umowy dodatkowe dotyczące Operacji chirurgicznych – otwarty katalog operacji, nie zawierają przypadków wskazanych w tym Załączniku;
32. **Osoba współpracująca** – za osobę współpracującą uważa się Współmałżonka, dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego, rodziców Ubezpieczonego pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym i współpracujących przy prowadzeniu działalności, zarejestrowane w ZUS jako osoby współpracujące lub osoby fizyczne świadczące na rzecz Ubezpieczającego pracę w oparciu o umowę o współpracę;
33. **Partner** – osoba pozostająca w związku nieformalnym z Pracownikiem lub Pełnoletnim dzieckiem, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, wskazana przez Pracownika, Partnera lub Pełnoletnie dziecko w oświadczeniu. Wskazanie Partnera możliwe jest w momencie przystępowania do ubezpieczenia ze skutkiem od dnia przystąpienia lub w trakcie roku polisowego ze skutkiem od dnia następnego po otrzymaniu tego wskazania przez Towarzystwo. Pracownik może zmienić wskazanie Partnera tylko jeden raz w trakcie danego roku polisowego. Wskazanie Partnera oznacza, że ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umów Dodatkowych dotyczących Współmałżonka będą objęte zdarzenia dotyczące wyłącznie Partnera – również wówczas, gdy Ubezpieczony formalnie pozostaje lub będzie pozostawał na dzień zdarzenia w związku małżeńskim z inną osobą;
34. **Pełnoletnie dziecko** – dziecko własne lub dziecko przysposobione Pracownika, które ukończyło 18 rok życia;
35. **placówka oświatowa** – żłobek, przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum, szkoła ponadgimnazjalna, zespół szkół, szkoła sportowa oraz szkoła mistrzostwa sportowego, szkoła artystyczna, placówka oświatowa – wychowawcza umożliwiająca rozwijanie zainteresowań i uzdolnień oraz korzystanie z różnych form wypoczynku i organizacji czasu wolnego, a także placówka o charakterze integracyjnym i specjalnym służąca kształceniu osób upośledzonych bądź inna placówka oświatowa zaakceptowana przez Towarzystwo przed zawarciem Umowy;
36. **placówka rehabilitacyjna** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest prowadzenie zabiegów rehabilitacji, w szczególności do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający wykwalifikowanych rehabilitantów, przy czym definicja „placówki rehabilitacyjnej” nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka wypoczynkowego ani jakiejkolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
37. **pobyt Dziecka w szpitalu** – pobyt Dziecka w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia Dziecka. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia Dziecka do szpitala do daty wypisania ze szpitala;
38. **pobyt w szpitalu** – pobyt w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 1 dzień, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala;
39. **pobyt w szpitalu na oddziale psychiatrycznym** – pobyt na oddziale psychiatrycznym w zakładzie opieki lecznictwa zamkniętego, który działa zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgnarską i lekarską całodobowej opieki medycznej oraz leczenie; szpitalem w rozumieniu warunków ubezpieczenia nie jest ośrodek leczenia uzależnień (od alkoholu, narkotyków lub leków), oddział dzienny lub ośrodek sanatoryjny dla osób z zaburzeniami psychicznymi, zakład pielęgnacyjny – opiekuńczy, zakład opiekuńczo – leczniczy;

40. **pobyt w szpitalu uzdrowiskowym** (zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego) – pobyt w zakładzie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, działający na obszarze uzdrowiska, utworzony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, w ramach kierunków leczniczych i przeciwwskazań ustalonych dla danego uzdrowiska, w szczególności wykorzystujących warunki naturalne uzdrowiska przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
41. **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia;
42. **poronienie** – wydalenie lub wydobycie z ustroju matki zarodka lub płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnych innych oznak życia, takich jak: czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło to przed upływem 22. tygodnia ciąży;
43. **poważne zachorowanie** – choroba, zabieg lub operacja zgodne z zakresem określonym w warunkach odpowiednich Umów Dodatkowych dotyczących poważnych zachorowań;
44. **powódź** – bezpośrednie zalanie terenów w wyniku podniesienia się poziomu wody w korytach wód płynących lub zbiornikach wód stojących, sztucznych lub naturalnych zgodnie z komunikatem wydanym przez Instytut Meteorologii i Gospodarki Wodnej;
45. **pożar** – ogień, który przedostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i rozprzestrzenił się o własnej sile;
46. **Pracownik** – osoba fizyczna pozostająca z Ubezpieczającym w stosunku pracy, bądź w innym stosunku prawnym zaakceptowanym przez Towarzystwo. Za Pracownika uznawana jest również osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą występująca w Umowie ubezpieczenia jako **Ubezpieczający** lub **Osoba współpracująca**;
47. **prolongata** – liczba dni, o które Towarzystwo odroczyło opłacenie składki całkowitej, licząc od terminu należności składki. W okresie prolongaty Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej przewidzianej w danej Umowie ubezpieczenia;
48. **przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
49. **przysposobienie** – powstanie takiego stosunku pomiędzy przysposabiającym a przysposobionym, jak między rodzicami a dziećmi (w tym przysposobienie pełne nierozwiązywalne/całkowite potwierdzone aktem urodzenia dziecka, w którym przysposabiający wymieniony jest jako rodzic dziecka);
50. **radioterapia** – leczenie choroby nowotworowej Ubezpieczonego za pomocą promieniowania jonizującego;
51. **rehabilitacja (zabiegi rehabilitacyjne)** – integralna część leczenia poszpitalnego, która ma na celu zmniejszenie fizycznych i psychicznych następstw choroby lub wypadku oraz przywrócenie maksymalnej sprawności fizycznej lub psychicznej, przeprowadzana na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w ciągu 3 miesięcy od daty zakończenia pobytu w szpitalu, którego jest następstwem lub po zakończeniu leczenia niezbędnego do rozpoczęcia rehabilitacji, jednak nie dłużej niż w ciągu 12 miesięcy od daty zakończenia pobytu w szpitalu;
52. **rekonwalescencja** – okres powrotu Ubezpieczonego do zdrowia, następujący bezpośrednio po pobycie w szpitalu, potwierdzony zwolnieniem lekarskim wystawionym na Ubezpieczonego i wydanym przez ten szpital. Do okresu rekonwalescencji nie wlicza się okresu zwolnienia lekarskiego obejmującego pobyt w szpitalu;
53. **rocznica Polisy** – każda kolejna rocznica określonej w Polisie daty początku okresu ubezpieczenia;
54. **Rodzic** – ojciec lub matka Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także Macocha lub Ojczym Ubezpieczonego, o ile nie żyje ojciec lub matka Ubezpieczonego;
55. **rok polisowy** – każdy rok trwania Umowy ubezpieczenia, liczony od dnia zawarcia umowy do dnia poprzedzającego rocznicę polisy;
56. **rozrusznik serca (stymulator serca, kardiostymulator)** – urządzenie elektroniczne służące do pobudzania rytmu serca, wszczepiane do ciała Ubezpieczonego;
57. **składka całkowita** – suma składek ochronnych należnych za wszystkich Ubezpieczonych w danym okresie rozliczeniowym;
58. **składka ochronna** – kwota określona w Polisie i certyfikacie, przeznaczona na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego, należna w danym okresie rozliczeniowym;
59. **spożycie alkoholu** – o ile Umowa Dodatkowa nie stanowi inaczej, za spożycie alkoholu uważa się stan gdzie stężenie alkoholu we krwi wynosi co najmniej 0,5 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,25 mg w 1 dm sześciennym;
60. **suma ubezpieczenia** – określona w Polisie i certyfikacie kwota, będąca podstawą do ustalenia wysokości zobowiązania Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową;
61. **szpital** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub kraju Unii Europejskiej lub – pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski lub polski – kraju spoza Unii Europejskiej – działający zgodnie z prawem miejscowym zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów i prowadzący dla nich dzienne rejestry medyczne. Pojęcie szpital nie obejmuje domu opieki, zakładu opiekuńczo-leczniczego i pielęgnacyjno-opiekuńczego, poradni i przychodni również przyszpitalnych, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, hospicjum, szpitala uzdrowiskowego, ośrodka sanatoryjnego, rehabilitacyjnego lub wypoczynkowego, ani jakiegokolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
62. **środek lokomocji** – pojazd silnikowy, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h, a także rower oraz pojazd szynowy, statek wodny rozumiany jako urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, w tym również prom, wodolot i poduszkowiec, a także statek powietrzny, rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania powietrza innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców, spadochronów osobowych, hulajnogi elektrycznej oraz urządzeń transportu osobistego. Pojęcia „pojazd”, „rower”, „hulajnoga elektryczna”, „urządzenie transportu osobistego”, „droga”, oraz „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym;
63. **terapia interferonowa** – podawanie Ubezpieczonemu drogą pozajelitową interferonu, jako metoda leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C;
64. **termin należności składki** – data początku okresu ubezpieczenia, a następnie taki sam dzień w kolejnych okresach;
65. **Teść** – ojciec lub matka Współmałżonka w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także Macocha lub Ojczym Współmałżonka, o ile nie żyje ojciec lub matka Współmałżonka;
66. **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. Obejmuje tylko i wyłącznie przypadki umieszczone w Tabeli uszczerbków na zdrowiu, stanowiącej Załącznik nr 1 do OWU;
67. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zawierająca Umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacania składek;

68. **Ubezpieczony** – osoba, która przystąpiła do Umowy ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być Pracownik a także Współmałżonek/Partner/ Pełnoletnie dziecko, pod warunkiem przystąpienia do Umowy ubezpieczenia zarówno Współmałżonka/Partnera/ Pełnoletniego dziecka jak i samego Pracownika;
69. **uderzenie pioruna** – bezpośrednie oddziaływanie siły i temperatury pochodzących z wyładowania atmosferycznego (pioruna) lub bezpośredni, natychmiastowy skutek takiego wyładowania, w tym jego pośrednich skutków w postaci przebiegu;
70. **Umowa ubezpieczenia** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie, zawarta na podstawie OWU na rachunek Ubezpieczonych pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem będącymi stronami tejże Umowy, z tytułu której Towarzystwo świadczy ochronę ubezpieczeniową w ramach Umowy Podstawowej oraz wybranych przez Ubezpieczającego Umów Dodatkowych;
71. **Umowa Dodatkowa** – umowa rozszerzająca zakres Umowy Podstawowej o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe;
72. **Umowa Podstawowa** – Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie OWU, obejmująca zakresem odpowiedzialności śmierć Ubezpieczonego;
73. **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci;
74. **Uposażony zastępczy** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wszyscy Uposażeni nie żyją lub utracili prawo do świadczenia;
75. **urlop dla poratowania zdrowia nauczyciela** – co najmniej 180-dniowy, płatny urlop udzielony Ubezpieczonemu i spełniający łącznie następujące warunki:
- urlop został udzielony przez dyrektora placówki oświatowej w której Ubezpieczony jest zatrudniony w pełnym wymiarze zajęć na czas nieokreślony, z zastrzeżeniem że przesłanka nie dotyczy Ubezpieczonego będącego nauczycielem akademickim;
 - o potrzebie udzielenia urlopu orzekł lekarz;
 - urlop został udzielony w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego;
76. **utonięcie** – zatkanie dróg oddechowych płynem;
77. **wada wrodzona** – pojedyncza lub mnoga nieprawidłowość rozwojowa dotycząca narządów lub części ciała, a także defekty enzymatyczne prowadzące do rozwoju chorób metabolicznych, nabyte w życiu płodowym, upośledzające czynność ustroju i będące zagrożeniem dla życia Dziecka, o których mowa w Załączniku nr 7 do OWU;
78. **wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – Umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
- umowa grupowego ubezpieczenia na życie;
 - umowa Indywidualnej Kontynuacji zawarta przez Ubezpieczonego z innym ubezpieczycielem;
 - umowa Indywidualnej Kontynuacji zawarta przez Ubezpieczonego z Towarzystwem;
- w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną w okresie poprzedzającym objęcie go ochroną z tytułu Umowy ubezpieczenia zawartej z Towarzystwem oraz z tytułu której ochrona zakończyła się w przypadku umów wymienionych w pkt. a) i b) lub zakończy się w przypadku umowy wymienionej w pkt. c) w ciągu 31 dni od dnia objęcia ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia. Za wcześniejszą umowę ubezpieczenia uważa się wymienione wyżej umowy o ile zachowana została pomiędzy nimi ciągłość ochrony ubezpieczeniowej oraz przy przystępowaniu do Umowy zostały dostarczone dokumenty potwierdzające warunki i okres wcześniejszej umowy ubezpieczenia;
79. **Współmałżonek** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego oraz w stosunku do której nie została orzeczona separacja;
80. **wstrząs anafilaktyczny** – ciężka, szybko rozwijająca się reakcja anafilaktyczna (uogólniona reakcja nadwrażliwości o podłożu alergicznym lub niealergicznym), w której występuje obniżenie ciśnienia tętniczego zagrażające życiu, przebiegająca z typowymi objawami klinicznymi;
81. **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, w którym uczestniczył Ubezpieczony oraz który nastąpił:
- podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego na rzecz jego pracodawcy zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych i charakteru wykonywanej pracy lub poleceń przełożonych;
 - w czasie pozostawiania Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy;
 - w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w pkt 1), chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.
- Wypadek przy pracy musi być potwierdzony w przedstawionym Towarzystwu protokole powypadkowym sporządzonym zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy. Za wypadek przy pracy nie uważa się zdarzenia zaistniałego w drodze do lub z pracy;
82. **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako pieszy lub kierowca, lub pasażer środka lokomocji i uległ wypadkowi w związku z ruchem drogowym, wodnym lub powietrznym, a także w związku z ruchem pojazdu szynowego;
83. **zabieg specjalistyczny** – metoda leczenia, niezbędna z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub układu Ubezpieczonego, albo mająca na celu usunięcie ogniska chorobowego u Ubezpieczonego, wykonywana przez lekarza w placówce podmiotu leczniczego, działającej zgodnie z przepisami prawa miejscowego, znajdującej się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, krajów Unii Europejskiej lub krajów Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu;
84. **zadławienie** – zatkanie dróg oddechowych ciałem obcym;
85. **zawał serca** – o ile Umowa Dodatkowa nie stanowi inaczej, martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- objawy kliniczne niedokrwienia serca;
 - zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe znamienne zmiany odcinka ST - załamka T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
 - nowy ubytek żywego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
 - obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym lub w autopsji.

Artykuł III

Przedmiot i zakres odpowiedzialności

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres odpowiedzialności Towarzystwa, w ramach Umowy Podstawowej obejmuje śmierć Ubezpieczonego zaistniałą w okresie ochrony ubezpieczeniowej.

3. Na wniosek Ubezpieczającego i po akceptacji Towarzystwa, zakres odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 2, może zostać rozszerzony w ramach Umów Dodatkowych o następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
- 1) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy;
 - 3) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego;
 - 4) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub katastrofy naturalnej;
 - 5) śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu;
 - 6) niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej;
 - 7) niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 8) całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy oraz samodzielnej egzystencji;
 - 9) trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 10) uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego;
 - 11) trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy;
 - 12) trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu;
 - 13) poważne zachorowanie Ubezpieczonego – Wariant I;
 - 14) poważne zachorowanie Ubezpieczonego – Wariant II;
 - 15) poważne zachorowanie Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy;
 - 16) poważne zachorowanie Ubezpieczonego – choroby infekcyjne;
 - 17) leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego;
 - 18) operacje chirurgiczne Ubezpieczonego;
 - 19) operacje chirurgiczne Ubezpieczonego – otwarty katalog operacji;
 - 20) zabiegi specjalistyczne Ubezpieczonego;
 - 21) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu;
 - 22) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 23) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy;
 - 24) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego;
 - 25) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu;
 - 26) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na oddziale psychiatrycznym;
 - 27) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu uzdrowiskowym;
 - 28) ryczałtowe pokrycie kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu;
 - 29) rekonwalescencja Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby;
 - 30) rekonwalescencja Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 31) refundacja kosztów naprawy, zakupu lub wypożyczenia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych poniesionych przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 32) refundacja kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 33) rehabilitacja medyczna Ubezpieczonego;
 - 34) rehabilitacja medyczna Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 35) refundacja kosztów wizyty Ubezpieczonego u lekarza specjalisty;
 - 36) śmierć Współmałżonka albo Partnera;
 - 37) śmierć Współmałżonka albo Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 38) śmierć Współmałżonka albo Partnera wskutek wypadku komunikacyjnego;
 - 39) trwałe uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 40) uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera;
 - 41) pobyt Współmałżonka albo Partnera w szpitalu;
 - 42) pobyt Współmałżonka albo Partnera w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 43) poważne zachorowanie Współmałżonka albo Partnera;
 - 44) operacje chirurgiczne Współmałżonka albo Partnera;
 - 45) operacje chirurgiczne Współmałżonka albo Partnera – otwarty katalog operacji;
 - 46) śmierć Dziecka;
 - 47) śmierć Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 48) śmierć Dziecka wskutek wypadku komunikacyjnego;
 - 49) osierocenie Dziecka;
 - 50) trwałe uszczerbek na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 51) uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka;
 - 52) poważne zachorowanie Dziecka;
 - 53) operacje chirurgiczne Dziecka;
 - 54) operacje chirurgiczne Dziecka – otwarty katalog operacji;
 - 55) pobyt Dziecka w szpitalu;
 - 56) pobyt Dziecka w szpitalu – świadczenie dzienne;
 - 57) pobyt Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 58) urodzenie Dziecka;
 - 59) urodzenie Dziecka rozszerzone o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną;
 - 60) urodzenie Dziecka martwego;
 - 61) urodzenie Dziecka martwego lub poronienie;
 - 62) śmierć Rodziców;
 - 63) śmierć Teściów albo rodziców Partnera;
 - 64) śmierć Rodziców wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 65) śmierć Teściów albo rodziców Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 66) pomoc medyczna;
 - 67) druga opinia medyczna;

- 68) assistance fitness;
 - 69) assistance – wsparcie po urodzeniu dziecka;
 - 70) urlop dla poratowania zdrowia nauczyciela;
 - 71) niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej.
4. Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności potwierdza Polisa lub certyfikat.
 5. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci Ubezpieczonego z tytułu Umowy Podstawowej.
 6. W przypadku zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w ust. 3, Towarzystwo zrealizuje swoje zobowiązania zgodnie z warunkami odpowiednich Umów Dodatkowych.

Artykuł IV

Zawarcie Umowy ubezpieczenia

1. Z zastrzeżeniem ust. 5 warunkiem niezbędnym do zawarcia Umowy ubezpieczenia jest złożenie kompletnie i poprawnie wypełnionych dokumentów:
 - 1) wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia;
 - 2) kompletu deklaracji;
 - 3) wykazu osób, które podpisały deklarację;
 - 4) innych dokumentów wskazanych przez Towarzystwo.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w trybie ofertowym na podstawie wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, złożonego przez Ubezpieczającego na formularzu Towarzystwa w oparciu o propozycję grupowego ubezpieczenia na życie przedstawioną przez Towarzystwo bądź w trybie negocjacji stron. Towarzystwo ma prawo odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia bez podania przyczyny.
3. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli wolę przystąpienia do niej zadeklaruje min. 75% Pracowników Ubezpieczającego zatrudniającego od 3 do 50 Pracowników, jednak nie mniej niż 3 osoby.
4. Ubezpieczający zatrudniający od 3 do 50 Pracowników może zawrzeć z Towarzystwem tylko jedną Umowę ubezpieczenia.
5. Jeżeli informacje zawarte w dokumentach, o których mowa w ust. 1, różnią się od tych, na podstawie których została przygotowana propozycja warunków ubezpieczenia, Towarzystwo ma prawo najpóźniej w terminie 20 dni od dostarczenia wyżej wymienionych dokumentów, zaproponować nowe warunki, adekwatne do zmienionych informacji, bądź odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia, o czym poinformuje Ubezpieczającego na piśmie. W przypadku przedstawienia przez Towarzystwo nowej propozycji grupowego ubezpieczenia na życie ust. 1 stosuje się odpowiednio.
6. Umowa ubezpieczenia zawarta jest w dniu oznaczonym w Polisie jako początek okresu ubezpieczenia, który może przypadać na 1 lub 15 dzień każdego miesiąca kalendarzowego, następujący po łącznym spełnieniu warunków określonych w ust. 1.
7. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku.
8. Zawarcie Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez zawarcia Umowy Podstawowej.
9. Umowa ubezpieczenia zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile żadna ze Stron nie postanowi inaczej, z tym że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy ubezpieczenia na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej Strony na piśmie lub postaci elektronicznej (forma dokumentowa) nie później niż na 31 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego jest równoznaczne z wyrażeniem woli nieprzedłużania Umowy ubezpieczenia na kolejny okres roczny.
10. Umowy Dodatkowe mogą być zawierane w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dniu rocznicy Polisy lub za zgodą Towarzystwa w wybraną miesięcznicę polisy.

Artykuł V

Przystępowanie do Umowy ubezpieczenia

1. Do Umowy ubezpieczenia może przystąpić pozostający w dobrym zdrowiu (bez chorób terminalnych) Pracownik oraz Współmałżonek/ Partner/ Pełnoletnie dziecko Pracownika (każde z nich z pozytywną oceną ryzyka ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 3), który:
 - 1) jest w wieku co najmniej 15 lat i ma nie więcej niż 70 lat, z zastrzeżeniem ust. 20;
 - 2) jest Pracownikiem Ubezpieczającego albo Współmałżonkiem albo Partnerem Pracownika albo Pełnoletnim dzieckiem;
 - 3) nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, z zastrzeżeniem ust. 2;
 - 4) spełnia dodatkowe warunki określone przez Ubezpieczającego, zaakceptowane przez Towarzystwo oraz potwierdzone w Polisie;
 - 5) przeszła pozytywnie ocenę ryzyka ubezpieczeniowego z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Do Umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która w dacie wskazanej w polisie jako początek okresu ubezpieczenia przebywa na zwolnieniu lekarskim, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) osoba przystępująca była ubezpieczona w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia;
 - 2) wcześniejsza umowa ubezpieczenia została rozwiązana;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia a przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia był nie dłuższy niż 31 dni.
3. W odniesieniu do osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia w dniu jej zawarcia Towarzystwo odstępuje od oceny ryzyka ubezpieczeniowego, o ile osoba przystępująca była ubezpieczona w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia co najmniej 3 lata, a okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia a przystąpieniem do Umowy był nie dłuższy niż 31 dni.
4. Za datę nabycia przez Pracownika prawa do przystąpienia do Umowy ubezpieczenia uważa się późniejszą z dat: datę początku okresu ubezpieczenia lub datę zatrudnienia Pracownika, z zastrzeżeniem ust. 7.
5. Za datę nabycia przez Współmałżonka lub Partnera lub Pełnoletnie dziecko prawa do przystąpienia do Umowy ubezpieczenia uważa się odpowiednio późniejszą z dat:
 - 1) datę nabycia prawa do przystąpienia przez Pracownika lub
 - 2) najbliższy termin należności składki następujący po dacie:
 - a) zawarcia związku małżeńskiego – w przypadku przystąpienia Współmałżonka;
 - b) złożenia odpowiedniego oświadczenia – w przypadku przystąpienia Partnera;
 - c) ukończenia 18 roku życia – w przypadku przystąpienia Pełnoletniego dziecka.
6. Za datę przystąpienia do Umowy przyjmuje się najbliższy termin należności składki przypadający po dniu złożenia deklaracji, z zastrzeżeniem ust 7.

7. Jeżeli data zatrudnienia Pracownika przypada na termin należności składki, za datę nabycia prawa do przystąpienia uważa się ten dzień, pod warunkiem wypełnienia i wysłania deklaracji przed tym dniem.
8. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która złożyła deklarację oraz dokumenty wymagane przez Towarzystwo wskazane w deklaracji. Towarzystwo przyjmuje oświadczenia woli oraz dokumenty, o których mowa powyżej, nie starsze niż 3 miesiące od dnia ich podpisania lub złożenia oświadczenia woli za pośrednictwem formularza elektronicznego przez osobę przystępującą do Umowy.
9. Pracownikowi, któremu ochrona z tytułu Umowy ubezpieczenia wygasa z dniem najbliższej miesięcznicy polisy po rozpoczęciu urlopu wychowawczego lub macierzyńskiego lub bezpłatnego i który w związku z tym zawarł z Towarzystwem umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, przysługuje prawo ponownego przystąpienia do Umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia została rozwiązana i okres między zakończeniem ochrony z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia a ponownym przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia był nie dłuższy niż 31 dni. Za datę nabycia prawa ponownego przystąpienia do Umowy ubezpieczenia przez Pracownika, o którym mowa powyżej – uważa się najbliższy termin należności składki następujący po powrocie Pracownika z urlopu wychowawczego, macierzyńskiego lub bezpłatnego jeżeli zostały spełnione warunki wymienione w ust. 1.
10. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym żądania dokumentów dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego i kierowania go na badania medyczne. Koszt badań medycznych ponosi Towarzystwo.
11. Jeżeli suma ubezpieczenia przekroczy określony przez Towarzystwo limit automatycznej akceptacji, Towarzystwo uzależni rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego w pełnym zakresie, tj. ponad limit automatycznej akceptacji, od indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W celu dokonania indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo może żądać od Ubezpieczonego dokumentów dotyczących jego stanu zdrowia oraz skierować go na badania lekarskie. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
12. W stosunku do Ubezpieczonych, u których suma ubezpieczenia przekracza limit automatycznej akceptacji na dzień przystąpienia do Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo świadczy ochronę tymczasową (tj. ochronę na warunkach określonych w Umowie ubezpieczenia, z sumą ubezpieczenia równą wysokości limitu automatycznej akceptacji), przez okres nie dłuższy niż 90 dni od daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia.
13. W trakcie trwania ochrony tymczasowej Towarzystwo, na podstawie uzyskanych dokumentów, o których mowa w ust. 12, może:
 - 1) objąć Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w deklaracji lub
 - 2) odmówić objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
14. W przypadku podjęcia przez Towarzystwo decyzji, o której mowa w ust. 13 pkt 2) Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczonego na piśmie lub postaci postaci elektronicznej (forma dokumentowa).
15. Ochrona tymczasowa wygasa:
 - 1) w przypadku objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową – w dniu poprzedzającym rozpoczęcie najbliższej miesięcznicy polisy następującej po dniu, w którym Towarzystwo podjęło decyzję o objęciu Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w deklaracji;
 - 2) w przypadku odmowy objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową – w dniu poprzedzającym rozpoczęcie najbliższej miesięcznicy polisy następującej po dniu doręczenia Ubezpieczonemu pisma.
 - 3) w każdym przypadku z upływem 90 dnia licząc od początku ochrony tymczasowej;
 - 4) w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ochrony tymczasowej – w dniu poprzedzającym rozpoczęcie najbliższej miesięcznicy polisy następującej po dniu, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie o rezygnacji.
16. Towarzystwo ma prawo, na podstawie zebranych dokumentów, nie wyrazić zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby zgłoszonej do Umowy ubezpieczenia.
17. W przypadku nie wyrażenia zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby zgłoszonej do Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu przekazaną za daną osobę składkę całkowitą.
18. Jeżeli po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo wyrazi zgodę na objęcie ochroną Ubezpieczonego, decyzja Towarzystwa będzie skuteczna z dniem najbliższego terminu należności składki następującego po dacie wydania tejże decyzji.
19. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.
20. Do Umów Dodatkowych, w ramach których odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są zdarzenia wymienione w Art. III ust. 3 pkt 5) – 8), 12) – 21), 25) – 29), 33), 35), 41), 43) – 45) oraz 66), 67), 70) i 71) może przystąpić osoba, która nie ukończyła 69 lat.
21. Ubezpieczony ma prawo na każdej chwili zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej, składając Ubezpieczającemu oświadczenie o rezygnacji, ze skutkiem na dzień poprzedzający najbliższą miesięcznicę polisy przypadającej po dniu złożenia oświadczenia. Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy Podstawowej jest równoznaczna z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy Dodatkowej.

Artykuł VI

Zawieszenie opłacania składek

1. Zawieszenie opłacania składek całkowitych następuje na wniosek Ubezpieczającego i obowiązuje od najbliższego terminu należności składki przypadającego po dacie akceptacji przez Towarzystwo wniosku złożonego w tej sprawie. Maksymalny okres, na jaki opłacanie składek całkowitych może zostać zawieszone wynosi 36 miesięcy.
2. W okresie zawieszenia opłacania składek całkowitych Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, a składka całkowita nie jest należna.
3. Wznowienie opłacania składek całkowitych następuje na wniosek Ubezpieczającego.
4. W przypadku wznowienia opłacania składek ochronnych, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zaproponowania zmiany warunków ubezpieczenia, jeżeli z posiadanych informacji o grupie Ubezpieczonych wynika, że ryzyko ubezpieczeniowe związane ze wznowieniem odpowiedzialności Towarzystwa, odbiega od ryzyka, na podstawie którego ustalono warunki ubezpieczenia przed zawieszeniem opłacania składek całkowitych.
5. Wznowienie odpowiedzialności po okresie zawieszenia opłacania składek całkowitych następuje począwszy od najbliższego terminu należności składki, następującego po dniu zaakceptowania przez Towarzystwo wniosku o wznowienie odpowiedzialności oraz po opłaceniu składki całkowitej w terminie jej płatności.

Artykuł VII

Prawa i obowiązki Stron

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do:

- 1) doręczenia Ubezpieczonemu OWU oraz Skorowidza będących podstawą zawarcia Umowy, przed przystąpieniem przez niego do umowy ubezpieczenia;
 - 2) przekazywania do Towarzystwa deklaracji osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia;
 - 3) udostępniania Ubezpieczonym Polisy;
 - 4) informowania Ubezpieczonych o zakresie odpowiedzialności i warunkach świadczenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia ze szczególnym uwzględnieniem zmian warunków Umowy ubezpieczenia, zmian wartości świadczeń lub zmian prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia;
 - 5) informowania, przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy, Ubezpieczonych o zakresie zmian,
 - 6) informowania Towarzystwa, zgodnie ze stanem swojej wiedzy, o zmianie danych osobowych Ubezpieczającego, Ubezpieczonych i Uposażonych;
 - 7) przekazywania do Towarzystwa w uzgodnionych terminach składek całkowitych;
 - 8) przekazywania poprzez platformę Portal Partnera do Towarzystwa, w terminie należności składki całkowitej (bez okresu prolongaty) i w ustalonym przez Towarzystwo formacie, rozliczenia składek wraz z aktualnymi wykazami Ubezpieczonych przystępujących lub występujących z Umowy ubezpieczenia oraz ze wskazaniem przyczyny wystąpienia (w szczególności w przypadku ustania stosunku prawnego łączącego Pracownika z Ubezpieczającym), z zastrzeżeniem, że za szkody powstałe wskutek błędnie przekazanych informacji odpowiada Ubezpieczający;
 - 9) przekazywania do Towarzystwa informacji o aktualnej liczbie osób zatrudnionych;
 - 10) przekazywania na wniosek Towarzystwa innych dokumentów.
2. Towarzystwo jest zobowiązane do:
- 1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań wynikających z Umowy ubezpieczenia;
 - 2) przekazywania Ubezpieczającemu w postaci papierowej (forma pisemna) lub w postaci elektronicznej (forma dokumentowa), informacji dotyczącej warunków Umowy ubezpieczenia oraz zmiany warunków Umowy ubezpieczenia, ze szczególnym uwzględnieniem zmian wartości świadczeń lub zmiany prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia;
 - 3) informowania Ubezpiezonego, Uposażonych oraz innych osób uprawnionych o dokumentach potrzebnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową jeżeli takie zdarzenia zostaną zgłoszone;
 - 4) zawiadamiania Ubezpiezonego lub Uposażonego lub innych osób uprawnionych, które zgłosiły roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części;
 - 5) udostępniania Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonym lub innym osobom uprawnionym informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 3
3. Ubezpieczający ma prawo za zgodą Towarzystwa przenieść prawa i obowiązki wynikające z Umowy ubezpieczenia na inny podmiot lub podmioty. W przypadku przeniesienia praw i obowiązków na inny podmiot, z chwilą ich przeniesienia podmiot ten staje się Ubezpieczającym.
4. Przeniesienie praw i obowiązków powinno być pod rygorem nieważności zaakceptowane na piśmie przez Towarzystwo.

Artykuł VIII

Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia może być w każdym czasie rozwiązana na skutek wypowiedzenia złożonego przez Ubezpieczającego w formie pisemnej z zachowaniem 1. miesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Upływ okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w miesięcznicę polisy następującą bezpośrednio po dniu, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu.
3. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni, licząc od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. Wypowiedzenie Umowy Podstawowej lub odstąpienie od niej jest równoznaczne odpowiednio z wypowiedzeniem Umów Dodatkowych albo odstąpieniem od nich. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
5. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej bez wypowiedzenia Umowy Podstawowej skutkuje rozwiązaniem Umowy Dodatkowej w najbliższą rocznicę Polisy.
6. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.
7. W przypadku nieopłacenia pierwszej raty składki ochronnej w terminie prolongaty, Towarzystwo może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, w którym ponosiło odpowiedzialność.
8. W przypadku nieopłacenia w terminie kolejnej raty składki całkowitej, Towarzystwo po upływie terminu do zapłaty i z uwzględnieniem prolongaty wezwie Ubezpieczającego do zapłaty w dodatkowym terminie 14 dni, z zastrzeżeniem, że brak zapłaty składki w dodatkowym terminie będzie skutkowało rozwiązaniem Umowy ubezpieczenia w najbliższą miesięcznicę polisy po upływie tego dodatkowego terminu.
9. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia w trybie opisanym w ust. 8 Towarzystwo może wznowić Umowę ubezpieczenia na wniosek Ubezpieczającego o ile spełnione zostaną następujące warunki:
 - 1) Wniosek Ubezpieczającego wpłynie do Towarzystwa w terminie do 90 dni od daty rozwiązania Umowy ubezpieczenia;
 - 2) Towarzystwo zaakceptuje wniosek i wystawi aneks do Umowy ubezpieczenia potwierdzający zawieszenie ochrony w okresie od daty rozwiązania Umowy ubezpieczenia do daty wznowienia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) Ubezpieczający opłaci składkę ochronną za kolejny okres ochrony ubezpieczeniowej w terminie jej należności;
 - 4) Ubezpieczający odeśle w terminie 14 dni od daty jego wystawienia zaakceptowany aneks, o którym mowa w pkt 2).

Artykuł IX

Zmiany w Umowie ubezpieczenia

1. W porozumieniu z Ubezpieczającym do Umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU.

2. Wszelkie zmiany w Umowie ubezpieczenia wymagają zachowania postaci papierowej (forma pisemna) lub postaci elektronicznej (forma dokumentowa), pod rygorem nieważności.
3. Na podstawie posiadanych informacji o grupie Ubezpieczonych (takich jak: liczebność, struktura wiekowa, płciowa, rodzaj wykonywanego zawodu oraz stosowane karencje) oraz wypłaconych świadczeń w ramach Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo ustala zakres odpowiedzialności, wysokości sum ubezpieczenia i składek ochronnych, obowiązujących w następnym roku polisowym, zawiadamiając o tym Ubezpieczającego najpóźniej w terminie 50 dni przed rocznicą Polisy.
4. Odmowa przyjęcia przez Ubezpieczającego zaproponowanych przez Towarzystwo warunków, o których mowa w ust. 3, złożona w formie pisemnej do dnia rocznicy Polisy, jest równoznaczne ze złożeniem przez Ubezpieczającego oświadczenia o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia na kolejny rok polisowy.
5. Na 30 dni przed każdą rocznicą Polisy Ubezpieczający, poprzez złożenie wniosku i za zgodą Towarzystwa, może zmienić: zakres odpowiedzialności, wysokości sum ubezpieczenia oraz składek ochronnych ze skutkiem od najbliższej rocznicy Polisy.
6. W przypadku, gdy wnioskowana przez Ubezpieczającego wysokość sumy ubezpieczenia przekracza określoną przez Towarzystwo wysokość limitu automatycznej akceptacji, Towarzystwo uzależnia objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie podwyższonej sumy ubezpieczenia od indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W celu dokonania indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo może żądać od Ubezpieczonego dokumentów dotyczących jego stanu zdrowia oraz skierować go na badania lekarskie. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
7. Na podstawie uzyskanych dokumentów, o których mowa w ust. 6, Towarzystwo może:
 - 1) objąć Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z podwyższoną sumą ubezpieczenia lub
 - 2) odmówić objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z podwyższoną sumą ubezpieczenia.
8. W przypadku podjęcia przez Towarzystwo decyzji, o której mowa w ust. 7 pkt 2) Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczonego na piśmie lub postaci elektronicznej (forma dokumentowa).
9. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową z dotychczasową sumą ubezpieczenia:
 - 1) do czasu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie podwyższonej sumy ubezpieczenia;
 - 2) w przypadku podjęcia przez Towarzystwo decyzji, o której mowa w ust. 7 pkt 2).
10. Dokonanie zmian warunków w Umowie Podstawowej lub w Umowie Dodatkowej, o których mowa w ust. 3 i w ust. 5, Towarzystwo potwierdzi wystawiając stosowny aneks potwierdzający zakres dokonanych zmian. W przypadku niedokonywania przez Strony żadnych zmian w Umowie ubezpieczenia, Towarzystwo nie jest zobowiązane do wystawiania aneksu, zaś Umowa Podstawowa i Umowa Dodatkowa przedłużają się na zasadach określonych w Art. IV ust. 9.
11. Za zgodą Towarzystwa zmiana, o której mowa w ust. 5 może być wprowadzona również poza rocznicą zawarcia Umowy ubezpieczenia, chyba że, postanowienia Umowy Dodatkowej stanowią inaczej.

Artykuł X

Składki

1. Obowiązek opłacania składek całkowitych istnieje przez cały okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Do opłacania składek zobowiązany jest Ubezpieczający.
3. Towarzystwo ustala wysokość składki ochronnej z tytułu Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych w zależności od wysokości sum ubezpieczenia, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, okresu karencji, częstotliwości opłacania składek oraz liczebności, struktury wiekowej, płciowej, rodzaju wykonywanego zawodu osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia.
4. Składki z tytułu Umów Dodatkowych opłacane są wraz ze składką ochronną z tytułu Umowy Podstawowej.
5. Składki należne z tytułu Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych mogą pochodzić ze środków finansowych Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, z tym że roszczenie o zapłatę składki całkowitej przysługuje Towarzystwu wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu.
6. Składkę całkowitą uważa się za opłaconą w dniu uznania rachunku bankowego Towarzystwa.
7. Składki należne z tytułu Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych mogą być płatne z częstotliwością miesięczną. Termin należności składki, prolongata oraz wysokości składek określone są w Polisie.
8. W przypadku powstania zaległości w opłacaniu składki całkowitej Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty zaległości w dodatkowym terminie wyznaczonym w wezwaniu do zapłaty wysłanego w postaci papierowej (forma pisemna) lub postaci elektronicznej (forma dokumentowa) oraz poinformuje Ubezpieczającego o skutkach niezapłacenia składki całkowitej w wyżej wymienionym dodatkowym terminie. Termin dodatkowy wskazany w wezwaniu do zapłaty nie może być krótszy niż wskazany w obowiązujących przepisach prawa.
9. W przypadku zaległości w opłacaniu jakichkolwiek składek, wpłacane kwoty przeznaczone są na pokrycie pierwszej zaległej składki całkowitej.

Artykuł XI

Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się od daty początku ochrony ubezpieczeniowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
 - 1) w dniu najbliższej rocznicy polisy w stosunku do ubezpieczonych, którzy ukończyli 71 lat, z zastrzeżeniem ust. 4
 - 2) otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia;
 - 3) śmierci Ubezpieczonego;
 - 4) otrzymania przez Towarzystwo dokumentów potwierdzających likwidację Ubezpieczającego;
 - 5) upływu okresu rozliczeniowego, za jaki opłacono składkę ochronną w przypadku:
 - a) otrzymania oświadczenia o rezygnacji Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia;
 - b) otrzymaniu informacji o ustaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym, przy czym dopuszcza się opłacenie składki za nie więcej niż jeden okres rozliczeniowy rozpoczynający się po dacie ustania stosunku prawnego;
 - 6) upływu okresu na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta w przypadku jej nieprzedłużenia;
 - 7) upływu okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia;
 - 8) bezskutecznego upływu terminu dodatkowego wskazanego w pisemnym lub elektronicznym wezwaniu do zapłaty zaległej składki całkowitej;
 - 9) rozwiązania Umowy ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonych będących Współmałżonkiem lub Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem, ustaje w dniu zaistnienia jednej z okoliczności wskazanej w ust. 2, a ponadto:

- 1) z końcem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Pracownika;
- 2) w dniu upływu okresu rozliczeniowego, w którym Towarzystwo otrzymało dokument potwierdzający ustanie związku małżeńskiego lub oświadczenie Pracownika o ustaniu związku partnerskiego, przy czym oświadczenie takie Pracownik ma obowiązek złożyć niezwłocznie po zajęciu odpowiednich przesłanek.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umów Dodatkowych, obejmujących swym zakresem zdarzenia wymienione w Art. III ust. 3 pkt 5) – 8), 12) – 21), 25) – 29), 33), 35), 41), 43) – 45), 66), 67), 70 oraz 71) kończy się w dniu najbliższej rocznicy Polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 69 lat.

Artykuł XII

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku:
 - 1) aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w wojnie, działaniach wojennych lub stanu wojennego, w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
 - 2) samobójstwa popełnionego w pierwszym roku od objęcia ochroną tego Ubezpieczonego.
2. O ile Umowa Dodatkowa tak stanowi, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w wyniku:
 - 1) aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w wojnie, działaniach wojennych lub stanu wojennego, w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
 - 2) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 4) samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa;
 - 5) spożycia alkoholu, nadużywania alkoholu, alkoholizmu potwierdzonej w dokumentacji medycznej, pozostawania pod wpływem narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 6) poddania się eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 7) świadomego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania wskazań i zaleceń lekarskich;
 - 8) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu linii lotniczych innych niż przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego, z wyjątkiem zdarzeń powodujących śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku lotniczego zaistniałego podczas przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie śmigłowca lub samolotu pasażerskiego posiadającego świadectwo zdatności do lotu i pilotowanego przez licencjonowanego pilota:
 - a) będącego własnością Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego,
 - b) podczas przewozu czarterowego wykonywanego na podstawie umowy z przewoźnikiem lotniczym uprawnionym do wykonywania przewozów lotniczych,
 pod warunkiem, że statek powietrzny spełnia warunki bezpieczeństwa określone w aktualnie obowiązujących przepisach prawnych w sprawie bezpieczeństwa eksploatacji statków powietrznych;
 - 9) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych: kolarstwa ekstremalnego (freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping), wspinaczki wysokogórskiej, narciarstwa i snowboardingu poza wyznaczonymi trasami (off-road skiing, heliskiing, freeride), spływu sportowych, spadochroniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, bungee, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, parkur, buggykitingu, kitesurfingu, raftingu, jazdy quadami, pokonywania przeszkód w przestrzeni miejskiej (parkour, free-running, rooftopping), ekstremalnej jazdy na motocyklu, off-roadu, uczestniczeniu w rajdach przeprawowych i samochodowych oraz sportów powstałych na bazie wcześniej wymienionych sportów;
 - 10) uprawiania przez Ubezpieczonego sportu wyczynowego lub uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych, przy czym zawody oznaczają zorganizowaną formę rywalizacji sportowej w celu osiągnięcia nagrody lub wyniku sportowego i organizowane są przez jednostki uprawnione na podstawie przepisów prawa;
 - 11) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków;
 - 12) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem;
 - 13) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
4. W stosunku do osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia przed upływem 3. miesięcznicy polisy od daty nabycia prawa do przystąpienia do Umowy ubezpieczenia stosuje się 9 miesięczne karencje z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka, urodzenia Dziecka rozszerzonego o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną, oraz zabiegów specjalistycznych: cesarskie cięcie, licząc od dnia przystąpienia do odpowiedzialnej Umowy Dodatkowej.
5. Ponadto karencje z tytułu Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych stosuje się dla osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia po upływie 3. miesięcznicy polisy od daty nabycia prawa do przystąpienia do Umowy ubezpieczenia. Okres karencji wynosi 6 miesięcy, a w przypadku Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną oraz Umowy Dodatkowej zabiegi specjalistyczne: cesarskie cięcie – 9 miesięcy, licząc od dnia przystąpienia do odpowiedzialnej Umowy Dodatkowej.
6. W przypadkach karencji opisanych w ust. 4 stosuje się następującą zasadę: w stosunku do osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek karencji liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się, a okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia a datą zawarcia niniejszej Umowy był nie dłuższy niż 31 dni, z zastrzeżeniem że karencje opisane w ust. 4 stosuje się do rozszerzonego zakresu ochrony oraz nadwyżek tych sum ubezpieczenia, które obowiązywały z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, z tytułu której ochrona względem danego Ubezpieczonego zakończyła się.
7. Karencję opisaną w ust. 4 stosuje się ponadto w stosunku do rozszerzonego zakresu ochrony oraz nadwyżek tych sum ubezpieczenia, które obowiązywały do dnia poprzedzającego dokonanie zmian w Umowie ubezpieczenia zgodnie z Art. IX. Bieg okresu tej karencji liczony jest od dnia dokonania zmiany zakresu ochrony w ramach danej Umowy Dodatkowej.

8. W przypadku gdy staż Ubezpieczonego zaliczany jest z więcej niż jednej wcześniejszej umowy ubezpieczenia, bieg okresu karencji liczony jest od tej wcześniejszej umowy ubezpieczenia, w której wystąpiła dana Umowa Dodatkowa pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej z tytułu danej Umowy Dodatkowej w kolejno następujących po sobie wcześniejszych umowach ubezpieczenia.
9. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia z tytułu Umowy lub Umowy dodatkowej w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy lub Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do przedmiotu Umowy lub Umowy dodatkowej.

Artykuł XIII

Wypłata świadczenia

1. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona do uzyskania świadczenia składa do Towarzystwa wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia oraz inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia wskazane przez Towarzystwo.
2. Uposażony/Uposażony Zastępczy z tytułu Umowy Podstawowej oraz Umów Dodatkowych dotyczących śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego, śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy i śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, a w przypadku Umowy Dodatkowej dotyczącej osierocenia Dziecka – osoba uprawniona do uzyskania świadczenia, składa do Towarzystwa następujące dokumenty:
 - 1) oświadczenie potwierdzające dane z dokumentu tożsamości Uposażonego;
 - 2) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię karty zgonu, a jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 4) na wniosek Towarzystwa, inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia.
3. W przypadku zgłoszenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia powstałego wskutek nieszczęśliwego wypadku Uposażony/Uposażony Zastępczy lub Ubezpieczony dodatkowo składa do Towarzystwa kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
4. Jeżeli Umowa Dodatkowa tak stanowi, osoba uprawniona do uzyskania świadczenia składa ponadto do Towarzystwa następujące dokumenty:
 - 1) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej odpowiednio: niezdolność do pracy zarobkowej, całkowitą niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji, trwały uszczerbek na zdrowiu, poważne zachorowanie, pobyt w szpitalu (np. karta leczenia szpitalnego), przeprowadzenie operacji chirurgicznej, leczenie specjalistyczne, zabieg specjalistyczny, przebieg leczenia u Ubezpieczonego lub Współmałżonka lub Dziecka, wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu, urodzenie Dziecka z wadą wrodzoną oraz kartę przebiegu ciąży – w przypadku zgłaszania urodzenia Dziecka z wadą wrodzoną;
 - 2) kserokopię karty zgonu, a jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 3) kserokopię dokumentu potwierdzającego posiadanie stosownych uprawnień do prowadzenia pojazdu;
 - 4) kserokopię dokumentu potwierdzającego ważność badań technicznych pojazdu;
 - 5) kserokopię odpisu skróconego aktu małżeństwa;
 - 6) kserokopię dokumentu tożsamości Współmałżonka/Partnera;
 - 7) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 8) kserokopię odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka;
 - 9) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Współmałżonka/Partnera;
 - 10) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Rodzica;
 - 11) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Teścia;
 - 12) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Dziecka;
 - 13) w przypadku gdy Dziecko zostało przysposobione – dokumentację potwierdzającą przysposobienie Dziecka;
 - 14) kserokopię dokumentu tożsamości opiekuna prawnego Dziecka lub w przypadku Dziecka pełnoletniego kserokopię z dokumentu tożsamości Dziecka;
 - 15) kartę informacyjną leczenia szpitalnego, wydaną przez lekarza prowadzącego w przypadku gdy pobyt w szpitalu się nie zakończył;
 - 16) kopię wydanego przez lekarza skierowania na rehabilitację;
 - 17) kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego, którego następstwem było leczenie rehabilitacyjne oraz fakturę/faktury za rehabilitację;
 - 18) kserokopię skróconego aktu urodzenia Dziecka z adnotacją, że Dziecko urodziło się martwe lub kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającą urodzenie Dziecka martwego – w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu urodzenia Dziecka martwego;
 - 19) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego – w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu poronienia.
5. Towarzystwo dokonuje wypłaty świadczenia najpóźniej w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. W przypadku, gdyby w terminie określonym w ust. 5 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości należnego świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo dokona wypłaty świadczenia w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsprorną część świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie określonym w ust. 5.
7. Jeżeli świadczenie nie przysługuje w całości lub w części, Towarzystwo poinformuje o tym niezwłocznie osobę występującą z roszczeniem, oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie on jest osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną, uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
8. Towarzystwo ma prawo odmowy przyznania świadczenia, jeżeli Ubezpieczony lub Ubezpieczający podał okoliczności niezgodne z prawdą lub zataił informacje, o które Towarzystwo pytało we wniosku albo innych formularzach czy pismach przed zawarciem Umowy ubezpieczenia lub przystąpieniem Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia, jeżeli okoliczności te lub informacje mogły mieć wpływ na zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego. W powyższej sytuacji, prawo odmowy przyznania świadczenia wygasa, jeżeli do zdarzenia doszło po upływie trzech lat od daty początku odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego.
9. Towarzystwo ma prawo odmowy przyznania świadczenia, jeżeli Ubezpieczony lub Uposażony/Uposażony Zastępczy nie dostarczył dokumentów, o które wnioskowało Towarzystwo, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
10. Ubezpieczający zobowiązuje się do dostarczenia Towarzystwu pełnej listy osób wraz z kwotami im przysługującymi, uprawnionych do otrzymania od Ubezpieczającego odprawy pośmiertnej, zgodnie z art. 93 Kodeksu Pracy, w terminie 14 dni od daty zajścia zdarzenia.

W przypadku dostarczenia przez Ubezpieczającego listy, o której mowa powyżej, zawierającej błędy, konsekwencje wypłaty świadczenia osobom nieuprawnionym ponosi Ubezpieczający.

Artykuł XIV

Uprawnieni do świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego oraz z tytułu Umów Dodatkowych, w ramach których odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w Art. III ust. 3 pkt 1) – 5), przysługuje Uposażonemu, Uposażonemu Zastępczemu, w razie braku Uposażonych, z zastrzeżeniem ust. 10.
2. Prawo do świadczenia z tytułu Umów Dodatkowych, w ramach których odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w Art. III ust. 3 pkt 6) – 48), 50) – 65), 67), 68, 70) oraz 71), przysługuje Ubezpieczonemu a w przypadku śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia przez Towarzystwo – uprawnionymi do świadczenia spadkobiercy testamentowi powołani przez Ubezpieczonego a jeżeli ich nie ma, to spadkobiercom Ubezpieczonego w kolejności określonej w przepisach o dziedziczeniu ustawowym, z wyłączeniem Gminy oraz Skarbu Państwa, z zastrzeżeniem ust. 10.
3. Prawo do świadczenia z tytułu Umów Dodatkowych, w ramach których odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w Art. III ust. 3 pkt 49), 66) i 69) przysługuje osobie określonej zgodnie z warunkami odpowiednich Umów Dodatkowych, z zastrzeżeniem ust. 10.
4. Ubezpieczony ma prawo wskazać Uposażonych/Uposażonych Zastępczych wraz z określeniem ich procentowego udziału w świadczeniu w deklaracji oraz ma prawo w każdym czasie ich zmienić, składając do Towarzystwa oświadczenie. W sytuacji, gdy suma wskazań udziałów procentowych Uposażonych/Uposażonych Zastępczych nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego świadczenia wyznaczane są przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.
5. Zmiana Uposażonych dochodzi do skutku z datą wpływu do Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 4.
6. W przypadku wskazania kilku Uposażonych/Uposażonych Zastępczych jeśli któryś z nich zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub utracił prawo do świadczenia, przypadająca na niego część świadczenia zostanie rozdzielona pomiędzy pozostałych Uposażonych/Uposażonych Zastępczych, proporcjonalnie do ich udziału w świadczeniu.
7. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego/Uposażonego Zastępczego lub Uposażony/Uposażony Zastępczy nie żyje, świadczenie przysługuje spadkobiercom testamentowym powołanym przez Ubezpieczonego a jeżeli ich nie ma, to spadkobiercom Ubezpieczonego w kolejności określonej w przepisach o dziedziczeniu ustawowym, z wyłączeniem Gminy oraz Skarbu Państwa, z zastrzeżeniem ust. 6 oraz ust. 10.
8. Za Uposażonego/Uposażonego Zastępczego zmarłego przed śmiercią Ubezpieczonego uważa się również Uposażonego/Uposażonego Zastępczego, który zmarł jednocześnie z Ubezpieczonym.
9. Jeżeli Uposażony/Uposażony Zastępczy zmarł po śmierci Ubezpieczonego, lecz przed dokonaniem na jego rzecz wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, świadczenie przysługuje spadkobiercom testamentowym powołanym przez Uposażonego/Uposażonego zastępczego a jeżeli ich nie ma, to spadkobiercom Uposażonego/Uposażonego zastępczego w kolejności określonej w przepisach o dziedziczeniu ustawowym, z wyłączeniem Gminy oraz Skarbu Państwa, z zastrzeżeniem ust. 6 oraz ust. 10.
10. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci osoby, której życie jest przedmiotem Umowy ubezpieczenia.

Artykuł XV

Umowy Dodatkowe

O ile postanowienia niniejszego Artykułu nie stanowią inaczej, postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (Umowy Podstawowej) stosuje się odpowiednio do Umów Dodatkowych.

1. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Ubezpieczonego nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 – 3.
4. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek oraz śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego.

2. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku przy pracy.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek przy pracy powodujący śmierć Ubezpieczonego nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8 – 10) oraz ust. 3.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 – 3.
4. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek przy pracy oraz śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku przy pracy;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy a śmiercią Ubezpieczonego.

3. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia tego wypadku.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypadek komunikacyjny powodujący śmierć Ubezpieczonego nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
3. W przypadku zgłoszenia świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej za stan po spożyciu alkoholu uważa się stężenie alkoholu we krwi, co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 – 3 oraz ust. 4 pkt 3), 4).
5. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) wypadek komunikacyjny oraz śmierć Ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia tego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Ubezpieczonego.

4. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub katastrofy naturalnej

1. W rozumieniu Umowy Dodatkowej za nieszczęśliwy wypadek uznaje się utonięcie, wstrząs anafilaktyczny, zadławienie, pożar, uderzenie pioruna natomiast za katastrofę naturalną uznaje się huragan, powódź.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Ubezpieczonego będącej następstwem:
 - 1) utonięcia;
 - 2) zadławienia;
 - 3) wstrząsu anafilaktycznego;
 - 4) pożaru, uderzenia pioruna;
 - 5) powodzi, huraganu.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie wymienione w pkt 2 powodujące śmierć Ubezpieczonego nastąpiło wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 2), 4) – 7) oraz ust. 3.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 – 3.
5. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek lub katastrofa naturalna oraz śmierć Ubezpieczonego nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem lub katastrofą naturalną nastąpiła przed upływem 180 dni od daty jego zajścia;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zdarzeniem wymienionym w pkt 2 a śmiercią Ubezpieczonego.

5. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje śmierć Ubezpieczonego spowodowaną bezpośrednio zawałem serca lub udarem mózgu.
2. Na użytek Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **Zawał serca powodujący śmierć** – martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a) objawy kliniczne niedokrwienia serca;
 - b) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe znamienne zmiany odcinka ST - załamek T (ST-T), patologiczne załameki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;
 - c) nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
 - d) obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionego badaniem angiograficznym lub w autopsji.
 Kryteria rozpoznania zawału serca są też spełnione w przypadku zgonu sercowego z przypuszczalnie nowymi zmianami niedokrwinnymi w EKG lub nowym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa, przy czym zgon nastąpił przed oznaczeniem biomarkerów sercowych lub nim stężenie biomarkerów sercowych we krwi mogło się zwiększyć lub gdy biomarkery sercowe nie były oznaczone.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zawał serca lub udar mózgu powodujące śmierć Ubezpieczonego nastąpiły wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 4) – 7).
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 2 oraz ust. 4 pkt 1).
6. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) zawał serca lub udar mózgu oraz śmierć Ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu nastąpiła przed upływem 90 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu, a śmiercią Ubezpieczonego.
 Towarzystwo wypłaci świadczenie o ile przedstawiona dokumentacja medyczna wskaże jako przyczynę śmierci zawał serca lub udar mózgu albo zostanie on potwierdzony badaniem sekcijnym.

6. Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy oraz samodzielnej egzystencji
2. W przypadku powstania niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania choroby lub zajścia nieszczęśliwego wypadku powodujących

niezdolność do pracy, pod warunkiem, że okres niezdolności do pracy zarobkowej rozpoczął się w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, ale nie później niż przed upływem 180 dni od daty zajścia zdarzenia powodującego niezdolność do pracy zarobkowej.

3. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej powstała wskutek choroby lub w następstwie nieszczęśliwych wypadków, które istniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca niezdolność nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 7), 11), 12) lub
 - 2) uszkodzenie ciała powodujące niezdolność nastąpiło wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 6.
6. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do wskazanego lekarza orzecznika, których koszt ponosi Towarzystwo.
7. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli Ubezpieczony był niezdolny do pracy zarobkowej nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, rozpoczynający swój bieg w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej. Warunkiem wypłaty świadczenia jest istnienie niezdolności do pracy zarobkowej w dacie zgłoszenia wniosku o wypłatę świadczenia i zgodnie z wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w przyszłości.

7. Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy oraz samodzielnej egzystencji.
2. W przypadku powstania niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego niezdolność do pracy zarobkowej, pod warunkiem, że okres niezdolności do pracy zarobkowej rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, ale nie później niż po upływie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku oraz pod warunkiem, że istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a niezdolnością do pracy zarobkowej Ubezpieczonego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 5.
5. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do wskazanego lekarza orzecznika, których koszt ponosi Towarzystwo.
6. Prawo do świadczenia zostanie przyznane, jeżeli Ubezpieczony był niezdolny do pracy zarobkowej nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, rozpoczynający swój bieg w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej. Warunkiem wypłaty świadczenia jest istnienie niezdolności do pracy zarobkowej w dacie zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia i zgodnie z wiedzą medyczną brak pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w przyszłości.

8. Umowa Dodatkowa dotycząca całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza możliwość zawarcia Umowy Dodatkowej dotyczącej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. W przypadku powstania całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania choroby lub zajścia nieszczęśliwego wypadku powodujących niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji.
3. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) Ubezpieczony był niezdolny do pracy zarobkowej oraz samodzielnej egzystencji nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, rozpoczynający swój bieg w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) choroba lub nieszczęśliwy wypadek powodujący niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji zaistniały w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 3) okres niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji rozpoczął się nie później niż po upływie 180 dni od daty zajścia zdarzenia powodującego niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 7), 11) – 12) lub
 - 2) uszkodzenie ciała powodujące niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji nastąpiło wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7).

9. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia, rodzaju i stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie dokumentów, wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 4.
4. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do lekarza orzecznika, których koszt ponosi Towarzystwo.

5. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek oraz trwały uszczerbek nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) trwały uszczerbek nastąpił przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem.
6. Prawo do świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem.
7. Rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalane są po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie później niż przed upływem 24 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
8. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na ustalenie aktualnego stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony w wyniku analizy jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po nieszczęśliwym wypadku.
9. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się Tabelę uszczerbków na zdrowiu, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU.
10. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego
11. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
12. W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku powodującego trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu.

10. Umowa Dodatkowa dotycząca urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu u Ubezpieczonego

1. Na użytek Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **złamanie** – spowodowane urazem przerwanie ciągłości tkanki kostnej, obejmujące cały jej przekrój, a także urazowe złuszczenie chrząstki nasadowej. W rozumieniu niniejszych OWU złamaniem nie jest przerwanie ciągłości tkanki kostnej związane z istniejącym wcześniej stanem chorobowym (tzw. złamanie patologiczne);
 - 2) **zwichnięcie** – spowodowane urazem uszkodzenie stawu, skutkujące przemieszczeniem powierzchni stawowych względem siebie, a w konsekwencji naciągnięcie lub naderwanie torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien;
 - 3) **skręcenie** – uraz polegający na przekroczeniu fizjologicznego zakresu ruchu w stawie. Na skutek skręcenia może dojść do uszkodzenia torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien.
 - 4) **rana** – uszkodzenie pełnej grubości skóry, wymagające zaopatrzenia chirurgicznego poprzez założenie szwów, klamer, plastrów chirurgicznych (Steri – Strip) lub zastosowanie kleju tkankowego.

Definicja nie obejmuje ran powstałych w wyniku zamierzonego działania leczniczego oraz będących efektem samookaleczenia.
2. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu 1% sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej w przypadku złamania, zwichnięcia, skręcenia lub rany wskutek nieszczęśliwego wypadku, który nie spowodował trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego.
4. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej w związku ze złamaniami, zwichnięciami, skręczeniami, ranami w łącznej kwocie nieprzekraczającej 100% sumy ubezpieczenia w ciągu jednego roku polisowego.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący złamanie, zwichnięcie, skręcenie, ranę u Ubezpieczonego nastąpiło wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
6. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7).
7. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący złamanie, skręcenie, zwichnięcie lub ranę nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a złamaniem, skręczeniem, zwichnięciem lub powstaniem rany.

11. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy

1. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku przy pracy za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek przy pracy powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia, rodzaju i stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 4.
4. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do lekarza orzecznika, których koszt ponosi Towarzystwo.
5. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek przy pracy powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu oraz trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy powstał przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.
6. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy.

7. Rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalane są po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji nie później niż przed upływem 24 miesięcy od daty wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.
8. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na ustalenie aktualnego stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po nieszczęśliwym wypadku przy pracy.
9. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się Tabelę uszczerbków na zdrowiu, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU.
10. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
11. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
12. W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku przy pracy Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu.

12. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego bezpośrednio zawałem serca lub udarem mózgu.
2. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu wystąpienia zawału lub udaru mózgu za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 4) – 7).
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia, rodzaju i stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie dokumentów, wymienionych w Art. XIII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1), 7) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 5.
5. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do lekarza orzecznika, których koszt ponosi Towarzystwo.
6. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) zawał serca lub udar mózgu powodujące trwały uszczerbek na zdrowiu oraz trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) trwały uszczerbek wskutek zawału serca lub udaru nastąpił przed upływem 180 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zawałem serca albo udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego.
7. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego jednym zawałem serca lub jednym udarem mózgu.
8. Rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku ustalany jest po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie później niż przed upływem 24 miesięcy od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
9. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym zawałem serca lub udarem mózgu, a miało to wpływ na ustalenie aktualnego stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony w wyniku analizy jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po zawałe serca lub udarze mózgu.
10. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się Tabelę uszczerbków na zdrowiu, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU.
11. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy, ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
12. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
13. W przypadku wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków zawału serca lub udaru mózgu przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu.

13. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant II.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego którejkolwiek z wymienionych i zdefiniowanych w Wariantcie I Załącznika nr 2 do OWU chorób lub przeprowadzenie którejkolwiek z wymienionych w tym Załączniku operacji lub zabiegu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednej z chorób bądź przeprowadzenia operacji lub zabiegu wymienionych w Wariantcie I Załącznika nr 2 do OWU.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca poważne zachorowanie Ubezpieczonego nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5) – 7), lub
 - 2) poważne zachorowanie powstało wskutek choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV będącego przedmiotem Umowy Dodatkowej zgodnie z definicją tej choroby zapisaną w Załączniku nr 2 do OWU lub
 - 3) nieszczęśliwy wypadek powodujący oparzenia nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
5. Prawo do świadczenia z tytułu poważnego zachorowania nie przysługuje, jeżeli poważne zachorowanie powstało w następstwie stanów chorobowych ujawnionych lub leczonych w okresie 5 lat przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 6.

6. Jeżeli stany chorobowe, których następstwem jest wystąpienie któregośkolwiek z poważnych zachorowań wymienionych w Wariancie I Załącznika nr 2 do OWU ujawniły się przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) stany chorobowe ujawniły się w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.

Towarzystwo zalicza staż z wcześniejszych umów ubezpieczenia, o ile te wcześniejsze umowy ubezpieczenia obejmowały to samo ryzyko co w Umowie Dodatkowej oraz pomiędzy następującymi po sobie tymi wcześniejszymi umowami ubezpieczenia zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej.
7. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania wymienionego i zdefiniowanego w Wariancie I Załącznika nr 2 do OWU odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu tego poważnego zachorowania wygasa.
8. W przypadku kolejnego poważnego zachorowania Ubezpieczonego, prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi zachorowaniami zachodzi związek przyczynowo-skutkowy, potwierdzony przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 10.
10. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, których koszt ponosi Towarzystwo.

14. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant II

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego którejśkolwiek z wymienionych i zdefiniowanych w Wariancie II Załącznika nr 2 do OWU chorób lub przeprowadzenie którejśkolwiek z wymienionych w tym Załączniku operacji lub zabiegu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednej z chorób bądź przeprowadzenia operacji lub zabiegu wymienionych w Wariancie II Załącznika nr 2 do OWU.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca poważne zachorowanie Ubezpieczonego nastąpiła wskutek którejśkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5) – 7), lub
 - 2) poważne zachorowanie powstało wskutek choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV będącego przedmiotem Umowy Dodatkowej zgodnie z definicją tej choroby zapisaną w Załączniku nr 2 do OWU lub
 - 3) nieszczęśliwy wypadek powodujący poważne zachorowanie Ubezpieczonego nastąpił wskutek którejśkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
5. Prawo do świadczenia z tytułu poważnego zachorowania nie przysługuje, jeżeli poważne zachorowanie powstało w następstwie stanów chorobowych ujawnionych lub leczonych w okresie 5 lat przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 6.
6. Jeżeli stany chorobowe, o których mowa w pkt 5, których następstwem jest wystąpienie któregośkolwiek z poważnych zachorowań wymienionych w Wariancie II Załącznika nr 2 do OWU, ujawniły się przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) stany chorobowe ujawniły się w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.

Towarzystwo zalicza staż z wcześniejszych umów ubezpieczenia, o ile te wcześniejsze umowy ubezpieczenia obejmowały to samo ryzyko co w Umowie Dodatkowej oraz pomiędzy następującymi po sobie tymi wcześniejszymi umowami ubezpieczenia zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej.
7. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania wymienionego i zdefiniowanego w Wariancie II Załącznika nr 2 do OWU odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu tego poważnego zachorowania wygasa.
8. W przypadku kolejnego poważnego zachorowania Ubezpieczonego, świadczenie nie przysługuje, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi zachorowaniami zachodzi związek przyczynowo-skutkowy, potwierdzony przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 10.
10. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, których koszt ponosi Towarzystwo.
11. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania związanego z angioplastyką naczyń wieńcowych, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej.

15. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy

1. Na użytek Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **Nowotwór złośliwy** – Nowotwór złośliwy inwazyjny lub Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ);

- 2) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania.
Definicja obejmuje także złośliwe nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz krwi i narządów krwiotwórczych.
Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie Nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów:
a) pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
b) posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
c) rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności.
Definicja nie obejmuje:
a) nowotworów łagodnych;
b) zróżnicowanych raków tarczycy i prostaty o stopniu zaawansowania mniejszym niż II zgodnie z klasyfikacją AJCC;
c) nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
d) nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania mniejszym niż IB w klasyfikacji AJCC;
e) nowotworów rozpoznanych jedynie na podstawie płynnej biopsji (liquid biopsy).;
- 3) **Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ)** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórek nowotworowych, nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi i nie powodujący naciekania tkanek sąsiednich (stopień zaawansowania 0 zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC). Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także zróżnicowane raki tarczycy o stopniu zaawansowania I, raki prostaty o stopniu zaawansowania I, czerniaka złośliwego o stopniu zaawansowania IA i nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania IA w klasyfikacji AJCC.
Definicja nie obejmuje:
a) nowotworów łagodnych;
b) hiperkeratoz, dysplazji, stanów przedrakowych;
c) nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Nowotworów złośliwych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. Prawo do świadczenia z tytułu poważnego zachorowania nie przysługuje, jeżeli Nowotwór Złośliwy powstał w następstwie stanów chorobowych ujawnionych lub leczonych w okresie 5 lat przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 4.
4. Jeżeli stany chorobowe, o których mowa w pkt 3, których następstwem jest wystąpienie Nowotworów złośliwych, ujawniły się przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
1) stany chorobowe ujawniły się w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie Nowotworów złośliwych;
2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie Nowotworów złośliwych zakończyła się;
3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie Nowotworów złośliwych a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
Towarzystwo zalicza staż z wcześniejszych umów ubezpieczenia, o ile te wcześniejsze umowy ubezpieczenia obejmowały to samo ryzyko co w Umowie Dodatkowej oraz pomiędzy następującymi po sobie tymi wcześniejszymi umowami ubezpieczenia zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej.
5. Z tytułu wystąpienia Nowotworu złośliwego inwazyjnego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu:
1) świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej – w przypadku rozpoznania nowotworu w I stopniu zaawansowania (Stage I), zgodnie z klasyfikacją AJCC lub przewlekłej białaczki limfocytowej w stopniu zaawansowania mniejszym niż II wg klasyfikacji RAI;
2) świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej – w przypadku rozpoznania nowotworu o wyższym stopniu zaawansowania niż wskazany w pkt 5 ppkt 1) oraz nowotworów ośrodkowego układu nerwowego wg Klasyfikacji Chorób dla Onkologii WHO, z zastrzeżeniem pkt. 6 i 7.
6. Z tytułu wystąpienia Nowotworu złośliwego przedinwazyjnego (carcinoma in situ) Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 20% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
7. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Nowotworu złośliwego inwazyjnego, o którym mowa w pkt. 5 ppkt 1) i dalszego pogorszenia się stanu zdrowia z tytułu tego samego Nowotworu złośliwego inwazyjnego, skutkującego wystąpieniem wyższego stopnia zaawansowania choroby, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt. 8.
8. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Nowotworu złośliwego dla jednego Ubezpieczonego nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Nowotworu złośliwego przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
9. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej odpowiedzialność Towarzystwa z tej Umowy Dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego wygasa.
10. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Nowotwór złośliwy jest konsekwencją okoliczności wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5) – 7).
11. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1), 7) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 12.
12. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, których koszt ponosi Towarzystwo.

16. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego – choroby infekcyjne

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umowy Dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego - Wariant I lub Umowy Dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego - Wariant II.

2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego którejkolwiek z wymienionych i zdefiniowanych w Załączniku nr 8 do OWU chorób infekcyjnych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednej z chorób infekcyjnych wymienionych w Załączniku nr 8 do OWU.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli choroba powodująca poważne zachorowanie Ubezpieczonego nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5) – 7).
5. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania wymienionego i zdefiniowanego w Załączniku nr 8 do OWU odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu tego poważnego zachorowania wygasa.
6. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 7.
7. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, których koszt ponosi Towarzystwo.

17. Umowa Dodatkowa dotycząca leczenia specjalistycznego

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego, które rozpoczęło się i miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa oraz dotyczyło:
 - 1) chemioterapii albo radioterapii;
 - 2) terapii interferonowej;
 - 3) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora;
 - 4) wszczepienia rozrusznika serca;
 - 5) ablacji;
 - 6) dializoterapii.
2. W przypadku leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu:
 - 1) podania pierwszej dawki leku w przypadku chemioterapii, terapii interferonowej;
 - 2) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego w przypadku radioterapii;
 - 3) wykonania pierwszej dializy w przypadku dializoterapii;
 - 4) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora, rozrusznika serca;
 - 5) wykonania ablacji.
3. Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w związku z tym samym zdefiniowanym leczeniem specjalistycznym Ubezpieczonego, spośród wymienionych w pkt 1, z zastrzeżeniem pkt 4.
4. Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego obejmującego chemioterapię albo radioterapię.
5. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa nie obejmuje leczenia specjalistycznego:
 - 1) które zostało zalecone Ubezpieczonemu przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) które było następstwem stanów chorobowych ujawnionych lub leczonych u Ubezpieczonego przed dniem zawarcia Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 6.
6. Jeżeli stany chorobowe zostały ujawnione lub były leczone w okresie 5 lat przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) przyczyny leczenia specjalistycznego zaistniały w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danego leczenia specjalistycznego;
 - 2) wcześniejsza umowa ubezpieczenia obejmująca zakres przeprowadzenia danego leczenia specjalistycznego została rozwiązana;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danego leczenia specjalistycznego a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.

Towarzystwo zalicza staż z wcześniejszych umów ubezpieczenia, o ile te wcześniejsze umowy ubezpieczenia obejmowały to samo ryzyko co w Umowie Dodatkowej oraz pomiędzy następującymi po sobie tymi wcześniejszymi umowami ubezpieczenia zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli choroba powodująca przeprowadzenie danego leczenia specjalistycznego nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5) – 7), 12).
8. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1), 7).

18. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Ubezpieczonego

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje operacje chirurgiczne Ubezpieczonego wykonane w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, przeprowadzone w szpitalu bądź w warunkach ambulatoryjnych oraz wymienione w Katalogu Operacji Chirurgicznych, stanowiącym Załącznik nr 3 do OWU.
2. Jeżeli Ubezpieczony przeszedł operację chirurgiczną Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu wykonania operacji chirurgicznej:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii A;
 - 2) 80% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii B;
 - 3) 40% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii C;
 - 4) 20% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii D;
 - 5) 10% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii E.
3. Towarzystwo nie wypłaci sumy ubezpieczenia w przypadku przeprowadzenia operacji chirurgicznej, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca konieczność wykonania operacji chirurgicznej nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5), 6), 13) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną operacji chirurgicznej nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
4. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z:
 - 1) poddaniem się leczeniu stomatologicznemu, operacją kosmetyczną lub plastyczną z wyjątkiem przypadków gdy przeprowadzenie operacji spowodowane było koniecznością usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności

Towarzystwa, chorobą nowotworową wykrytą w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub operacją profilaktyczną u nosicieli mutacji w genach BRCA1/ BRCA2, APC i RET;

- 2) operacją zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięcia ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;
 - 3) operacją która miała na celu pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 4) operacją która była wykonana w celach diagnostycznych lub która miała na celu usunięcie ciał obcych metodą endoskopową;
 - 5) operacją której przyczyna została zdiagnozowana lub leczona przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 5.
5. Jeżeli przyczyna przeprowadzenia operacji chirurgicznej Ubezpieczonego została zdiagnozowana lub leczona w okresie 5 lat przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
- 1) przyczyna przeprowadzenia operacji chirurgicznej Ubezpieczonego zaszła, została zdiagnozowana lub leczona w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji chirurgicznej Ubezpieczonego;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji chirurgicznej Ubezpieczonego zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji chirurgicznej Ubezpieczonego a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
- Towarzystwo zalicza staż z wcześniejszych umów ubezpieczenia, o ile te wcześniejsze umowy ubezpieczenia obejmowały to samo ryzyko co w Umowie Dodatkowej oraz pomiędzy następującymi po sobie tymi wcześniejszymi umowami ubezpieczenia zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej.
6. Niezależnie od liczby przeprowadzonych operacji chirurgicznych, jeżeli konieczność ich przeprowadzenia wynikała z tej samej przyczyny, tj. tej samej choroby lub tego samego nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie – za pojedynczą operację chirurgiczną, w związku z którą wysokość świadczenia ustalonego zgodnie z postanowieniami pkt 2 jest najwyższa.
 7. Towarzystwo wypłaci sumę ubezpieczenia w przypadku przeprowadzenia operacji chirurgicznej będącej następstwem choroby, która w różnym czasie i niezależnie od siebie atakuje narządy lub organy występujące w parze.
 8. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1), 7).

19. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Ubezpieczonego – otwarty katalog operacji

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umowy Dodatkowej dotyczącej operacji chirurgicznych Ubezpieczonego.
2. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej zabiegów specjalistycznych.
3. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje operacje chirurgiczne Ubezpieczonego wykonane w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, przeprowadzone w szpitalu bądź w warunkach ambulatoryjnych, które nie zostały wymienione w Katalogu operacji chirurgicznych, stanowiącym Załącznik nr 3 do OWU.
4. Jeżeli Ubezpieczony przeszedł operację chirurgiczną, która nie jest wyszczególniona w Katalogu operacji stanowiącym Załącznik nr 3 do OWU, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu wykonania operacji chirurgicznej.
5. Towarzystwo nie wypłaci sumy ubezpieczenia w przypadku przeprowadzenia operacji, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca konieczność wykonania operacji chirurgicznej nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5), 6), 13) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną operacji chirurgicznej nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
6. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z:
 - 1) poddaniem się leczeniu stomatologicznemu, operacją kosmetyczną lub plastyczną z wyjątkiem przypadków gdy przeprowadzenie operacji spowodowane było koniecznością usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, chorobą nowotworową wykrytą w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub operacją profilaktyczną u nosicieli mutacji w genach BRCA1/ BRCA2, APC i RET;
 - 2) operacją zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięcia ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;
 - 3) operacją która miała na celu pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 4) operacją która była wykonana w celach diagnostycznych lub która miała na celu usunięcie ciał obcych metodą endoskopową;
 - 5) operacją której przyczyna została zdiagnozowana lub leczona przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 7.
7. Jeżeli przyczyna przeprowadzenia operacji chirurgicznej Ubezpieczonego została zdiagnozowana lub leczona w okresie 5 lat przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) przyczyna przeprowadzenia operacji chirurgicznej Ubezpieczonego zaszła, została zdiagnozowana lub leczona w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji chirurgicznej Ubezpieczonego;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji chirurgicznej Ubezpieczonego zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji chirurgicznej Ubezpieczonego a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.

Towarzystwo zalicza staż z wcześniejszych umów ubezpieczenia, o ile te wcześniejsze umowy ubezpieczenia obejmowały to samo ryzyko co w Umowie Dodatkowej oraz pomiędzy następującymi po sobie tymi wcześniejszymi umowami ubezpieczenia zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej.
8. Niezależnie od liczby przeprowadzonych operacji chirurgicznych, jeżeli konieczność ich przeprowadzenia wynikała z tej samej przyczyny, tj. tej samej choroby lub tego samego nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie, z zastrzeżeniem pkt 9.
9. Towarzystwo wypłaci sumę ubezpieczenia w przypadku przeprowadzenia operacji chirurgicznej będącej następstwem choroby, która w różnym czasie i niezależnie od siebie atakuje narządy lub organy występujące w parze.

10. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z operacjami chirurgicznymi w łącznej kwocie nieprzekraczającej 100% sumy ubezpieczenia w ciągu jednego roku polisowego.
11. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7).

20. Umowa Dodatkowa dotycząca zabiegów specjalistycznych

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umowy Dodatkowej dotyczącej operacji chirurgicznych Ubezpieczonego.
2. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej operacji chirurgicznych Ubezpieczonego – otwarty katalog operacji.
3. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zabiegi specjalistyczne wykonane w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, przeprowadzone w szpitalu bądź w warunkach ambulatoryjnych oraz wymienione w Katalogu Zabiegów Specjalistycznych, stanowiącym Załącznik nr 4 do OWU.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca zabieg specjalistyczny nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5), 6), 13) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną zabiegu specjalistycznego nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
5. Jeżeli przyczyna przeprowadzenia zabiegu specjalistycznego została zdiagnozowana lub leczona w okresie 5 lat przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) przyczyna przeprowadzenia zabiegu specjalistycznego Ubezpieczonego zaszła, została zdiagnozowana lub leczona w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.

Towarzystwo zalicza staż z wcześniejszych umów ubezpieczenia, o ile te wcześniejsze umowy ubezpieczenia obejmowały to samo ryzyko co w Umowie Dodatkowej oraz pomiędzy następującymi po sobie tymi wcześniejszymi umowami ubezpieczenia zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej.
6. W przypadku poddania Ubezpieczonego zabiegowi specjalistycznemu Towarzystwo wypłaci określony w Katalogu Zabiegów specjalistycznych stanowiącym Załącznik nr 4 do OWU procent sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej, aktualnej w dniu wykonania zabiegu specjalistycznego, z zastrzeżeniem ust. 7 i 8.
7. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu zabiegu specjalistycznego w danym roku polisowym nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
8. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu zabiegu specjalistycznego przekracza 100% sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100%.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1), 7).

21. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, który:
 - 1) rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa albo
 - 2) rozpoczął się w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy zakończyła się w przeddzień przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej

i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 0,6% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
4. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu, z zastrzeżeniem pkt 14.
5. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM-ie w czasie pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt 2 Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt 3 i 4, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
6. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, a w przypadku o którym mowa w pkt 2 ppkt 2) – w dniu początku ochrony z zastrzeżeniem, że świadczenie będzie wypłacone wyłącznie za dni przypadające w okresie trwania odpowiedzialności z tytułu Umowy Dodatkowej.
7. Przy ustalaniu wysokości świadczenia należnego z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględni okresu pobytu na przepustkach.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca pobyt w szpitalu nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5), 6), 11) – 13) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) lub
 - 3) pobyt w szpitalu był następstwem:
 - leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;

- badań lekarskich, dodatkowych badań medycznych służących ustaleniu istnienia choroby zawodowej, badań diagnostycznych nie wynikających z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu);
 - operacji kosmetycznych lub plastycznych, w tym operacji zmiany pęci, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub operacji profilaktycznej u nosicieli mutacji w genach BRCA1/ BRCA2, APC i RET.
9. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
 10. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeśli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był spowodowany usuwaniem ciąży, położeniem lub porodem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano komplikacje porodu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia Ubezpieczonego.
 11. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 180 dni w ciągu jednego roku polisowego.
 12. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
 13. Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany został zarówno chorobą, jak i nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie, ustalone w wysokości świadczenia należnego w związku z pobytom w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem.
 14. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego, a spowoduje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, świadczenie z tytułu tego pobytu w szpitalu będzie wypłacone w wysokości określonej w pkt 3.
 15. Jeżeli okres pobytu Ubezpieczonego w szpitalu przekracza 30 dni, możliwe jest wypłacenie części świadczenia należnego w związku z tą częścią okresu pobytu w szpitalu. Powyższą zasadę uprawniającą Ubezpieczonego do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.
 16. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7), 15).

22. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który:
 - 1) spowodowany został nieszczęśliwym wypadkiem oraz;
 - 2) rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
3. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
4. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM-ie w czasie pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt 2, Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt 3, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
5. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek zaistniał przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego, a spowoduje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, świadczenie z tytułu tego pobytu w szpitalu będzie wypłacone w wysokości:
 - 1) 0,6% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
6. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
7. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10).
9. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 180 dni w ciągu jednego roku polisowego.
10. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
11. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
12. Jeżeli okres pobytu Ubezpieczonego w szpitalu przekracza 30 dni, możliwe jest wypłacenie części świadczenia należnego w związku z tą częścią okresu pobytu w szpitalu. Powyższą zasadę uprawniającą Ubezpieczonego do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.
13. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7), 15).

23. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który:
 - 1) spowodowany został nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy zaistniałym w okresie odpowiedzialności Towarzystwa oraz;
 - 2) rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.

3. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
4. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek przy pracy będący przyczyną pobytu w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
6. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi łącznie 30 dni w ciągu jednego roku polisowego.
7. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
8. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7), 15).

24. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który:
 - 1) spowodowany został wypadkiem komunikacyjnym zaistniałym w okresie odpowiedzialności Towarzystwa oraz;
 - 2) rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
3. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
4. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypadek komunikacyjny będący przyczyną pobytu w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
6. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi łącznie 30 dni w ciągu jednego roku polisowego.
7. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
8. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 3), 4), 7), 15).

25. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który:
 - 1) spowodowany został zawałem serca lub udarem mózgu zdiagnozowanym w okresie odpowiedzialności Towarzystwa oraz;
 - 2) rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
3. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
4. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zawał serca lub udar mózgu będący przyczyną pobytu w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 4)–6).
6. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi łącznie 30 dni w ciągu jednego roku polisowego.
7. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
8. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw zawału serca lub udaru mózgu zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 4 pkt 1), 7).

26. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na oddziale psychiatrycznym

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na oddziale psychiatrycznym, który trwał nieprzerwanie co najmniej 14 kolejnych dni i który:
 - 1) rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa albo
 - 2) rozpoczął się w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na oddziale psychiatrycznym, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy zakończyła się w przeddzień przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.

3. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej aktualnej w dniu rozpoczęcia pobytu w szpitalu na oddziale psychiatrycznym a w przypadku o którym mowa w pkt 2 ppkt 2) – w dniu początku ochrony z tytułu Umowy Dodatkowej.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli choroba powodująca pobyt w szpitalu nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 4) – 7), 12), 13).
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1), 7), 15).
6. Jeżeli pobyt w szpitalu na oddziale psychiatrycznym przekracza 14 dni, możliwe jest wypłacenie świadczenia należnego w związku z tym pobytem, nawet jeżeli pobyt w szpitalu jeszcze się nie zakończył.
7. W okresie jednego roku polisowego Towarzystwo wypłaci nie więcej niż 1 świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej.

27. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu uzdrowiskowym

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu lub jako rozszerzenie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu uzdrowiskowym, który trwał nieprzerwanie co najmniej 21 kolejnych dni i który:
 - 1) rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa albo
 - 2) rozpoczął się w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu uzdrowiskowym, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy zakończyła się w przeddzień przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej aktualnej w dniu rozpoczęcia pobytu w szpitalu uzdrowiskowym a w przypadku o którym mowa w pkt 2 ppkt 2) – w dniu początku ochrony z tytułu Umowy Dodatkowej.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca pobyt w szpitalu nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 4) – 7), 11) - 13) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek powodujący pobyt w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), pkt 8) – 10) oraz ust. 3 lub
 - 3) pobyt w szpitalu był następstwem:
 - operacji kosmetycznych lub plastycznych (w tym operacji zmiany płci) z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub
 - leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7), 15) oraz na podstawie skierowania Ubezpieczonego na leczenie uzdrowiskowe.
6. Jeżeli pobyt w szpitalu uzdrowiskowym przekracza 21 dni, możliwe jest wypłacenie świadczenia należnego w związku z tym pobytem, nawet jeżeli pobyt w szpitalu jeszcze się nie zakończył.
7. W okresie jednego roku polisowego Towarzystwo wypłaci nie więcej niż 1 świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej.

28. Umowa Dodatkowa dotycząca ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu bądź Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje ryczałtowe pokrycie kosztów zakupu leków zaleconych Ubezpieczonemu po pobycie w szpitalu, z zastrzeżeniem, że zalecenie takie powinno bezpośrednio wynikać z dokumentu potwierdzającego pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.
3. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie tytułem ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z zastrzeżeniem pkt 4.
4. Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu początku ochrony (pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy zakończyła się w przeddzień przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej).
5. W okresie jednego roku polisowego Towarzystwo, w oparciu o datę wydania zalecenia zakupu leków w trakcie trwania ochrony w ramach Umowy Dodatkowej, wypłaci Ubezpieczonemu nie więcej niż 3 świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
6. W Umowie Dodatkowej mają zastosowanie wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa wskazane odpowiednio w Umowie Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu bądź Umowie Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku w zależności od tego, która z tych Umów Dodatkowych została zawarta.
7. Zgłoszenie wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu bądź Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku jest równoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.

29. Umowa Dodatkowa dotycząca rekonwalescencji Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza możliwość zawarcia Umowy Dodatkowej rekonwalescencji Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umów Dodatkowych dotyczących pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
3. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje rekonwalescencję następującą bezpośrednio po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu.
4. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu na rekonwalescencji świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w pierwszym dniu rekonwalescencji, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu poprzedzający rekonwalescencję Ubezpieczonego:
 - 1) miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa oraz
 - 2) trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni.

5. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z pobytami Ubezpieczonego na rekonwalescencji nieprzekraczającymi 30 dni w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego (rozumianego jako pobyt w szpitalu) oraz 60 dni w ciągu jednego roku polisowego.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący pobyt Ubezpieczonego na rekonwalescencji nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), pkt 8) – 10).
 - 2) choroba powodująca pobyt Ubezpieczonego na rekonwalescencji nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5), 6), 11), 12).
7. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7) oraz kserokopii zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital.

30. Umowa Dodatkowa dotycząca rekonwalescencji Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza możliwość zawarcia Umowy Dodatkowej rekonwalescencji Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby.
2. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umów Dodatkowych dotyczących pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, o ile pobyt ten powstał wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje rekonwalescencję następującą bezpośrednio po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
4. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu na rekonwalescencji w trakcie trwania ochrony w ramach Umowy Dodatkowej, świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w pierwszym dniu rekonwalescencji, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu poprzedzający rekonwalescencję Ubezpieczonego:
 - 1) był skutkiem nieszczęśliwego wypadku oraz
 - 2) miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa oraz
 - 3) trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni.
5. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z pobytami Ubezpieczonego na rekonwalescencji nieprzekraczającymi 30 dni w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego (rozumianego jako pobyt w szpitalu) oraz 60 dni w ciągu jednego roku polisowego.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący pobyt Ubezpieczonego na rekonwalescencji nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), pkt 8) – 10)
7. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7) oraz kserokopii zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital.

31. Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje refundację kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wymienionych w Tabeli przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, stanowiącej Załącznik nr 5 do OWU, poniesionych przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, któremu Ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, o ile koszty te nie zostały pokryte z innych źródeł.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
3. Zwrot kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych następuje na podstawie dostarczonych faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego, do wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że zakup lub wypożyczenie przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych został zalecony przez lekarza w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7) oraz faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego dotyczących naprawy, zakupu lub wypożyczenia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wraz z zaleceniem zakupu lub wypożyczenia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wystawionym przez lekarza.
5. Jeżeli koszty zostały poniesione w innej walucie niż złotych polskich, refundacja realizowana jest w złotych polskich według kursu opublikowanego przez Narodowy Bank Polski w tabelach kursów średnich walut obcych z dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku i są realizowane maksymalnie do wysokości sumy ubezpieczenia z Umowy Dodatkowej.

32. Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje refundację kosztów leczenia, poniesionych przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, któremu Ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Refundacja kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku obejmuje koszty leczenia powstałe z tytułu:
 - 1) udzielenia pierwszej pomocy lekarskiej lub ambulatoryjnej;
 - 2) pobytu w szpitalu, przeprowadzenia badań diagnostycznych, zabiegów (z wyłączeniem zabiegów rehabilitacyjnych) i operacji (z wyłączeniem operacji plastycznych);
 - 3) nabycia lekarstw i środków opatrunkowych związanych z leczeniem nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) przewozu ubezpieczonego do szpitala lub ambulatorium jeżeli stan zdrowia Ubezpieczonego uniemożliwia samodzielne dotarcie do szpitala lub ambulatorium.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
4. Refundacja kosztów leczenia następuje na podstawie dostarczonych rachunków lub faktur, do wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że koszty zostały poniesione w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7) oraz faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego za wydatki poniesione w związku z procesem leczenia.
6. Jeżeli koszty zostały poniesione w innej walucie niż złotych polskich, refundacja realizowana jest w złotych polskich według kursu opublikowanego przez Narodowy Bank Polski w tabelach kursów średnich walut obcych z dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku i są realizowane maksymalnie do wysokości sumy ubezpieczenia z Umowy Dodatkowej.

33. Umowa Dodatkowa dotycząca rehabilitacji medycznej

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej rehabilitacji medycznej wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zakres obejmuje refundację tych zabiegów:
 - 1) zabiegi rehabilitacyjne, które zostały zalecone przez lekarza lub fizjoterapeutę jako kontynuacja leczenia szpitalnego, jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był: nieszczęśliwym wypadkiem, operacją, zawałem serca lub udarem mózgu;
 - 2) konsultację lekarza rehabilitacji lub fizjoterapeuty z ustaleniem programu zabiegów rehabilitacyjnych, z wyłączeniem badań diagnostycznych;
 - 3) konsultację lekarza rehabilitacji lub fizjoterapeuty z końcową oceną stanu usprawnienia, z wyłączeniem badań diagnostycznych, przeprowadzone w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy Dodatkowej.
3. Zakres odpowiedzialności nie obejmuje zabiegów rehabilitacyjnych które zostały zalecone Ubezpieczonemu przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli konieczność przeprowadzenia rehabilitacji nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 12).
5. W przypadku, gdy rehabilitacja realizowana była w warunkach stacjonarnych, Towarzystwo nie pokrywa kosztów pobytu w placówce rehabilitacyjnej tj. kosztów noclegów i wyżywienia, a jedynie koszty przeprowadzonych zabiegów.
6. Towarzystwo nie pokrywa kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.
7. Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej polega na zrefundowaniu Ubezpieczonemu kosztów poniesionych na rehabilitację przeprowadzoną w placówce rehabilitacyjnej.
8. Świadczenie spełniane jest poprzez wypłatę Ubezpieczonemu kwoty stanowiącej równowartość kosztów rehabilitacji, z zastrzeżeniem postanowień pkt 5 i 10.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7), 16), 17) oraz faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego za wydatki poniesione w związku z rehabilitacją.
10. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za maksymalnie dwa zdarzenia ubezpieczeniowe rozumiane jako: nieszczęśliwy wypadek lub operacja lub zawał serca lub udar mózgu, w danym roku polisowym. Łączna wysokość świadczeń nie może przekroczyć wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z Umowy Dodatkowej.

34. Umowa Dodatkowa dotycząca rehabilitacji medycznej wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej rehabilitacji medycznej.
2. Zakres obejmuje refundację tych zabiegów:
 - 1) zabiegi rehabilitacyjne, które zostały zalecone przez lekarza lub fizjoterapeutę jako kontynuacja leczenia szpitalnego, jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 2) konsultację lekarza rehabilitacji lub fizjoterapeuty z ustaleniem programu zabiegów rehabilitacyjnych, z wyłączeniem badań diagnostycznych;
 - 3) konsultację lekarza rehabilitacji lub fizjoterapeuty z końcową oceną stanu usprawnienia, z wyłączeniem badań diagnostycznych, przeprowadzone w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. Zakres odpowiedzialności nie obejmuje zabiegów rehabilitacyjnych, które zostały zalecone Ubezpieczonemu przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli konieczność przeprowadzenia rehabilitacji nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) - 10) oraz ust. 3.
5. W przypadku, gdy rehabilitacja realizowana była w warunkach stacjonarnych, Towarzystwo nie pokrywa kosztów pobytu w placówce rehabilitacyjnej, tj. kosztów noclegów i wyżywienia, a jedynie koszty przeprowadzonych zabiegów.
6. Towarzystwo nie pokrywa kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.
7. Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej polega na zrefundowaniu Ubezpieczonemu kosztów poniesionych na rehabilitację przeprowadzoną w placówce rehabilitacyjnej
8. Świadczenie spełniane jest poprzez wypłatę Ubezpieczonemu kwoty stanowiącej równowartość kosztów rehabilitacji, z zastrzeżeniem postanowień pkt. 4 i 10.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7), 16), 17) oraz faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego za wydatki poniesione w związku z rehabilitacją.
10. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za maksymalnie dwa zdarzenia ubezpieczeniowe w danym roku polisowym. Łączna wysokość świadczeń nie może przekroczyć wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z Umowy Dodatkowej.

35. Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów wizyty Ubezpieczonego u lekarza specjalisty

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zwrot kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego w związku z wizytą Ubezpieczonego u lekarza specjalisty na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
2. W okresie jednego roku polisowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu nie więcej niż 3 świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej, przy czym jednorazowe świadczenie nie może przekroczyć kwoty:
 - Wariant 1 – 100,00 zł,
 - Wariant 2 – 150,00 zł,
 - Wariant 3 – 200,00 zł,
 zgodnie z wyborem wariantu dokonany przez Ubezpieczającego i potwierdzonym w Polisie lub certyfikacie.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 4 pkt 7) oraz faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego za dokonaną konsultację.

36. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka albo Partnera

1. W przypadku śmierci Współmałżonka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Współmałżonka, z zastrzeżeniem pkt 3.
2. Wszystkie postanowienia Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.
3. W okresie pierwszych 6 miesięcy licząc od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Współmałżonka.

4. W przypadku opisanym w pkt 3 stosuje się następującą zasadę: w stosunku do osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej swym zakresem umowę dodatkową dotyczącą śmierci Współmałżonka, bieg okresu, o którym mowa w pkt 3 liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego zakończyła się, a okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Współmałżonka nastąpiła wskutek któregośkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 1 i odnoszących się do Współmałżonka.
6. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 4 pkt 5), 7), 9).

37. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka albo Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Współmałżonka.
2. Wszystkie postanowienia Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Współmałżonka nastąpił wskutek któregośkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1)–5), 8) – 10) oraz ust. 3.
4. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek oraz śmierć Współmałżonka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Współmałżonka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Współmałżonka.
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 5), 7), 9).

38. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka albo Partnera wskutek wypadku komunikacyjnego

1. W przypadku śmierci Współmałżonka wskutek wypadku komunikacyjnego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia tego wypadku.
2. Wszystkie postanowienia Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypadek komunikacyjny powodujący śmierć Współmałżonka nastąpił wskutek któregośkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), pkt 8) – 10) oraz ust. 3.
4. W przypadku zgłoszenia świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej za stan po spożyciu alkoholu uważa się stężenie alkoholu we krwi, co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym.
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 3) – 5), 7), 9).
6. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) wypadek komunikacyjny oraz śmierć Współmałżonka spowodowana wypadkiem komunikacyjnym nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Współmałżonka spowodowana wypadkiem komunikacyjnym nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia tego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Współmałżonka.

39. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. Wszystkie postanowienia Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka nastąpił wskutek któregośkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia, rodzaju i stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 5), 6) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 5.
5. Towarzystwo ma prawo skierować Współmałżonka na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do lekarza orzecznika których koszt ponosi Towarzystwo.
6. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka oraz trwały uszczerbek nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) trwały uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka powstał przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Współmałżonka.
7. Prawo do świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem.
8. Rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka ustalane są po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie później niż przed upływem 24 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
9. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym nieszczęśliwym wypadkiem, rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony w wyniku analizy upośledzenia danego narządu, przed i po nieszczęśliwym wypadku.
10. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka stosuje się Tabelę uszczerbków na zdrowiu, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU.
11. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Współmałżonka.
12. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
13. W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku powodującego trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu.

40. Umowa Dodatkowa dotycząca urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera

1. Na użytek Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **złamanie** – spowodowane urazem przerwanie ciągłości tkanki kostnej, obejmujące cały jej przekrój, a także urazowe złuszczenie chrząstki nasadowej. W rozumieniu niniejszych OWU złamaniem nie jest przerwanie ciągłości tkanki kostnej związane z istniejącym wcześniej stanem chorobowym (tzw. złamanie patologiczne);
 - 2) **zwichnięcie** – spowodowane urazem uszkodzenie stawu, skutkujące przemieszczeniem powierzchni stawowych względem siebie, a w konsekwencji naciągnięcie lub naderwanie torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien;
 - 3) **skręcenie** – uraz polegający na przekroczeniu fizjologicznego zakresu ruchu w stawie. Na skutek skręcenia może dojść do uszkodzenia torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien.
 - 4) **rana** – uszkodzenie pełnej grubości skóry, wymagające zaopatrzenia chirurgicznego poprzez założenie szwów, klamer, plastrów chirurgicznych (Steri – Strip) lub zastosowanie kleju tkankowego.

Definicja nie obejmuje ran powstałych w wyniku zamierzonego działania leczniczego oraz będących efektem samookaleczenia.
2. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu 1% sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej w przypadku złamania, zwichnięcia, skręcenia lub rany wskutek nieszczęśliwego wypadku który nie spowodował trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera.
4. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej w związku ze złamaniami, zwichnięciami, skręczeniami, ranami w łącznej kwocie nieprzekraczającej 100% sumy ubezpieczenia w ciągu jednego roku polisowego.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący złamanie, zwichnięcie, skręcenie, ranę u Współmałżonka albo Partnera nastąpiło wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
6. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 5), 7).
7. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący złamanie, skręcenie, zwichnięcie lub ranę nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a złamaniem, skręceniem, zwichnięciem lub powstaniem rany.

41. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Współmałżonka albo Partnera w szpitalu

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Współmałżonka albo Partnera w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Wszystkie postanowienia Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.
3. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Współmałżonka w szpitalu wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, który:
 - 1) rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa albo
 - 2) rozpoczął się w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem pobyt Współmałżonka w szpitalu, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy zakończyła się w przeddzień przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej

i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
4. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek Współmałżonka zaistniał przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego, a spowoduje pobyt Współmałżonka w szpitalu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, świadczenie z tytułu tego pobytu w szpitalu będzie wypłacone w wysokości określonej w pkt 5.
5. W przypadku pobytu Współmałżonka w szpitalu spowodowanego chorobą Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 0,6% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu Współmałżonka w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
6. W przypadku pobytu Współmałżonka w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
7. W przypadku pobytu Współmałżonka na OIOM-ie w czasie pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt 3 Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt 5 i 6, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
8. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Współmałżonka w szpitalu a w przypadku o którym mowa w pkt 3 ppkt 2) – w dniu początku ochrony z zastrzeżeniem, że świadczenie będzie wypłacone wyłącznie za dni przypadające w okresie trwania odpowiedzialności z tytułu Umowy Dodatkowej.
9. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Współmałżonka w szpitalu Towarzystwo nie uwzględni okresu pobytu na przepustkach.
10. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca pobyt Współmałżonka w szpitalu nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5), 6), 11) – 13) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu Współmałżonka w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), pkt 8)– 10) lub
 - 3) pobyt Współmałżonka w szpitalu był następstwem:
 - leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - badań lekarskich, dodatkowych badań medycznych służących ustaleniu choroby zawodowej, badań diagnostycznych nie wynikających z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu) lub
 - operacji kosmetycznych lub plastycznych (w tym operacji zmiany pęci), z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, lub choroby nowotworowej rozpoznanej w tym okresie,
 - był związany z operacją profilaktyczną u nosicieli mutacji w genach BRCA1/BRCA2, APC i RET.
11. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z pobytami Współmałżonka w szpitalu nieprzekraczającymi 180 dni w okresie jednego roku polisowego.

12. Jeżeli w tym samym dniu Współmałżonek był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
13. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pobyt Współmałżonka w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
14. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeśli pobyt Współmałżonka w szpitalu był spowodowany usuwaniem ciąży, położeniem lub porodem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano komplikacje położu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia Współmałżonka.
15. Jeżeli pobyt Współmałżonka w szpitalu spowodowany został zarówno chorobą, jak i nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie, ustalone w wysokości świadczenia należnego w związku z pobytem w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem.
16. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust 3, ust 4 pkt 1), 5), 6), 15).
17. Jeżeli okres pobytu Współmałżonka w szpitalu przekracza 30 dni, możliwe jest wypłacenie części świadczenia należnego w związku z tą częścią okresu pobytu w szpitalu. Powyższą zasadę uprawniającą Ubezpieczonego do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego 30 dniowego okresu pobytu Współmałżonka w szpitalu.

42. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Współmałżonka albo Partnera w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Współmałżonka albo Partnera w szpitalu.
2. Wszystkie postanowienia Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.
3. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, który rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
4. W przypadku pobytu Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
5. W przypadku przebywania Współmałżonka na OIOM-ie podczas pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt 4, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
6. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek zaistniał przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego, a spowoduje pobyt Współmałżonka w szpitalu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, świadczenie z tytułu tego pobytu w szpitalu będzie wypłacone w wysokości:
 - 1) 0,6% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
7. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej aktualnej w dniu rozpoczęcia pobytu Współmałżonka w szpitalu.
8. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Współmałżonka w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
9. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu Współmałżonka w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), pkt 8) – 10).
10. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Współmałżonka w szpitalu nieprzekraczającymi 180 dni w okresie jednego roku polisowego.
11. Jeżeli w tym samym dniu Współmałżonek był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
12. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pobyt w szpitalu Współmałżonka związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
13. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust 3, ust 4 pkt 1), 5), 6), 15).
14. Jeżeli okres pobytu Współmałżonka w szpitalu przekracza 30 dni, możliwe jest wypłacenie części świadczenia należnego w związku z tą częścią okresu pobytu w szpitalu. Powyższą zasadę, uprawniającą Ubezpieczonego do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu Współmałżonka.

43. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Współmałżonka albo Partnera

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Współmałżonka którejkolwiek z wymienionych i zdefiniowanych w Wariantie I Załącznika nr 2 do OWU chorób lub przeprowadzenie którejkolwiek z wymienionych w tym Załączniku operacji lub zabiegu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. Wszystkie postanowienia Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.
3. W przypadku wystąpienia u Współmałżonka poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednej z chorób bądź przeprowadzenia operacji lub zabiegu wymienionych w Wariantie I Załącznika nr 2 do OWU.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca poważne zachorowanie Współmałżonka nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5) – 7) lub
 - 2) poważne zachorowanie powstało wskutek choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV będącego przedmiotem Umowy Dodatkowej zgodnie z definicją tej choroby zapisaną w Załączniku nr 2 do OWU lub
 - 3) nieszczęśliwy wypadek powodujący poważne zachorowanie Współmałżonka nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
5. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z poważnym zachorowaniem Współmałżonka, które jest następstwem stanów chorobowych ujawnionych lub leczonych w okresie 5 lat przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 6.
6. Jeżeli stany chorobowe u Współmałżonka, których następstwem jest wystąpienie, którejkolwiek z poważnych zachorowań wymienionych w Wariantie I Załącznika nr 2 do OWU, ujawniły się przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) stany chorobowe u Współmałżonka ujawniły się w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania Współmałżonka;

- 2) ochrona w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania Współmałżonka zakończyła się;
- 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania Współmałżonka a datą przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
Towarzystwo zalicza staż z wcześniejszych umów ubezpieczenia, o ile te wcześniejsze umowy ubezpieczenia obejmowały to samo ryzyko co w Umowie Dodatkowej oraz pomiędzy następującymi po sobie tymi wcześniejszymi umowami ubezpieczenia zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej.
7. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania Współmałżonka wymienionego i zdefiniowanego w Wariancie I Załącznika nr 2 do OWU odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu tego poważnego zachorowania Współmałżonka wygasa.
8. W przypadku kolejnego poważnego zachorowania Współmałżonka prawo do świadczenia nie zostanie przyznane, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi zachorowaniami zachodzi związek przyczynowo-skutkowy, potwierdzony przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 5), 6) oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 10.
10. Towarzystwo ma prawo skierować Współmałżonka na dodatkowe badania lekarskie, których koszt ponosi Towarzystwo.

44. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Współmałżonka albo Partnera

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje operacje chirurgiczne Współmałżonka wykonane w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej operacji chirurgicznych Współmałżonka, przeprowadzone w szpitalu bądź w warunkach ambulatoryjnych oraz wymienione w Katalogu operacji chirurgicznych, stanowiącym Załącznik nr 3 do OWU.
2. Wszystkie postanowienia Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.
3. Jeżeli Współmałżonek przeszedł operację chirurgiczną Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu wykonania operacji chirurgicznej:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii A;
 - 2) 80% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii B;
 - 3) 40% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii C;
 - 4) 20% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii D;
 - 5) 10% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii E.
4. Towarzystwo nie wypłaci sumy ubezpieczenia w przypadku przeprowadzenia operacji, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca operację chirurgiczną Współmałżonka nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5), 6), 13) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną operacji chirurgicznej Współmałżonka nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), pkt 8) – 10) oraz ust. 3.
5. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z:
 - 1) poddaniem się leczeniu stomatologicznemu, operacją kosmetyczną lub plastyczną z wyjątkiem przypadków gdy przeprowadzenie operacji spowodowane było koniecznością usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, chorobą nowotworową wykrytą w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub operacją profilaktyczną u nosicieli mutacji w genach BRCA1/ BRCA2, APC i RET;
 - 2) operacją zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięcia ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;
 - 3) operacją która miała na celu pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 4) operacją która była wykonana w celach diagnostycznych lub która miała na celu usunięcie ciał obcych metodą endoskopową.
6. Jeżeli przyczyna przeprowadzenia operacji została zdiagnozowana lub leczona w okresie 5 lat przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) przyczyna przeprowadzenia operacji chirurgicznej Współmałżonka zaszła, została zdiagnozowana lub leczona w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji chirurgicznej Współmałżonka;
 - 2) ochrona w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji chirurgicznej Współmałżonka zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji Współmałżonka a datą przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
Towarzystwo zalicza staż z wcześniejszych umów ubezpieczenia, o ile te wcześniejsze umowy ubezpieczenia obejmowały to samo ryzyko co w Umowie Dodatkowej oraz pomiędzy następującymi po sobie tymi wcześniejszymi umowami ubezpieczenia zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej.
7. Niezależnie od liczby przeprowadzonych u Współmałżonka operacji chirurgicznych, jeżeli konieczność ich przeprowadzenia wynikała z tej samej przyczyny, tj. tej samej choroby lub tego samego nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie – za pojedynczą operację chirurgiczną, dla której wysokość świadczenia ustalonego zgodnie z postanowieniami pkt 3 jest najwyższa.
8. Towarzystwo wypłaci sumę ubezpieczenia w przypadku przeprowadzenia operacji chirurgicznej będącej następstwem choroby, która w różnym czasie i niezależnie od siebie atakuje narządy lub organy występujące w parze.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 5), 6).

45. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Współmałżonka albo Partnera – otwarty katalog operacji

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umowy Dodatkowej dotyczącej operacji chirurgicznych Współmałżonka albo Partnera.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje operacje chirurgiczne Współmałżonka albo Partnera wykonane w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, przeprowadzone w szpitalu bądź w warunkach ambulatoryjnych które nie zostały wymienione w Katalogu operacji chirurgicznych, stanowiącym Załącznik nr 3 do OWU.
3. Wszystkie postanowienia Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.

4. Jeżeli Współmałżonek przeszedł operację chirurgiczną, która nie jest wyszczególniona w Katalogu operacji stanowiącym Załącznik nr 3 do OWU, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu wykonania operacji chirurgicznej.
5. Towarzystwo nie wypłaci sumy ubezpieczenia w przypadku przeprowadzenia operacji chirurgicznej, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca konieczność wykonania operacji chirurgicznej nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5), 6), 13) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną operacji chirurgicznej nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
6. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z:
 - 1) poddaniem się leczeniu stomatologicznemu, operacją kosmetyczną lub plastyczną z wyjątkiem przypadków gdy przeprowadzenie operacji spowodowane było koniecznością usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, chorobą nowotworową wykrytą w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub operacją profilaktyczną u nosicieli mutacji w genach BRCA1/ BRCA2, APC i RET;
 - 2) operacją zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięcia ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;
 - 3) operacją która miała na celu pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 4) operacją która była wykonana w celach diagnostycznych lub która miała na celu usunięcie ciał obcych metodą endoskopową;
 - 5) operacją której przyczyna została zdiagnozowana lub leczona przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 7.
7. Jeżeli przyczyna przeprowadzenia operacji została zdiagnozowana lub leczona w okresie 5 lat przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) przyczyna przeprowadzenia operacji chirurgicznej Współmałżonka zaszła, została zdiagnozowana lub leczona w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji chirurgicznej Współmałżonka;
 - 2) ochrona w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji chirurgicznej Współmałżonka zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji Współmałżonka a datą przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.

Towarzystwo zalicza staż z wcześniejszych umów ubezpieczenia, o ile te wcześniejsze umowy ubezpieczenia obejmowały to samo ryzyko co w Umowie Dodatkowej oraz pomiędzy następującymi po sobie tymi wcześniejszymi umowami ubezpieczenia zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej.
8. Niezależnie od liczby przeprowadzonych operacji chirurgicznych, jeżeli konieczność ich przeprowadzenia wynikała z tej samej przyczyny, tj. tej samej choroby lub tego samego nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie, z zastrzeżeniem pkt 9.
9. Towarzystwo wypłaci sumę ubezpieczenia w przypadku przeprowadzenia operacji chirurgicznej będącej następstwem choroby, która w różnym czasie i niezależnie od siebie atakuje narządy lub organy występujące w parze.
10. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z operacjami chirurgicznymi w łącznej kwocie nieprzekraczającej 100% sumy ubezpieczenia w ciągu jednego roku polisowego.
11. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 5), 6).

46. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka

1. W przypadku śmierci Dziecka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Dziecka, z zastrzeżeniem pkt 2.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Dziecka nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 1 i odnoszących się do Dziecka.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 4 pkt 7), 12).

47. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie odpowiedzialności Towarzystwa Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Dziecka.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Dziecka nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
3. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek oraz śmierć Dziecka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Dziecka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Dziecka.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 7), 12).

48. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka wskutek wypadku komunikacyjnego

1. W przypadku śmierci Dziecka wskutek wypadku komunikacyjnego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia tego wypadku.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypadek komunikacyjny powodujący śmierć Dziecka nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), pkt 8) – 10) oraz ust. 3.
3. W przypadku zgłoszenia świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej za stan po spożyciu alkoholu uważa się stężenie alkoholu we krwi, co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 3) – 5), 7), 9).
5. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) wypadek komunikacyjny oraz śmierć Dziecka spowodowana wypadkiem komunikacyjnym nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Dziecka spowodowana wypadkiem komunikacyjnym nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia tego wypadku;

- 3) istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Dziecka.

49. Umowa Dodatkowa dotycząca osierocenia Dziecka

1. Jeśli w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, nastąpi śmierć Ubezpieczonego, powodująca osierocenie Dziecka, Towarzystwo wypłaci każdemu Dziecku Ubezpieczonego, świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 1.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 2, ust. 4 pkt 8), 13), 14).

50. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
3. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia, rodzaju oraz stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka na podstawie dokumentów, wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7), 8) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 4.
4. Towarzystwo ma prawo skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do lekarza orzecznika, których koszt ponosi Towarzystwo.
5. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka oraz trwały uszczerbek nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka nastąpił przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Dziecka.
6. Prawo do świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem.
7. Rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka ustalane są po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie później niż przed upływem 24 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
8. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym nieszczęśliwym wypadkiem, rodzaj i stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony w wyniku analizy upośledzenia danego narządu, przed i po nieszczęśliwym wypadku.
9. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka stosuje się Tabelę uszczerbków na zdrowiu, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU.
10. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Dziecko.
11. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.

51. Umowa Dodatkowa dotycząca urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka

1. Na użytek Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **złamanie** – spowodowane urazem przerwanie ciągłości tkanki kostnej, obejmujące cały jej przekrój, a także urazowe złuszczenie chrząstki nasadowej. W rozumieniu niniejszych OWU złamaniem nie jest przerwanie ciągłości tkanki kostnej związane z istniejącym wcześniej stanem chorobowym (tzw. złamanie patologiczne);
 - 2) **zwichnięcie** – spowodowane urazem uszkodzenie stawu, skutkujące przemieszczeniem powierzchni stawowych względem siebie, a w konsekwencji naciągnięcie lub naderwanie torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien;
 - 3) **skręcenie** – uraz polegający na przekroczeniu fizjologicznego zakresu ruchu w stawie. Na skutek skręcenia może dojść do uszkodzenia torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien.
2. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu 1% sumy ubezpieczenia w przypadku urazu powodującego złamanie, zwichnięcie lub skręcenie wskutek nieszczęśliwego wypadku który nie spowodował trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka.
4. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenia w związku ze złamaniami, zwichnięciami, skręczeniami w łącznej kwocie nieprzekraczającej 100% sumy ubezpieczenia w ciągu jednego roku polisowego.
5. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli:
 - 1) istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a złamaniem, skręczeniem, lub zwichnięciem,
 - 2) leczenie urazu wymagało interwencji lekarskiej w placówce medycznej i było połączone z dalszym leczeniem oraz wymagało co najmniej jednej wizyty kontrolnej u lekarza, a w przypadku urazu narządu ruchu na zlecenie lekarza narząd ruchu został trwale unieruchomiony (gips, gips syntetyczny, szyny, stabilizator, kołnierz ortopedyczny, gorset, opatrunek dessaulta, longeta) na co najmniej 7 dni, lub leczenie urazu narządu ruchu trwało powyżej 21 dni.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący złamanie, zwichnięcie, skręcenie u Dziecka nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
7. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7), 8).

52. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Dziecka

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Dziecka Ubezpieczonego którejkolwiek z wymienionych i zdefiniowanych w Załączniku nr 6 do OWU chorób w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. W przypadku wystąpienia u Dziecka poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej, w dniu zdiagnozowania jednej z chorób wymienionych w Załączniku nr 6 do OWU.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:

- 1) choroba powodująca poważne zachorowanie Dziecka nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5) – 7), 12) lub
- 2) poważne zachorowanie powstało wskutek choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV, będącego przedmiotem Umowy Dodatkowej zgodnie z definicją tej choroby zapisaną w Załączniku nr 6 do OWU lub
- 3) nieszczęśliwy wypadek powodujący poważne zachorowanie Dziecka nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
4. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z poważnym zachorowaniem Dziecka, jeśli poważne zachorowanie jest następstwem stanów chorobowych ujawnionych lub leczonych w okresie 5 lat przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 5.
5. Jeżeli stany chorobowe u Dziecka, których następstwem jest wystąpienie którejkolwiek z poważnych zachorowań wymienionych w Załączniku nr 6 do OWU, ujawniły się przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) stany chorobowe u Dziecka, ujawnione w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres wystąpienie danego poważnego zachorowania Dziecka;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres wystąpienie danego poważnego zachorowania Dziecka zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres wystąpienie danego poważnego zachorowania Dziecka a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
6. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu tego poważnego zachorowania Dziecka wymienionego i zdefiniowanego w Załączniku nr 6 do OWU odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu tego poważnego zachorowania Dziecka wygasa.
7. W przypadku kolejnego poważnego zachorowania Dziecka, prawo do świadczenia nie zostanie przyznane, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi zachorowaniami Dziecka zachodzi związek przyczynowo-skutkowy, potwierdzony przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika.
8. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7), 8) oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 9.
9. Towarzystwo ma prawo skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie, których koszt ponosi Towarzystwo.

53. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Dziecka

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje operacje chirurgiczne Dziecka wykonane w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, przeprowadzone w szpitalu bądź w warunkach ambulatoryjnych oraz wymienione w Katalogu operacji chirurgicznych, stanowiącym Załącznik nr 3 do OWU.
2. Jeżeli Dziecko przeszło operację chirurgiczną Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu wykonania operacji chirurgicznej:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii A;
 - 2) 80% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii B;
 - 3) 40% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii C;
 - 4) 20% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii D;
 - 5) 10% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii E.
3. Towarzystwo nie wypłaci sumy ubezpieczenia w przypadku przeprowadzenia operacji chirurgicznej, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca operację chirurgiczną u Dziecka nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5), 6), 13) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną operacji chirurgicznej u Dziecka nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
4. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z:
 - 1) poddaniem się leczeniu stomatologicznemu, operacją kosmetyczną lub plastyczną z wyjątkiem przypadków gdy przeprowadzenie operacji spowodowane było koniecznością usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 2) operacją zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięcia ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;
 - 3) operacją która miała na celu pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 4) operacją która była wykonana w celach diagnostycznych lub która miała na celu usunięcie ciał obcych metodą endoskopową.
5. Jeżeli przyczyna przeprowadzenia operacji została zdiagnozowana lub leczona w okresie 5 lat przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) przyczyna przeprowadzenia operacji Dziecka zaszła, została zdiagnozowana lub leczona w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
6. Niezależnie od liczby przeprowadzonych u Dziecka operacji chirurgicznych, jeżeli konieczność ich przeprowadzenia wynikała z tej samej przyczyny, tj. tej samej choroby lub tego samego nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie – za pojedynczą operację chirurgiczną, dla której wysokość świadczenia ustalonego zgodnie z postanowieniami pkt 2 jest najwyższa.
7. Towarzystwo płaci sumę ubezpieczenia w przypadku przeprowadzenia operacji chirurgicznej będącej następstwem choroby, która w różnym czasie i niezależnie od siebie atakuje narządy lub organy występujące w parze.
8. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust 4 pkt 1), 7), 8).

54. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Dziecka – otwarty katalog operacji

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umowy Dodatkowej dotyczącej operacji chirurgicznych Dziecka.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje operacje chirurgiczne Dziecka wykonane w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, przeprowadzone w szpitalu bądź w warunkach ambulatoryjnych które nie zostały wymienione w Katalogu operacji chirurgicznych, stanowiącym Załącznik nr 3 do OWU.

3. Jeżeli Dziecko przeszło operację chirurgiczną, która nie jest wyszczególniona w Katalogu operacji stanowiącym Załącznik nr 4 do OWU, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu wykonania operacji chirurgicznej.
4. Towarzystwo nie wypłaci sumy ubezpieczenia w przypadku przeprowadzenia operacji chirurgicznej, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca konieczność wykonania operacji chirurgicznej nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5), 6), 13) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną operacji chirurgicznej nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.
5. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z:
 - 1) poddaniem się leczeniu stomatologicznemu, operacją kosmetyczną lub plastyczną z wyjątkiem przypadków gdy przeprowadzenie operacji spowodowane było koniecznością usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 2) operacją zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięcia ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;
 - 3) operacją która miała na celu pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 4) operacją która była wykonana w celach diagnostycznych lub która miała na celu usunięcie ciał obcych metodą endoskopową;
 - 5) operacją której przyczyna została zdiagnozowana lub leczona przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 6.
6. Jeżeli przyczyna przeprowadzenia operacji została zdiagnozowana lub leczona w okresie 5 lat przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) przyczyna przeprowadzenia operacji Dziecka zaszła, została zdiagnozowana lub leczona w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
7. Niezależnie od liczby przeprowadzonych operacji chirurgicznych, jeżeli konieczność ich przeprowadzenia wynikała z tej samej przyczyny, tj. tej samej choroby lub tego samego nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie, z zastrzeżeniem pkt 8.
8. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenia w przypadku przeprowadzenia operacji chirurgicznej będącej następstwem choroby, która w różnym czasie i niezależnie od siebie atakuje narządy lub organy występujące w parze.
9. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z operacjami chirurgicznymi w łącznej kwocie nieprzekraczającej 100% sumy ubezpieczenia w ciągu jednego roku polisowego.
10. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. Art. XIII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7), 8).

55. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu – świadczenie dzienne oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Dziecka w szpitalu wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, który trwał nieprzerwanie co najmniej 7 kolejnych dni i który miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej oraz który:
 - 1) rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa albo
 - 2) rozpoczął się w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem pobyt Dziecka w szpitalu, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy zakończyła się w przeddzień przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej
 i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej aktualnej w dniu rozpoczęcia pobytu Dziecka w szpitalu.
4. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca pobyt Dziecka w szpitalu nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5), 6) oraz pkt 11) – 13) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek powodujący pobyt w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), pkt 8) – 10) oraz ust. 3 lub
 - 3) pobyt w szpitalu był następstwem:
 - operacji kosmetycznych lub plastycznych (w tym operacji zmiany płci) z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub
 - leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
6. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeśli pobyt Dziecka w szpitalu był spowodowany usuwaniem ciąży, porodem lub porodem, poza przypadkami, gdy zdiagnozowano komplikacje porodu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia Dziecka.
7. W okresie jednego roku polisowego Towarzystwo wypłaci nie więcej niż 2 świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
8. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust 3, ust 4 pkt 1), 7), 8), 15).
10. Jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu przekracza 7 dni, możliwe jest wypłacenie świadczenia należnego w związku z tym pobytem Dziecka w szpitalu, nawet jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu jeszcze się nie zakończył.

56. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu – świadczenie dzienne

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Dziecka w szpitalu wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, który trwał nieprzerwanie co najmniej 4 kolejne dni i który:

- 1) rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa albo
 - 2) rozpoczął się w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem pobyt Dziecka w szpitalu, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy zakończyła się w przeddzień przystąpienia Ubezpiezonego do Umowy Dodatkowej
- i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek Dziecka zaistniał przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpiezonego, a spowoduje pobyt Dziecka w szpitalu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, świadczenie z tytułu tego pobytu w szpitalu będzie wypłacone w wysokości określonej w pkt 4.
 4. W przypadku pobytu Dziecka w szpitalu spowodowanego chorobą Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 0,6% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
 5. W przypadku pobytu Dziecka w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
 6. W przypadku pobytu Dziecka na OIOM-ie w czasie pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt 2 Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt 4 i 5, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
 7. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Dziecka w szpitalu.
 8. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
 9. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca pobyt Dziecka w szpitalu nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5), 6), 11) – 13) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu Dziecka w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), pkt 8) – 10) lub
 - 3) pobyt Dziecka w szpitalu był następstwem:
 - leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku, lub
 - operacji kosmetycznych lub plastycznych (w tym operacji zmiany pęci), z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub choroby nowotworowej rozpoznanej w tym okresie.
 10. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z pobytami Dziecka w szpitalu nieprzekraczającymi 180 dni w okresie jednego roku polisowego.
 11. Jeżeli w tym samym dniu Dziecko było pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
 12. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
 13. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeśli pobyt Dziecka w szpitalu był spowodowany usuwaniem ciąży, porodem lub porodem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano komplikacje porodu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia Dziecka.
 14. Jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany został zarówno chorobą, jak i nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie, ustalone w wysokości świadczenia należnego w związku z pobytem w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem.
 15. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust 3, ust 4 pkt 1), 7), 8), 15).
 16. Jeżeli okres pobytu Dziecka w szpitalu przekracza 30 dni, możliwe jest wypłacenie części świadczenia należnego w związku z tą częścią okresu pobytu w szpitalu. Powyższą zasadę uprawniającą Ubezpiezonego do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego 30 dniowego okresu pobytu Dziecka w szpitalu.

57. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu – świadczenie dzienne.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, który to pobyt rozpoczął się i trwał nieprzerwanie co najmniej 7 kolejnych dni w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
3. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej aktualnej w dniu rozpoczęcia pobytu Dziecka w szpitalu.
4. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący pobyt w szpitalu Dziecka nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust 3.
6. W okresie jednego roku polisowego Towarzystwo wypłaci nie więcej niż 2 świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
7. Po okresie pobytu Dziecka w szpitalu przekraczającym 7 dni możliwe jest wypłacenie świadczenia należnego w związku z tym pobytem Dziecka w szpitalu, nawet jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu jeszcze się nie zakończył.
8. Towarzystwo nie przysuwa prawa do świadczenia, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust 3, ust. 4 pkt 1), 7), 8), 15).

58. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka rozszerzonego o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną.
2. W przypadku urodzenia się żywego Dziecka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej zostanie wypłacone świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Dziecka.

3. W przypadku przysposobienia Dziecka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa zostanie wypłacone świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dacie przysposobienia Dziecka wskazanej w akcie urodzenia lub orzeczeniu sądu opiekuńczego.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 4 pkt 7), 8), 13).

59. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka rozszerzonego o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka.
2. W przypadku przysposobienia Dziecka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa zostanie wypłacone świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dacie przysposobienia Dziecka wskazanej w akcie urodzenia lub orzeczeniu sądu opiekuńczego.
3. W przypadku urodzenia w okresie odpowiedzialności Towarzystwa żywego Dziecka Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Dziecka, z zastrzeżeniem pkt 4.
4. Świadczenie z tytułu urodzenia Dziecka, o którym mowa w pkt 3 zostanie powiększone o 40% sumy ubezpieczenia należnej z tytułu urodzenia Dziecka w przypadku:
 - 1) ciąży mnogiej – za każde żywe Dziecko urodzone w wyniku ciąży mnogiej;
 - 2) urodzenia Dziecka z wadą wrodzoną, z zastrzeżeniem pkt 5 oraz pkt 6.
5. Świadczenie z tytułu urodzenia Dziecka z wadą wrodzoną, o którym mowa w pkt 4 ppkt 2) zostanie wypłacone o ile:
 - 1) wada wrodzona istniała w chwili urodzenia żywego Dziecka lub została zdiagnozowana do końca 3. roku życia Dziecka;
 - 2) wada wrodzona wymieniona jest w Katalogu wad wrodzonych stanowiącym Załącznik nr 7 do OWU.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli urodzenie Dziecka z wadą wrodzoną, o którym mowa w pkt 4 ppkt 2) nastąpiło:
 - 1) w wyniku choroby lub urazu dotyczących Dziecka a zaistniałych podczas porodu lub po urodzeniu się Dziecka;
 - 2) w związku z chorobą AIDS lub z zarażeniem się Dziecka wirusem HIV w okresie płodowym;
 - 3) na skutek przyjmowania przez Matkę w okresie ciąży: alkoholu lub narkotyków lub leków nieprzepisanych przez lekarza albo użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim.
7. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 4 pkt 1), 7), 8), 13).

60. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka martwego

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka martwego lub poronienia.
2. W przypadku urodzenia Dziecka martwego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa zostanie wypłacone świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Dziecka martwego o ile urodzenie nastąpiło po 22 tygodniu trwania ciąży.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 4 pkt 7), 8), 18).

61. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka martwego lub poronienia

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka martwego.
2. W przypadku urodzenia Dziecka martwego bądź potwierdzonego dokumentacją medyczną poronienia w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Dziecka martwego lub w dniu poronienia, z zastrzeżeniem, że w przypadku poronienia w trakcie tej samej ciąży więcej niż jednego płodu będzie wypłacone tylko jedno świadczenie. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu poronienia tylko w przypadku, gdy Matka dziecka jest osobą Ubezpieczoną bądź Współmałżonką bądź Partnerką.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli poronienie nastąpiło wskutek podejmowania przez Matkę lub Ojca działań mogących spowodować uszkodzenie płodu lub poronienie, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 4 pkt 7), 8), 18), 19).

62. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców

1. W przypadku śmierci Rodzica w okresie odpowiedzialności Towarzystwa zostanie wypłacone świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Rodzica, z zastrzeżeniem pkt 2.
2. W okresie pierwszych 6 miesięcy licząc od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Rodzica.
3. W przypadku opisanym w pkt 2 stosuje się następującą zasadę: w stosunku do osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej swym zakresem umowę dodatkową dotyczącą śmierci Rodziców, bieg okresu, o którym mowa w pkt 2 liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego zakończyła się, a okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia a datą przystąpienia do Umowy był nie dłuższy niż 31 dni.
4. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyzna lub Macochy, pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka Ubezpieczonego nie żyją i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca lub matki.
5. Z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Rodziców Towarzystwo wypłaci danemu Ubezpieczonemu nie więcej niż dwa świadczenia.
6. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 7), 10).

63. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów albo rodziców Partnera

1. W przypadku śmierci Teścia w okresie odpowiedzialności Towarzystwa zostanie wypłacone świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Teścia, z zastrzeżeniem pkt 3.
2. Wszystkie postanowienia Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.
3. W okresie pierwszych 6 miesięcy licząc od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Teścia.
4. W przypadku opisanym w pkt 3 stosuje się następującą zasadę: w stosunku do osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej swym zakresem umowę dodatkową dotyczącą śmierci Teściów, bieg okresu, o którym mowa w pkt 3 liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego zakończyła się, a okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia a datą przystąpienia do Umowy był nie dłuższy niż 31 dni.

5. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyrna lub Macochy Współmałżonka, pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka Współmałżonka nie żyją i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca lub matki Współmałżonka.
6. Z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Teściów Towarzystwo wypłaci danemu Ubezpieczonemu nie więcej niż dwa świadczenia.
7. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 5) – 7), 11).

64. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Rodzica wskutek nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Rodzica.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Rodzica nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10), oraz ust. 3 i odnoszących się do Rodzica.
3. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek oraz śmierć Rodzica spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Rodzica spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Rodzica.
4. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyrna lub Macochy wskutek nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka Ubezpiezonego nie żyją i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca lub matki wskutek nieszczęśliwego wypadku.
5. Z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Rodziców wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci danemu Ubezpieczonemu nie więcej niż dwa świadczenia.
6. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 7), 11).

65. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów albo rodziców Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Teścia wskutek nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Teścia.
2. Wszystkie postanowienia Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Teścia nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3 i odnoszących się do Teścia.
4. Z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Teścia wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci nie więcej niż dwa świadczenia.
5. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyrna lub Macochy Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka Współmałżonka nie żyją i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca lub matki Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku.
6. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek oraz śmierć Teścia spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Teścia spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Teścia.
7. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 5) – 7), 11).

66. Umowa Dodatkowa dotycząca pomocy medycznej

1. Na użytek Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **Centrum Pomocy Generali (CPG)** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług pomocy medycznej (medycznego assistance) oraz niezwłocznie organizuje wykonanie wymaganej usługi;
 - 2) **choroba przewlekła** – schorzenie utrzymujące się długotrwale, a w trakcie jego przebiegu mogą występować okresy zaostrzenia, mniejszego lub czasowego ustąpienia objawów i które zostało zdiagnozowane lub było leczone przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) **Dziecko** – osoba pozostająca pod władzą rodzicielską Ubezpiezonego, która w momencie zajścia zdarzenia nie przekroczyła 18 roku życia;
 - 4) **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie, co najmniej 24 godziny, licząc od momentu przyjęcia do szpitala;
 - 5) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, nie będąca członkiem najbliższej rodziny Ubezpiezonego;
 - 6) **Lekarz Centrum Pomocy Generali** – lekarz współpracujący z CPG;
 - 7) **miejsce zamieszkania** – wskazane przez Ubezpiezonego w deklaracji przystąpienia do Umowy miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 8) **nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej;
 - 9) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie powstałe w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony lub Współubezpieczony niezależnie od swej woli doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, rozstroju zdrowia lub zmarł;
 - 10) **osoba niesamodzielną** – osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania Ubezpiezonego w momencie zajścia zdarzenia, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone wymaga stałej opieki i nie może samodzielnie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych;
 - 11) **opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną** – opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną, polegająca na zapewnieniu niezbędnych warunków bytowych;
 - 12) **osoba wskazana do opieki** – osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazana przez Ubezpiezonego, w momencie zgłoszenia zdarzenia do CPG, do sprawowania opieki nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną. Wskazanie osoby do

opieki nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad wyżej wymienionymi osobami;

- 13) **szpital** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub krajów Unii europejskiej lub – pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski lub polski – kraju spoza Unii europejskiej, działający zgodnie z prawem miejscowym zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w szczególności do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów i prowadzący dla nich dzienne rejestry medyczne. Pojęcie „szpital” nie obejmuje domu opieki, zakładu opiekuńczo-leczniczego i pielęgnacyjno-opiekuńczego, poradni i przychodni przyszpitalnych, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, hospicjum, szpitala uzdrowiskowego, ośrodka sanatoryjnego, rehabilitacyjnego lub wypoczynkowego ani jakiegokolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
 - 14) **usługi medycznego assistance** – zorganizowanie przez CPG pomocy medycznej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej – o ile wynika to z zakresu usługi opisanego w Umowie Dodatkowej, opieki nad ludźmi lub zwierzętami, a także świadczenie usług informacyjnych, w związku z zajściem nieszczęśliwego wypadku, nagłego zachorowania lub innego zdarzenia uprawniającego do skorzystania z usługi medycznego assistance. Pełen zakres usług medycznego assistance w ramach Umowy Dodatkowej definiuje pkt 6;
 - 15) **Współubezpieczony** – Współmałżonek lub oraz Dzieci Ubezpieczonego zamieszkujące na stałe z Ubezpieczonym;
 - 16) **zwierzęta domowe** – stanowiący własność Ubezpieczonego kot należący do ras domowych lub pies, z wyłączeniem ras uznanych za agresywne zgodnie z powszechnie obowiązującymi w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przepisami prawa.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego i Współubezpieczonych.
 3. W ramach Umowy Dodatkowej oferowane są świadczenia i usługi medyczne opisane w pkt 6.
 4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z tym że postanowienia dotyczące karencji nie mają zastosowania.
 5. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej nie obejmuje pomocy medycznej w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpieczonego, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego.
 6. Zakres odpowiedzialności w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej obejmuje następujące świadczenia i usługi medyczne:
 - 1) usługi realizowane w przypadku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania na terytorium RP:
 - a) wizyta lekarza, CPG organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium lekarza za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego bądź organizuje i pokrywa koszty wizyty w najbliższej placówce medycznej. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie i może być wykorzystane maksymalnie 2 razy w roku polisowym w razie nagłego zachorowania i maksymalnie 4 razy w roku polisowym w razie nieszczęśliwego wypadku;
 - b) wizyta pielęgniarki – CPG organizuje i pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego oraz pokrywa jej honorarium, jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 3 dni. Opieka pielęgniarska obejmuje wykonanie zabiegów pielęgniarskich w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez lekarza prowadzącego. Świadczenie udzielane jest do wysokości 400 PLN na zdarzenie;
 - c) dostawa leków – CPG organizuje i pokrywa koszt dostarczenia leków przepisanych przez lekarza, do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, w sytuacji gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie;
 - d) dostawa sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego – CPG organizuje i pokrywa koszt dostarczenia drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w sytuacji, gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, do wysokości 500 PLN na zdarzenie;
 - e) organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, CPG organizuje i pokrywa koszty wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, do wysokości 500 PLN na zdarzenie;
 - f) transport medyczny – CPG organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego:
 - z miejsca zamieszkania do najbliższego, wyznaczonego przez lekarza CPG szpitala;
 - ze szpitala do szpitala (jeżeli placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony lub Współubezpieczony, nie może zapewnić mu wymaganej opieki, bądź gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny);
 - ze szpitala do miejsca zamieszkania (jeżeli hospitalizacja trwała dłużej niż 5 dni); Świadczenie udzielane jest do wysokości 2.000 PLN na zdarzenie na wszystkie rodzaje transportu.
 - g) pomoc domowa po hospitalizacji – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony był hospitalizowany dłużej niż 5 dni, CPG organizuje i pokrywa koszty pomocy domowej (przygotowywanie posiłków, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, drobne zakupy, drobne porządki) po zakończeniu hospitalizacji. Koszty zakupu wszelkich materiałów, środków spożywczych i usług ponosi Ubezpieczony lub Współubezpieczony. Usługa świadczona jest w godzinach 8:00-16:00 w miejscu zamieszkania. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie;
 - h) organizacja procesu rehabilitacyjnego – CPG organizuje i pokrywa koszt rehabilitacji oraz transportu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego na zleczone przez lekarza zabiegi w poradni rehabilitacyjnej najbliższej miejscu zamieszkania lub innej wskazanej przez Ubezpieczonego. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie;
 - i) opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony jest hospitalizowany, a w jego miejscu zamieszkania bez opieki pozostaje Dziecko lub osoba niesamodzielną, CPG organizuje i pokrywa koszty tylko jednego ze świadczeń, do wysokości 500 PLN na zdarzenie:
 - opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną – CPG organizuje i pokrywa koszty opieki nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;
 - transport Dziecka lub osoby niesamodzielnej do osoby wskazanej do opieki – CPG organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla Dziecka lub osoby niesamodzielnej z jego miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania osoby wskazanej do opieki;
 - transport opiekuna do opieki nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną – CPG organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla opiekuna z jego miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.

- 2) usługa realizowana w przypadku urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu – CPG organizuje i pokrywa koszty dojazdu położnej do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego i pokrywa koszty jej honorarium. Świadczenie udzielane jest do wysokości 400 PLN na zdarzenie;
- 3) usługa realizowana w trudnych sytuacjach losowych, tj. zgonu albo ciężkiej choroby Współubezpieczonego, Rodziców, Teściów – CPG organizuje i pokrywa koszt wizyty w placówce medycznej lub koszt dojazdu do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego oraz honorarium psychologa. Świadczenie udzielane jest do wysokości 400 PLN na zdarzenie;
- 4) usługa realizowana w przypadku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania na terytorium RP – CPG organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium za opiekę nad Zwierzętami domowymi jeżeli Ubezpieczony jest Hospitalizowany i z informacji otrzymanych od lekarza prowadzącego wynika, iż okres ten będzie dłuższy niż 3 dni, a w miejscu jego zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej bez opieki pozostają Zwierzęta domowe. CPG zorganizuje świadczenie, do wyboru przez Ubezpieczonego:
 - a) opiekę nad Zwierzętami domowymi – zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad Zwierzętami domowymi w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego przez pierwsze 3 dni od Nieszczęśliwego wypadku polegającej na karmieniu (karmę zapewni Ubezpieczony), wyprowadzaniu na spacer oraz utrzymaniu higieny psa lub kota lub transport do osoby wskazanej, lub transport do najbliższego schroniska dla zwierząt; opieka nie obejmuje leczenia weterynaryjnego;
 - b) transport Zwierząt domowych – zorganizowanie i pokrycie kosztów przewozu Zwierząt domowych do osoby wskazanej przez Ubezpieczonego lub do schroniska/hotelu dla zwierząt. Warunkiem wykonania świadczenia jest dostarczenie przez Ubezpieczonego lub osobę wskazaną aktualnej książeczki szczepień zwierzęcia;
- 5) usługi realizowane w przypadku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania poza terytorium RP:
 - a) wizyta lekarza – CPG organizuje wizytę lekarską w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego bądź organizuje wizytę u lekarza w placówce medycznej, pokrywa koszty dojazdu i honorarium lekarza. Świadczenie udzielane jest 1 raz w trakcie roku polisowego do wysokości 150 EUR na zdarzenie;
 - b) wizyta pielęgniarki – CPG organizuje wizytę pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez lekarza CPG;
 - c) transport medyczny – CPG organizuje transport medyczny z miejsca zdarzenia lub pobytu Ubezpieczonego bądź Współubezpieczonego do najbliższego szpitala lub innej placówki medycznej wskazanej przez lekarza CPG;
 - d) transport medyczny powrotny – CPG organizuje transport ze szpitala lub innej placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego bądź Współubezpieczonego odpowiednim, zalecanym przez lekarza prowadzącego środkiem transportu;
 - e) transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi – CPG organizuje transport ze szpitala do szpitala (jeśli placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony bądź Współubezpieczony nie może zapewnić mu wymaganej opieki lub gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny) odpowiednim środkiem transportu zalecanym przez lekarza prowadzącego;
 - f) przekazywanie informacji – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony jest hospitalizowany, CPG zapewnia usługi informacyjne polegające na przekazaniu na wyraźne życzenie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego wiadomości jego rodzinie lub pracodawcy, zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych i z zachowaniem poufności informacji medycznych.

Koszt świadczeń w lit. b) – e) pokrywa osoba wnioskująca o świadczenie.
7. Porady udzielane na Infolinii Medycznej mają charakter wyłącznie informacyjny.
8. W przypadku zajścia nieszczęśliwego wypadku, nagłego zachorowania lub innych okoliczności uprawniających do świadczeń wymienionych w pkt 6 w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej Ubezpieczony lub Współubezpieczony ma prawo do skorzystania z każdej wymienionej powyżej usługi medycznego assistance bez limitu zdarzeń w roku polisowym, chyba że w opisie świadczenia w pkt 6 taki limit zostanie wskazany.
9. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie nastąpiły wskutek:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
 - 2) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, prowadzenia pojazdu, który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu co miało wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) samookaleczenia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;
 - 5) poddania się eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 6) leczenia stomatologicznego, operacji kosmetycznych lub plastycznych z wyjątkiem przypadków gdy ich przeprowadzenie spowodowane było koniecznością usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków lub nagłymi zachorowaniami zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 7) operacji zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięciem ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;
 - 8) pobrania narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 9) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
 - 10) spożycia lub spożywania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych niezalecanych przez lekarza;
 - 11) niestosowania się Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza CPG;
 - 12) chorób przewlekłych;
 - 13) uprawiania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarskiego, spływów sportowych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkuru, raftingu, buggykitingu, surfing, windsurfingu, kitesurfingu, zorbingu, paintballu, kaskaderstwa, skoków na linie (bungee jumping), jazdy quadami, ekstremalną jazdą na motocyklu, udziału w off-roadach, uczestniczenia w rajdach przeprawowych i samochodowych, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekką atletyką i pływaniem.
10. Postępowanie w przypadku zajścia zdarzenia:
 - 1) w przypadku zajścia zdarzenia uprawniającego do skorzystania z usług wskazanych w pkt 6, Ubezpieczony lub Współubezpieczony zobowiązany jest do telefonicznego skontaktowania się z CPG.

- 2) Ubezpieczony lub Współubezpieczony powinien podać następujące dane:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - b) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - c) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - d) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - e) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym lub Współubezpieczonym;
 - f) inne informacje konieczne pracownikowi CPG do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
 - 3) w przypadku, gdy podane telefonicznie informacje są niezgodne z danymi posiadanymi przez CPG i mogą nasuwać wątpliwości, co do uprawnień Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego do korzystania z usług medycznego assistance, Ubezpieczony lub Współubezpieczony na żądanie pracownika CPG zobowiązany jest okazać usługodawcy przybyłemu na miejsce zdarzenia dokument tożsamości ze zdjęciem pod rygorem niezrealizowania usługi medycznego assistance.
 - 4) w przypadku odmowy udzielenia informacji, o których mowa w ppkt 2) i 3) lub braku współpracy z obsługą CPG uniemożliwiającej organizację świadczeń, CPG może odmówić organizacji świadczeń.
11. Refundacje:
- 1) Towarzystwo nie przewiduje refundacji za usługi niezorganizowane przez CPG, chyba że Ubezpieczony lub Współubezpieczony przed zorganizowaniem usługi we własnym zakresie uzyskał telefonicznie taką zgodę od CPG.
 - 2) Ubezpieczony powinien złożyć do CPG pisemny wniosek o refundację kosztów usług wraz z rachunkami niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od ustania przeszkody w zawiadomieniu CPG.
 - 3) CPG przekazuje Ubezpieczonemu decyzję w sprawie wniosku o refundację w terminie do 30 dni od daty jego otrzymania.
 - 4) Towarzystwo poprzez CPG refunduje koszty w wysokości, w jakiej byłyby poniesione, gdyby usługa medycznego assistance była organizowana przez CPG, jednak nie wyższe niż potwierdzone przedłożonymi rachunkami.
 - 5) Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości refundacji kosztów nie jest możliwe w terminie określonym w ppkt 3) refundacja kosztów dokonywana jest w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część refundacji CPG wypłaca w terminie określonym w ppkt 3).

67. Umowa Dodatkowa dotycząca drugiej opinii medycznej

1. Na użytek Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **Centrum Pomocy Generali** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej oraz koordynuje realizację świadczenia z tytułu Drugiej opinii medycznej;
 - 2) **choroba neuronu ruchowego** – choroba o nieznannej etiologii, charakteryzująca się postępującym zwyrodnieniem szlaków korowodzeniowych, komórek przednich rdzenia i/lub neuronów opuszki. Definicja obejmuje następujące jednostki chorobowe:
 - a) rdzeniowy zanik mięśni (SMA);
 - b) postępujące porażenie opuszkowe (PBP);
 - c) stwardnienie zanikowe boczne (ALS);
 - d) pierwotne stwardnienie boczne (PLS).
 Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii, konieczne jest wykluczenie innych jednostek chorobowych dających podobne objawy;
 - 3) **choroba Parkinsona** – powolnie postępująca zwyrodnieniowa choroba centralnego układu nerwowego, będąca następstwem zaniku komórek istoty czarnej śródmózgowia. Jednoznaczne rozpoznanie choroby Parkinsona musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie istnienia postępujących i trwałych ubytków neurologicznych, niemożliwych do skorygowania leczeniem farmakologicznym. Ponadto ocena podstawowych czynności życiowych ("Activities of Daily Living") musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum 3 z listy 6 podstawowych czynności życiowych w ciągu co najmniej 6 miesięcy:
 - a) mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
 - b) zdolność do ubierania / rozbierania się;
 - c) używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
 - d) zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
 - e) wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
 - f) picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków.
 Termin nie obejmuje przypadków spowodowanych stosowaniem leków lub substancji toksycznych.
 - 4) **choroba serca** – zespół objawów chorobowych będących następstwem przewlekłego stanu niedostatecznego zaopatrzenia komórek mięśnia sercowego w tlen i substancje odżywcze;
 - 5) **ciężki Udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorem materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - a) obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - b) utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
 - c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej lub jądrowym rezonansie magnetycznym);
 - d) istnienie trwałych deficytów neurologicznych potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 2 miesięcy od daty zdarzenia.
 Definicja nie obejmuje:
 - a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - b) zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;
 - c) objawów mózgowych spowodowanych migreną;
 - d) uszkodzenia mózgu spowodowanego zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
 - e) chorób naczyniowych dotyczących oka, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
 - 6) **ciężkie oparzenia** – uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi, powodujące:
 - a) oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała lub

- b) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie. Jako kryterium pomiaru przyjmuje się tabelę powierzchni ciała Lunda i Browdera lub regułę „dziewiątek” Wallace’a
- 7) **druga opinia medyczna** – opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia Ubezpieczonego, sporządzana przez lekarza konsultanta praktykującego poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i/lub osobistej konsultacji z lekarzem specjalistą praktykującym na terytorium RP, na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej. Wybór drugiej opinii medycznej przeprowadzonej poza terytorium RP lub na terytorium RP będzie dokonywany przez Ubezpieczonego;
 - 8) **Europ Assistance** – Europ Assistance Sp. z o.o., która mieści się pod adresem: ul. Wołoska 5, 02-675 Warszawa, współpracująca z Towarzystwem w ramach Drugiej opinii medycznej;
 - 9) **lekarz konsultant** – lekarz medycyny, uznany za specjalistę w danej dziedzinie medycyny, z dużą wiedzą popartą wieloletnim doświadczeniem w danej specjalności. Wybór lekarza konsultanta dla poszczególnych Ubezpieczonych będzie dokonywany przez Europ Assistance, z uwzględnieniem specyfiki choroby Ubezpieczonego;
 - 10) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do stosowania u Ubezpieczonego przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;
 - 11) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania.
Definicja obejmuje także złośliwe nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz krwi i narządów krwiotwórczych. Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie Nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów:
 - a. pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
 - b. posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
 - c. rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności. Definicja nie obejmuje:
 - a. nowotworów łagodnych;
 - b. zróżnicowanych raków tarczycy i prostaty o stopniu zaawansowania mniejszym niż II zgodnie z klasyfikacją AJCC;
 - c. nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
 - d. nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania mniejszym niż IB w klasyfikacji AJCC;
 - e. nowotworów rozpoznanych jedynie na podstawie płynnej biopsji (liquid biopsy).;
 - 12) **operacja zastawek serca** – operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub kilku zastawek serca. Definicja nie obejmuje zabiegów polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczyń krwionośnych oraz wymiany wszczepionej wcześniej zastawki. Zabieg musi wynikać ze wskazań klinicznych, potwierdzonych przez specjalistę w zakresie kardiologii, a uszkodzenie zastawek musi być potwierdzone badaniem naczyniowym lub echokardiograficznym;
 - 13) **ośrodek referencyjny** – ośrodek medyczny będący ze względu na profil swojej działalności, doświadczenie i wyniki leczenia punktem odniesienia w diagnostyce i /lub leczeniu danej jednostki chorobowej;
 - 14) **paraliż** – całkowita utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn, spełniająca kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość: ramię, przedramię, dłoń w przypadku kończyny górnej i udo, podudzie, stopa w przypadku kończyny dolnej. Utrata funkcji musi być trwała, istnieć przez ponad 6 miesięcy od daty zdarzenia i być potwierdzona przez specjalistę w zakresie neurologii;
 - 15) **przeszczepienie narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z narządów: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub allogeniczny przeszczep szpiku kostnego. Definicja nie obejmuje przeszczepów narządów innych, niż wymienione powyżej, części narządów (z wyjątkiem przeszczepu fragmentu wątroby), przeszczepów tkanek lub komórek;
 - 16) **stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) charakteryzująca się powstawaniem obszarów demielinizacji. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonald’a i potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Konieczne jest istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii najwcześniej po 6 miesiącach od wystąpienia zdarzenia) i jednoznaczne wykluczenie innej przyczyny stwierdzanych nieprawidłowości (np. choroby naczyniowe, zakażenia bakteryjne lub wirusowe);
 - 17) **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, oceniany na nie więcej niż 7 stopni w Skali Glasgow (Glasgow Coma Scale), powodujący powstanie trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Definicja nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej, a także wynikających z użycia leków, alkoholu i innych substancji odurzających;
 - 18) **utrata mowy** – trwała i nieodwracalna całkowita utrata zdolności mówienia w wyniku choroby lub wypadku, powodujących uszkodzenie strun głosowych, utrzymująca się przez co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii. Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi;
 - 19) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie laryngologii, w oparciu o wyniki badań audiometrycznych, wykazujących średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu;
 - 20) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach, rozumiana jako osłabienie ostrości wzroku poniżej 5/50 (0,01) lub ograniczenie pola widzenia poniżej 20%, spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym i korekcyjnym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie okulistyki;
 - 21) **zaawansowany stan otępienny** (w tym choroba Alzheimer’a) – postępujący proces spowodowany znacznym ubytkiem neuronów, w którym oprócz osłabienia funkcji poznawczych (pamięci, uwagi, zdolności myślenia abstrakcyjnego, itd.) występują zaburzenia wyższych czynności korowych (mowy, rozpoznawania znanych wcześniej przedmiotów, wykonywania wyuczonych czynności celowych, itd.). Choroba musi spowodować: uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali MMSE (Mini-Mental Status Examination). Ponadto ocena podstawowych czynności życiowych (“Activities of Daily Living”) musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum 3 z listy 6 podstawowych czynności życiowych:
 - a) mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;

- b) zdolność do ubierania / rozbierania się;
- c) używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
- d) zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
- e) wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
- f) picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków;

22) **zakażenie wirusem HIV**

- a) Zakażenie wirusem HIV związane z przetoczeniem krwi. Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:
 - o zakażenia doszło w okresie ubezpieczenia, podczas przetaczania ze wskazań medycznych krwi lub preparatów krwiopochodnych;
 - Ubezpieczony nie był leczony z powodu hemofilii;
 - o serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po przetoczeniu;
 - obecność infekcji HIV została potwierdzona w autoryzowanym laboratorium;
- b) Zakażenie wirusem HIV związane z pracą zawodową. Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:
 - do zakażenia doszło w wyniku zakłucia się igłą w czasie wykonywania obowiązków zawodowych jako: lekarz/stomatolog, pielęgniarka, ratownik medyczny, strażak lub policjant;
 - wypadek, który mógł być przyczyną zakażenia zdarzył się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i został zgłoszony do Towarzystwa wraz z ujemnym wynikiem testu w kierunku HIV, wykonanym po wypadku;
 - do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy od wypadku;
 - obecność infekcji HIV została potwierdzona w autoryzowanym laboratorium.

Definicja nie obejmuje przypadków zakażenia, do których doszło w inny sposób, np. drogą kontaktów seksualnych lub dożylnego stosowania środków odurzających. Towarzystwo musi posiadać prawo dostępu do wyników badań krwi Ubezpieczonego i mieć prawo do zlecenia niezależnych badań kontrolnych.

2. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia, o ile rozpoznano u niego chorobę lub uszkodzenie ciała powodujące trwałą, krytyczną, nieodwracalną utratę zdrowia, tj.:

- 1) chorobę Alzheimer'a;
- 2) chorobę neuronu ruchowego;
- 3) ciężkie oparzenia;
- 4) chorobę Parkinsona;
- 5) chorobę serca;
- 6) niewydolność nerek;
- 7) nowotwór złośliwy inwazyjny;
- 8) paraliż;
- 9) stwardnienie rozsiane;
- 10) śpiączkę;
- 11) ciężki udar mózgu;
- 12) utratę mowy;
- 13) utratę słuchu;
- 14) utratę wzroku;
- 15) zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimer'a);
- 16) zakażenie wirusem HIV

lub zalecono operację zastawek serca lub przeszczepienie narządu.

3. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje:

- 1) sporządzenie drugiej opinii medycznej, w ramach której Towarzystwo za pośrednictwem Europ Assistance zobowiązuje się do:
 - a) udzielenia Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie drugiej opinii medycznej, a w razie potrzeby zobowiązuje się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów. W przypadku chorób nowotworowych może być konieczne przeprowadzenie ponownego badania histopatologicznego, które na wniosek Ubezpieczonego zostanie zorganizowane przez Europ Assistance;
 - b) przetłumaczenia zebranej dokumentacji medycznej na język angielski, a następnie sporządzenia z niej streszczenia;
 - c) przesłania streszczenia do lekarza konsultanta, specjalizującego się w danym schorzeniu;
 - d) zapewnienia sporządzenia drugiej opinii medycznej, zawierającej: potwierdzenie bądź nową diagnozę, efektywny sposób leczenia, rokowania;
 - e) przetłumaczenia drugiej opinii medycznej na język polski oraz udostępnienia jej Ubezpieczonemu lub na wniosek Ubezpieczonego, lekarzowi prowadzącemu, pod opieką którego on się znajduje.
- 2) zorganizowania telekonsultacji, wideokonsultacji lub wizyty u Lekarza konsultanta, czyli:
 - a) zorganizowania telekonsultacji, wideokonsultacji albo wizyty u Lekarza konsultanta z Ośrodka referencyjnego, przygotowującego Drugą opinię medyczną, w celu omówienia z nim wątpliwości lub niejasności, a także odpowiedzi na dodatkowe pytania Ubezpieczonego dotyczące sporządzonej Drugiej opinii medycznej. Usługa realizowana jest w dni robocze w terminie ustalonym z Ubezpieczonym;
 - b) zorganizowania pomocy tłumacza, przy wykorzystaniu narzędzi porozumiewania się na odległość (telefon, e-mail, chat), w sytuacji, gdy Ubezpieczony wymaga wsparcia w zakresie tłumaczenia podczas telekonsultacji albo wideokonsultacji z Lekarzem konsultantem z Ośrodka referencyjnego lub w trakcie organizacji procesu leczenia. Tłumaczenia odbywają się w języku: angielskim, niemieckim, hiszpańskim lub francuskim. Usługa realizowana jest w dniu telekonsultacji albo wideokonsultacji
- 3) Wskazanie lekarzy kwalifikujących się do podjęcia procesu leczenia Ubezpieczonego, czyli:
 - a) wyszukanie lekarza specjalizującego się w danym schorzeniu;
 - b) dostarczenie Ubezpieczonemu raportu zawierającego informacje o dostępności lekarza, sposobie, w jaki można umówić się na wizytę, dokumentacji medycznej potrzebnej na wizytę oraz zawierającego informacje o doświadczeniu lekarza. W raporcie zawarte są opisy maksymalnie trzech rekomendowanych lekarzy;
- 4) Zorganizowanie procesu leczenia Ubezpieczonego, czyli:
 - a) zorganizowanie oraz koordynację terapii medycznej;

- b) zorganizowanie oraz koordynację transportu Ubezpieczonego do miejsca gdzie przeprowadzane jest leczenie;
 - c) zorganizowanie zakwaterowania Ubezpieczonego;
 - d) przedstawienie szacunkowego kosztu leczenia.
4. W okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej Ubezpieczony ma prawo do usług określonych w pkt 3 ppkt 2) i 4) o ile wcześniej została sporządzona dla niego druga opinia medyczna.
 5. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z tym że postanowienia dotyczące karencji nie mają zastosowania.
 6. Odpowiedzialność Towarzystwa obejmuje proces zorganizowania usług określonych w pkt 3., natomiast nie obejmuje kosztów wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych lub niezbędnych do sporządzenia drugiej opinii medycznej, nie obejmuje również kosztów terapii medycznej, transportu czy zakwaterowania.
 7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli choroba lub uszkodzenia ciała lub transplantacja organów nastąpiła w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 1 pkt 1) – 5), 8) – 11) oraz ust. 3.
 8. Zgłaszając się do Centrum Pomocy Generali Ubezpieczony powinien podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego oraz dane opiekuna Ubezpieczonego w przypadku osób, które ze względu na swoje schorzenie (np. śpiączka, utrata mowy, słuchu, itp.) nie są w stanie lub mają ograniczone możliwości komunikacyjne;
 - 2) adres zamieszkania;
 - 3) okres obejmowania ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 4) numer telefonu i adres e-mail do kontaktu zwrotnego.
 9. W przypadku potwierdzenia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony otrzyma formularze, których wypełnienie jest niezbędne do spełnienia świadczenia.
 10. Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć do Centrum Pomocy Generali pełną dokumentację medyczną, dotyczącą przypadku medycznego w związku, z którym Ubezpieczony wnioskuje o sporządzenie drugiej opinii medycznej.
 11. Centrum Pomocy Generali przesyła drugą opinię medyczną w ciągu 17 dni roboczych (tj. dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczonych od daty, w której spełniony został warunek zawarty w pkt 10.
 12. W przypadku, gdy sporządzenie drugiej opinii medycznej nie może nastąpić w terminie, o którym mowa w pkt 11, Centrum Pomocy Generali sporządzi drugą opinię medyczną w ciągu 14 dni roboczych od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności sporządzenie jej było możliwe, o czym Ubezpieczony zostanie poinformowany.
 13. Centrum Pomocy Generali organizuje telekonsultację, wideokonsultację albo wizytę u Lekarza konsultanta, o których mowa w pkt 3 ppkt 2) lit. a), nie później niż 5 dni robocze od dnia otrzymania zgłoszenia o chęci skorzystania z tej usługi.

68. Umowa Dodatkowa dotycząca assistance fitness

1. Na użytek Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **Awaria roweru** – nagle i nieprzewidziane zatrzymanie funkcjonowania elementu mechanicznego roweru, powodujące brak możliwości użytkowania roweru zgodnie z jego przeznaczeniem, które nie jest spowodowane bezpośrednim działaniem człowieka. Jako awarię roweru uznaje się również awarię ogumienia w postaci: przebicia lub pęknięcia opony lub dętki, niesprawnego działania wentyli rowerowych, innych przyczyn, z powodu których uchodzi powietrze z opony lub dętki;
 - 2) **Centrum Pomocy Generali (CPG)** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, przez wszystkie dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług Assistance Fitness oraz niezwłocznie organizuje wykonanie wymaganej usługi;
 - 3) **Droga publiczna** – droga zaliczona do jednej z kategorii dróg na podstawie obowiązującej ustawy o drogach publicznych z której może korzystać każdy, zgodnie z jej przeznaczeniem, z ograniczeniami i wyjątkami określonymi w tej ustawie lub innych przepisach szczególnych;
 - 4) **Koszty leczenia** – Centrum Pomocy Generali pokrywa do wysokości ustalonego limitu udokumentowane koszty leczenia:
 - a) badań i zabiegów ambulatoryjnych,
 - b) zakupu leków i środków opatrunkowych, niezbędnych środków pomocniczych (kule, temblak) przepisanych przez lekarza (w związku z nieszczęśliwym wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową) za wyjątkiem odżywek, środków wzmacniających i preparatów kosmetycznych,
 - c) hospitalizacji, tj. leczenia, zabiegów i operacji.
 Koszty leczenia szpitalnego, zabiegów i operacji regulowane są przez Centrum Pomocy Generali.
 - 5) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe zdarzenie, wywołane gwałtownie i nagle działającą przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli oraz stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca lub udaru mózgu, przeciążenia oraz innych chorób, nawet występujących nagle;
 - 6) **Placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za Placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu ośrodków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA;
 - 7) **uszczerbek na zdrowiu** – nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji (w tym również pęknięcie, złamanie kości, zwichnięcie lub skręcenie stawu);
 - 8) **Uszkodzenie roweru** – mechaniczne uszkodzenie roweru powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku drogowego, które spowodowało jego unieruchomienie, z wyłączeniem awarii roweru.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
3. W przypadku zajścia nieszczęśliwego wypadku w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, oferowane są świadczenia i usługi opisane w pkt 6.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z tym, że postanowienia dotyczące karencji nie mają zastosowania.
5. Organizacja i pokrycie kosztów odbywa się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
6. Zakres odpowiedzialności w ramach Umowy Dodatkowej obejmuje następujące świadczenia i usługi medyczne:
 - 1) usługi realizowane w przypadku nieszczęśliwego wypadku któremu uległ Ubezpieczony:

- a) organizacja i pokrycie kosztów instruktora fitness – jeżeli u Ubezpieczonego doszło do uszczerbku na zdrowiu. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie i może być wykorzystane maksymalnie 2 razy w roku polisowym, w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.
- b) pokrycie kosztów leczenia związane z pierwszą niezbędną pomocą - jeżeli u Ubezpieczonego, doszło do uszczerbku na zdrowiu. Świadczenie udzielane jest do wysokości 1 000 PLN na zdarzenie i może być wykorzystane maksymalnie 1 raz w roku polisowym;
- 2) usługi realizowane w przypadku nieszczęśliwego wypadku któremu uległ Ubezpieczony podczas jazdy na rowerze:
- a) transport medyczny Ubezpieczonego – jeżeli u Ubezpieczonego doszło do uszczerbku na zdrowiu CPG zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego z miejsca zdarzenia do odpowiedniej Placówki medycznej znajdującej się w odległości nie większej niż 30 km od miejsca zdarzenia, dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz CPG. Świadczenie może być wykorzystane maksymalnie 2 razy w roku polisowym.
- b) zwrot kosztów naprawy roweru - jeżeli w wyniku wypadku powstałego w trakcie użytkowania roweru na drodze publicznej, podczas którego Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu oraz rower na którym się poruszali, uległ uszkodzeniu, Ubezpieczonemu przysługuje zwrot poniesionych kosztów naprawy roweru na podstawie dostarczonych rachunków lub faktur, do wysokości 1 000 PLN. Świadczenie może być wykorzystane maksymalnie 1 raz w roku polisowym;
- c) organizacja wizyty u lekarza specjalisty - na podstawie decyzji lekarza CPG, CPG organizuje wizytę u lekarza specjalisty w miarę możliwości w terminie wskazanym przez Ubezpieczonego. Koszty wizyty u lekarza specjalisty pokrywa Ubezpieczony.
- d) informacja o operacji szpitalnej - usługa polegająca na udzieleniu informacji o możliwym miejscu i czasie przeprowadzenia operacji w publicznych lub niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej działających na terytorium RP zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa;.
- 3) usługi realizowane w przypadku awarii lub uszkodzenia roweru:
- a) transport roweru – CPG organizuje i pokrywa koszty transportu roweru oraz Ubezpieczonego z miejsca zdarzenia do miejsca zamieszkania albo do najbliższego serwisu rowerowego do wysokości 500 PLN na zdarzenie i może być wykorzystane maksymalnie 2 razy w roku polisowym. Transport odbywa się z drogi utwardzonej. Transport roweru oraz Ubezpieczonego może być zorganizowany tylko w zasięgu dróg publicznych.
- 4) usługi realizowane na życzenie Ubezpieczonego:
- a) Infolinia fitness – CPG udostępni Ubezpieczonemu następujące informacje i zorganizuje usługi (koszty usług ponosi Ubezpieczony):
- informacja na temat adresów i godzin otwarcia sklepów z odzieżą sportową
 - informacja na temat dostępności i ceny wybranego artykułu sportowego
 - informacja na temat adresów sklepów z maszynami sportowymi
 - informacja na temat dostępności i cen wybranej maszyny sportowej
 - informacja na temat dostępności i cen wybranej literatury o tematyce sportowej w sklepach
 - organizacja zakupu i dostawy wybranej książki o tematyce sportowej
 - informacje na temat adresów i godzin otwarcia wypożyczalni sprzętu sportowego
- b) Infolinia czas wolny i hobby:
- i. CPG udostępni Ubezpieczonemu następujące informacje i zorganizuje usługi (koszty usług ponosi Ubezpieczony) na temat imprez dla fanów sportu :
 - zawody lokalne i światowe
 - imprezy kameralne w obrębie wybranego klubu
 - organizacja zakupu i dostarczenia biletów na wybraną imprezę sportową
 - ii. CPG udostępni informacje na temat dostępności i cenach kursów o charakterze sportowym oraz udzieli pomocy w:
 - organizacji kursów jazdy „off road”
 - organizacji nauki jazdy samochodem terenowym
 - organizacji nauki nurkowania
 - organizacji kursu kitesurfingu
 - organizacji kursu surfingu, windsurfingu
 - organizacji kursów żeglarskich i motorowodnych
 - organizacji szkolenia lotniczego
 - organizacji lekcji gry w golf, pool bilard, tenisa
 - organizacji kursu fotografii
 - organizacji lekcji/kursu jazdy konnej, tańca
 - organizacji szkolenia strzeleckiego
 - iii. CPG udzieli informacji o metodach aktywnego spędzania czasu – pomoc w wyszukiwaniu i organizacji uczestnictwa:
 - organizacja wyścigów gokartami
 - organizacja spływu kajakowego
 - organizacja lotu odrzutowcem wojskowym, helikopterem, balonem, na lotu motolotni, lotu szybowcem
 - organizacja wyjazdów z ekipami badawczymi
 - organizacja skoku na bungee, skoku ze spadochronem, udziału w bitwie paintball
- c) Infolinia zdrowie i relaks – CPG udostępni Ubezpieczonemu następujące informacje o ofercie wybranych:
- salonów SPA
 - salonów kosmetycznych
 - salonów odnowy biologicznej
 - klinikach chirurgii plastycznej
 - informację o alternatywnych metodach relaksacji: Muzykoterapia, Arteterapia
7. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte szkody powstałe wskutek:
- 1) czynności związanych z wykonywaniem przez Ubezpieczonego pracy zarobkowej,
 - 2) uprawiania sportów wysokiego ryzyka zdefiniowanych jako kolarstwo zjazdowe, rozumiane jako rodzaj kolarstwa górskiego uprawianego na silnie nachylonych stokach naturalnych lub specjalnie przygotowywanych trasach, których wspólną cechą jest pokonywanie silnie nachylonej trasy obfitującej w liczne naturalne lub sztuczne przeszkody (muldy, koleiny, ostre wiraże, skocznie), kolarstwo przełajowe, kolarstwo BMX, cyklotrial, kolarstwo artystyczne, piłka rowerowa oraz sporty o charakterze ekstremalnym, a w szczególności: uprawianie baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, paralotniarstwa, pilotowania jakichkolwiek samolotów

silnikowych, sportów motorowych i motorowodnych, raftingu lub innych sportów wodnych na rzekach górskich, sportów walki, sportów spadochronowych, skoków narciarskich, wspinaczki wysokogórskiej lub skalnej, speleologii, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoków na gumowej linie, myślistwa, jazda konnej, jazda na motorze, skuterze, jazda na nartach wodnych oraz jazda z wykorzystaniem wszystkich pojazdów poruszających się po śniegu lub lodzie, udział Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów lądowych, śródlądowych, morskich lub powietrznych oraz przygotowanie do nich,

- 3) wyczynowego uprawiania sportu rozumianego jako udział Ubezpieczonego w treningach, zawodach, obozach kondycyjnych czy szkoleniowych, będących dla Ubezpieczonego źródłem dochodu z uprawianej dyscypliny sportu,
- 4) będące następstwem użytkowania roweru niezgodnie z jego przeznaczeniem.
8. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są koszty wynikające z powtarzających się awarii, będących następstwem nieusunięcia przez Ubezpieczonego ich przyczyn.
9. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są koszty powstałe w związku z uszkodzeniami, o istnieniu których Ubezpieczony wiedział przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej.
10. W celu realizacji usług Ubezpieczony powinien skontaktować się z CPG telefonicznie pod nr telefonu wskazanym na certyfikacie i podać wszelkie dostępne informacje niezbędne do ustalenia uprawnień do uzyskania świadczeń, a w szczególności:
 - 1) imię, nazwisko Ubezpieczonego,
 - 2) numer PESEL lub data urodzenia Ubezpieczonego,
 - 3) telefon kontaktowy,
 - 4) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - 5) inne informacje konieczne pracownikowi CPG do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług
11. W przypadku gdy Ubezpieczony nie wypełnił obowiązków określonych w pkt. 10, pracownik CPG ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.
12. Towarzystwo nie przewiduje refundacji za usługi niezorganizowane przez CPG, chyba że Ubezpieczony przed zorganizowaniem usługi we własnym zakresie, uzyskał telefonicznie taką zgodę od CPG.
13. Prawo do świadczenia przysługuje Ubezpieczonemu.

69. Umowa dodatkowa dotycząca assistance – wsparcie po urodzeniu dziecka

1. Na użytek Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **Centrum Pomocy Generali (CPG)** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, przez wszystkie dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług Assistance – wsparcie po urodzeniu dziecka oraz niezwłocznie organizuje wykonanie wymaganej usługi;
 - 2) **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego, które urodziło się w trakcie trwania ochrony z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 3) **miejsce zamieszkania** – wskazane przez Ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia do Umowy miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 4) **Współubezpieczony** – Współmałżonek lub Partner Ubezpieczonego zamieszkujący na stałe z Ubezpieczonym.
 - 5) **Lekarz specjalista** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza o specjalizacji: ginekolog, uroginekolog, pediatra lub psycholog, zgodnie z polskim prawem, wskazana przez CPG i uprawniona do występowania w imieniu CPG;
 - 6) **Fizjoterapia poporodowa** – dziedzina rehabilitacji, zajmująca się dolegliwościami i powikłaniami wynikającymi ze zmian w organizmie kobiety, jakie zachodzą w czasie ciąży i po porodzie.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego i Współubezpieczonego.
3. W ramach Umowy Dodatkowej oferowane są świadczenia opisane w pkt 5.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z tym, że postanowienia dotyczące karencji nie mają zastosowania.
5. W przypadku urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, CPG zorganizuje i pokryje koszty następujących świadczeń assistance:
 - 1) ogólną wideo konsultację lekarską on-line - telefoniczną rozmowę z lekarzem w zakresie ginekologii, uroginekologii, pediatrii lub psychologii, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ustnej informacji, co do dalszego toku postępowania. Świadczenie może być wykorzystane 4 razy na zdarzenie;
 - 2) zajęcia z instruktorem fitness. Świadczenie udzielane jest do wysokości 1 000 PLN na zdarzenie;
 - 3) fizjoterapia poporodowa – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony zgodnie ze wskazaniem lekarza, wymaga rehabilitacji, CPG organizuje i pokrywa koszty serii wizyt specjalisty fizjoterapeuty (do 10 spotkań):
 - a) konsultacja fizjoterapeutyczna dla kobiet po położu (6 tygodni od porodu) obejmuje: ocenę mięśni dna miednicy po porodzie, ocenę mięśnia prostego brzucha, ocenę rozejścia spojenia łonowego, ocenę posturalną, instruktarz w zakresie reaktywacji poporodowej mięśni dna miednicy oraz mięśni prostych brzucha;
 - b) konsultacja fizjoterapeutyczna dla kobiet po cesarskim cięciu (3 tygodnie po porodzie) obejmuje: wczesną ocenę blizny, instruktarz wczesnej pielęgnacji i mobilizacji blizny, ocenę posturalną.
 Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie.
6. Zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń assistance, o których mowa w pkt. 5 następuje w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej ale w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od urodzenia się Dziecka.
7. W celu realizacji usług Ubezpieczony lub Współubezpieczony powinien skontaktować się z CPG telefonicznie pod nr telefonu wskazanym na certyfikacie i podać wszelkie dostępne informacje niezbędne do ustalenia uprawnień do uzyskania świadczeń, a w szczególności:
 - 1) imię, nazwisko Ubezpieczonego,
 - 2) numer PESEL lub data urodzenia Ubezpieczonego,
 - 3) telefon kontaktowy,
 - 4) kserokopię odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka.
8. W przypadku gdy Ubezpieczony nie wypełnił obowiązków określonych w pkt. 7, pracownik CPG ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.
9. Towarzystwo nie przewiduje refundacji za usługi niezorganizowane przez CPG, chyba że Ubezpieczony przed zorganizowaniem usługi we własnym zakresie, uzyskał telefonicznie taką zgodę od CPG.
10. Organizacja i pokrycie kosztów odbywa się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

70. Umowa Dodatkowa dotycząca urlopu dla poratowania zdrowia nauczyciela

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego na urlopie dla poratowania zdrowia nauczyciela.

2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na urlopie dla poratowania zdrowia nauczyciela, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu wskazanym w dokumentacji wystawionej przez dyrekcję placówki oświatowej i potwierdzającej udzielenie Ubezpieczonemu urlopu dla poratowania zdrowia, jako pierwszy dzień trwania tego urlopu.
3. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeżeli urlopu dla poratowania zdrowia nauczyciela powstała w wyniku którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1)-6), 8) – 11).
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 ust. 4 pkt 7) oraz:
 - 1) dokumentacji medycznej wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego zalecającą leczenie poprzez udzielenie Ubezpieczonemu prawo do urlopu dla poratowania zdrowia;
 - 2) dokumenty wystawione przez dyrekcję placówki oświatowej, której pracownikiem jest Ubezpieczony, potwierdzające udzielenie Ubezpieczonemu urlopu dla poratowania zdrowia;
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 4 lub może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie. Koszt dodatkowych badań pokrywa Towarzystwo.

71. Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej.
2. W przypadku powstania niezdolności do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu orzeczenia o niezdolności do pracy w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej.
3. Prawo do świadczenia zostanie przyznane, jeżeli Ubezpieczony był niezdolny do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy, rozpoczynający swój bieg w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej. Warunkiem wypłaty świadczenia jest istnienie niezdolności do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej w dacie zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia i zgodnie z wiedzą medyczną brak pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela.
4. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeżeli niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela powstała w wyniku którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5) – 7), 12).
5. Ponadto, Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli niezdolność do wykonywania pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej powstała wskutek choroby lub uszkodzenia ciała, które istniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
6. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej niezdolności do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej przysługuje Ubezpieczonemu.
7. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XIII ust. 1 ust. 4 pkt 7) oraz:
 - 1) dokumentacji medycznej potwierdzającej niezdolność do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej;
 - 2) kserokopii orzeczenia o niezdolności do pracy zarobkowej wydanej przez uprawniony organ.
8. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 7 lub może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie. Koszt dodatkowych badań pokrywa Towarzystwo.

Artykuł XVI

Indywidualna kontynuacja

1. W przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego z powodu ustania stosunku prawnego łączącego go z Ubezpieczającym bądź przebywania przez Ubezpieczonego na urlopie macierzyńskim, wychowawczym, bezpłatnym (pod warunkiem rezygnacji Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia), bądź przebywania przez Ubezpieczonego na urlopie wychowawczym, bądź rozwiązania Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony ma prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, pod warunkiem, że:
 - 1) Ubezpieczony złoży w Towarzystwie w tej sprawie wniosek przed upływem 3 miesięcy od daty zajścia któregośkolwiek z ww. zdarzeń powodujących zakończenie w stosunku do Ubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia przez okres, co najmniej 1 miesiąca; w przypadku obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy ubezpieczenia zawartej przez Ubezpieczającego (wcześniejsza umowa), długość okresu ochrony ubezpieczeniowej liczona jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy, pod warunkiem, że okres od daty zakończenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy do daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia jest nie dłuższy niż 30 dni.
2. Indywidualna kontynuacja ubezpieczenia oznacza zaakceptowanie przez Ubezpieczonego aktualnie obowiązującej propozycji indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie przedstawionej przez Towarzystwo po otrzymaniu wniosku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1.

Artykuł XVII

Skargi i zażalenia

1. Będący osobą fizyczną Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy oraz spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub w spełnieniu świadczenia z Umowy („Klient”) może składać w każdym czasie reklamacje, których przedmiotem są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo. Reklamacje, obejmujące zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, mogą być również składane przez poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego będących osobami prawnymi lub spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.
2. Reklamacje mogą być składane przez Klientów:
 - 1) na piśmie, w postaci papierowej – osobiście w siedzibie Towarzystwa, ul. Senatorska 18, 00-082 Warszawa lub w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej Klientów, albo przesyłane przesyłką pocztową, albo nadane w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej, albo
 - 2) na piśmie, w postaci elektronicznej – z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej za pomocą formularza dostępnego na www.generali.pl/reklamacja, albo wysłane na adres do doręczeń elektronicznych AE:PL-48634-65343-GDUJD-13, albo
 - 3) ustnie – telefonicznie pod numerem +48 913 913 913 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie lub jednostce, o których mowa w pkt 1 powyżej.

3. Reklamacja powinna zawierać dane Klienta umożliwiające jego identyfikację, numer Polisy oraz zastrzeżenia zgłaszane przez Klienta.
4. Towarzystwo rozpatruje reklamację niezwłocznie po jej otrzymaniu. Odpowiedź na reklamację jest udzielana bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od chwili otrzymania reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w powyższym terminie Towarzystwo poinformuje Klienta, który wystąpił z reklamacją, o przyczynach opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedź na reklamację Klienta jest udzielana na następujących zasadach:
 - 1) gdy reklamacja została złożona przez Klienta na piśmie w postaci elektronicznej z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej - formularza dostępnego na www.generali.pl/reklamacja, odpowiedź jest udzielana również na piśmie w postaci elektronicznej z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej wskazanego przez Klienta w formularzu, chyba że Klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej,
 - 2) gdy reklamacja została wysłana przez Klienta na adres do doręczeń elektronicznych, odpowiedź jest udzielana również na adres Klienta do doręczeń elektronicznych, chyba że Klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej,
 - 3) gdy reklamacja została złożona przez Klienta na piśmie w postaci papierowej, odpowiedź jest udzielana również na piśmie w postaci papierowej, chyba że Klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej,
 - 4) gdy reklamacja została złożona przez Klienta ustnie, odpowiedź jest udzielana w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem Klienta.
6. W przypadku reklamacji składanych przez osoby prawne lub spółki nieposiadające osobowości prawnej, odpowiedź jest udzielana w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta. Do reklamacji, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, postanowienia niniejszego paragrafu stosuje się odpowiednio, z wyłączeniem ust. 5 i 9.
7. Spór między Klientem a Towarzystwem może być zakończony w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami a podmiotami rynku finansowego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, przed Rzecznikiem Finansowym (www.rf.gov.pl).
8. Spór między Klientem a Towarzystwem może być zakończony w drodze mediacji przed Sądem Polubownym działającym przy Komisji Nadzoru Finansowego (https://www.knf.gov.pl/dla_rynku/sad_polubowny_przy_KNF).
9. Skargi mogą być składane przez inne podmioty, niż wymienione w ust. 1 powyżej lub gdy ich przedmiotem są nieprawidłowości nie dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo. Skargi powinny zawierać przynajmniej dane umożliwiające identyfikację składającego skargę oraz zgłaszane nieprawidłowości. Skargi są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania przez Towarzystwo. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi i udzielenie odpowiedzi w powyższym terminie, Towarzystwo może przedłużyć termin rozpatrzenia skargi do 60 dni. Towarzystwo informuje zainteresowanego o sposobie załatwienia skargi niezwłocznie po jej rozpatrzeniu, na piśmie w formie papierowej lub w sposób uzgodniony z tą osobą. Do skarg składanych zgodnie z niniejszym ustępem postanowienia niniejszego paragrafu stosuje się odpowiednio, z wyłączeniem ust. 3 i 5 powyżej.
10. Niezależnie od powyższego Klient może składać skargi na działalność Towarzystwa do uprawnionych organów, np. Komisji Nadzoru Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną klientów podmiotów rynku finansowego. Skargi na działalność Towarzystwa do Komisji Nadzoru Finansowego składać mogą także pozostałe podmioty, wskazane w ust. 1 powyżej.
11. Podmioty określone w ust. 1, mogą składać zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych i agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające, wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń (zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej), w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową, w sposób ustalony przez te podmioty rynku finansowego.
12. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Artykuł XVIII

Postanowienia końcowe

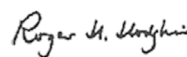
1. Wszelkie zawiadomienia oraz oświadczenia dotyczące Umowy powinny być składane w formie pisemnej lub w innej uzgodnionej z Ubezpieczającym z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w poszczególnych postanowieniach OWU.
2. Strony Umowy oraz Ubezpieczeni są zobowiązani do poinformowania się o każdej zmianie danych teleadresowych, adresu siedziby lub miejsca zamieszkania.
3. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innej osoby uprawnionej z Umowy, jak również sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy osoby uprawnionej z Umowy.
4. Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.
5. Opodatkowanie świadczeń Towarzystwa w przypadku osób fizycznych regulują przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, a w przypadku osób prawnych oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych - przepisy ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych są wolne od podatku dochodowego, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia w przypadku ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.
6. Towarzystwo publikuje sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń na stronie generali.pl.
7. W sprawach nieuregulowanych w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm Nr 10/2026 stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego oraz Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
8. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 15 lutego 2026 roku

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 1 TABELA USZCZERBKÓW NA ZDROWIU

Niniejszą Tabelę stosuje się przy ocenie skutków nieszczęśliwych wypadków oraz skutków zawału serca bądź udaru mózgu u osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego/Współmałżonka/Partnera/Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu.

Rodzaj uszkodzeń ciała		% uszczerbku na zdrowiu	
A. Uszkodzenia głowy		Prawa	Lewa
1)	Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):		
a.	znaczne uszkodzenie powłok czaszki z rozległymi, ściągającymi bliznami – w zależności od rozmiaru	1-10	
b.	oskalpowanie		
	– u mężczyzn	5	
	– u kobiet	25	
2)	Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgłębienia, szczeliny, fragmentacja) – zależnie od rozległości uszkodzeń	1-10	
3)	Ubytek w kościach czaszki:		
a.	o średnicy poniżej 2,5 cm	1-7	
b.	o średnicy powyżej 2,5 cm – w zależności od rozmiarów	8-25	
Uwaga: Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), osobno oceniany jest stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości według poz. 2 lub 3, a osobno za uszkodzenia powłok czaszki według poz. 1.			
4)	Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: nawracającego wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego, przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej leczonej operacyjnie, zakrzepicy powłok, przepukliny mózgowej – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań	5-15	
5)	Porażenie i niedowłady połowicze:		
a.	porażenie połowicze lub paraplegie (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0 – 1° wg Skali Lovette'a	100	
b.	głęboki niedowład połowiczny lub parapareza 2° wg Skali Lovette'a	60-80	
c.	średniego stopnia niedowład połowiczny lub parapareza kończyn dolnych 3° wg Skali Lovette'a	40-60	
d.	niewielki lub dyskretny niedowład połowiczny lub niedowład kończyn dolnych 4° wg Skali Lovette'a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp.	5-35	
e.	monoparezy pochodzenia ośrodkowego:		
	– kończyna górna – wg skali Lovett'a		
	0°	40	30
	1 – 2°	30-35	20-25
	3 – 4°	5-25	5-15
	– kończyna dolna – wg skali Lovett'a		
	0°	40	
	1 – 2°	30	
	3 – 4°	5-20	
6)	Zespoły pozapiramidowe:		
a.	utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100	
b.	zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp.	40-80	
c.	zaznaczony zespół pozapiramidowy	10-30	
7)	Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego:		
a.	zaburzenia równowagi uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100	
b.	utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w stopniu znacznym	70-80	
c.	miernego stopnia utrudnienie chodu i sprawności ruchowej	30-60	
d.	dyskretnie wpływające na sposób chodu i niewielkie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	5-25	

A. Uszkodzenia głowy – ciąg dalszy

8) Padaczka:	
a. z licznymi napadami ze współistnieniem zaburzeń psychicznych, charakteropatii, otępienia wymagających opieki innej osoby	100
b. padaczka z zaburzeniami psychicznymi w zależności od ich nasilenia	30-70
c. padaczka bez zaburzeń psychicznych w zależności od częstości napadów	20-30
Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są obserwacje przez lekarza napadu, typowe zmiany EEG., dokumentacja ambulatoryjna bądź szpitalna.	
9) Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):	
a. otępienie lub ciężkie zaburzenia zachowania i emocji uniemożliwiające samodzielną egzystencję	100
b. encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi w zależności od stopnia	50-70
Uwaga: Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, zmiany w zapisie EEG. Encefalopatia powinna być potwierdzona badaniami dodatkowymi.	
10) Nerwice:	
a. utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym	2-10
b. utrwalona nerwica po ciężkim uszkodzeniu ciała – w zależności od stopnia zaburzeń	2-10
c. zespół cerebrasteniczny z utrwalonymi skargami subiektywnymi	5-30
11) Zaburzenia mowy:	
a. afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	80
b. afazja całkowita motoryczna	60
c. afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	30-40
d. afazja nieznacznego stopnia	10-20
12) Zespoły podwzgórzowe, pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego)	
a. znacznie upośledzające czynność ustroju	40-60
b. nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20-30
13) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:	
a. nerwu okoruchowego:	
– w zakresie mięśni wewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15
– w zakresie mięśni zewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-30
b. nerwu boczowego	3
c. nerwu odwodzącego – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-5
14) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20
15) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trzeciowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20
Uwaga: Uszkodzenie nerwu trzeciowego łącznie z pęknięciem kości skalistej oceniane jest według poz. 48.	
16) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowych i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego	5-50
17) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	3-15
18) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20

B. Uszkodzenia twarzy

19) Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki):	
a. oszpeczenia bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	1-10
b. oszpeczenie z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	10-30
c. oszpeczenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmów, zaburzenia oddychania, mowy, ślinotok i zaburzenia funkcji powiek itp.) – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	30-60
20) Uszkodzenia nosa:	
a. uszkodzenia nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia – zależnie od rozległości uszkodzenia	1-10
b. uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania – zależnie od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania	5-20

B. Uszkodzenia twarzy – ciąg dalszy

c. uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia – w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu	10-25
d. utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego	5
e. utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)	30
Uwaga: Jeżeli uszkodzenie nosa wchodzi w zespół uszkodzeń objętych poz. 19, oceniane jest wówczas według tej pozycji.	
21) Utrata zębów:	
a. całkowita utrata zęba – za każdy ząb	1
b. częściowa utrata zęba – za każdy ząb	0,5
22) Utrata części szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) – staw rzekomy – zależnie od rozległości ubytków, stanu odżywiania i powikłań	15-30
23) Utrata szczęki (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów):	
a. szczęki	40
b. żuchwy	50
24) Złamania szczęki i/lub żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów:	
a. bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zniekształcenia i rozwarcia szczęk	1-5
b. z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	5-10
25) Ubytek podniebienia:	
a. z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	10-30
b. z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	25-40
26) Ubytki języka:	
a. bez zaburzeń mowy i połykania	1-3
b. z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	5-15
c. z dużymi zaburzeniami mowy – w zależności od stopnia zaburzeń	15-40
d. całkowita utrata języka	50

C. Uszkodzenia narządu wzroku

27) a. Przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obojga oczu stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu określa się według następującej tabeli:

Ostrość wzroku oka prawego	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
Ostrość wzroku oka lewego	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu										
1, 0 (10/10)	0	2, 5	5	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35
0, 9 (9/10)	2, 5	5	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	40
0, 8 (8/10)	5	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	45
0, 7 (7/10)	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	50
0, 6 (6/10)	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0, 5 (5/10)	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0, 4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0, 3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0, 2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0, 1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

Uwaga: Ostrość wzroku określana jest po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.

b. Utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyłuszczeniem gałki ocznej	38
28) Porażenie nastawności (akomodacji) – przy zastosowaniu szkieł poprawczych:	
a. jednego oka	15
b. obu oczu	30

C. Uszkodzenia narządu wzroku – ciąg dalszy

29) Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:			
a. rozdarcie naczyńówki jednego oka			
b. zapalenie naczyńówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego			wg tabeli z p.27a
c. przedziurawienie plamki żółtej jednego oka			
d. zanik nerwu wzrokowego			
30) Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drażących:			
a. blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki)			wg tabeli z p.27a
b. zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki)			
c. ciało obce wewnątrzgałkowe, powodujące obniżenie ostrości wzroku			
31) Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)			wg tabeli z p.27a
32) Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się według poniżej podanej tabeli:			
Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepotcie drugiego oka
60°	0	0	35%
50°	5%	15%	45%
40°	10%	25%	55%
30°	15%	50%	70%
20°	20%	80%	85%
10°	25%	90%	95%
poniżej 10°	35%	95%	100%
33) Połowicze niedowidzenia:			
a. dwuskroniowe			60
b. dwunosowe			30
c. jednoimienne			25
d. jednoimienne górne			10
e. jednoimienne dolne			40
34) Utrata funkcji soczewki po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, przy braku jednoczesnego pojedynczego widzenia obuocznego:			
a. w jednym oku			25
b. w obu oczach			40
35) Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej:			
a. w jednym oku			10
b. w obu oczach			30
36) Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie):			
a. w jednym oku			5-10
b. w obu oczach			10-15
37) Odwarstwienie siatkówki jednego oka			wg tabeli z p.27a oraz wg tabeli z p.32
38) Jaskra – ogólny procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu			wg tabeli z p.27a oraz wg tabeli z p.32
39) Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia			50-100
40) Zaćma urazowa			wg tabeli z p.27a
41) Przewlekłe zapalenie spojówek			1-10

D. Uszkodzenia narządu słuchu

42) Przy upośledzeniu ostrości słuchu procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu określa się według niżej podanej tabeli: obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosena (w mod.).				
Ucho prawe	0 – 25 dB	26 – 40 dB	41 – 70 dB	Pow. 70 dB
Ucho lewe	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu			
0 – 25 dB	0	5	10	20
26 – 40 dB	5	15	20	30
41 – 70 dB	10	20	30	40
Pow. 70 dB	20	30	40	50

Uwaga: Oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1.000 i 2.000 Hz.

D. Uszkodzenia narządu słuchu – ciąg dalszy

43) Urazy małżowiny usznej:	
a. utrata części małżowiny	1-5
b. zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) w zależności od stopnia	5-10
c. utrata jednej małżowiny	15
d. utrata obu małżowin	25
44) Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego:	
a. jednostronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	wg tabeli z p. 42
b. obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	
45) Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:	
a. jednostronne	1-5
b. obustronne	10
46) Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – w zależności od stopnia powikłań:	
a. jednostronne	5-15
b. obustronne	10-20
47) Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu	wg tabeli z p. 42
48) Uszkodzenie ucha wewnętrznego:	
a. z uszkodzeniem części słuchowej	wg tabeli z p. 42
b. z uszkodzeniem części statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	20-50
c. z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	30-60
49) Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:	
a. jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-40
b. dwustronne	20-60

E. Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku

50) Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji	1-10
51) Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej – w zależności od stopnia zwężenia	5-30
52) Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej:	
a. z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia	35-50
b. z bezgłosem	60
53) Uszkodzenie tchawicy – w zależności od stopnia jej zwężenia:	
a. bez niewydolności oddechowej	1-20
b. z niewydolnością oddechową	20-45
c. z niewydolnością oddechowo–krążeniową	45-60
54) Uszkodzenie przełyku powodujące:	
a. częściowe trudności w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	10-30
b. odżywianie tylko płynami	50
c. całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	80
55) Uszkodzenie tkanek miękkich (skóry i mięśni) szyi z ograniczeniem ruchomości szyi – w zależności od stopnia i ustawienia głowy:	
a. niewielkiego stopnia	1-5
b. znacznego stopnia	15-30

Uwaga: Uszkodzenia tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego oceniane są według poz. 89.

F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa

56) Blizny powłok klatki piersiowej ograniczające ruchomość klatki piersiowej – w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości oddechowej klatki piersiowej:	
a. miernego stopnia	1-15
b. znacznego stopnia	15-30

F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa – ciąg dalszy

57) Utrata gruczołu piersiowego (w części lub w całości):	
a. brodawki sutkowej częściowa lub całkowita	1-5
b. utrata sutka w zależności od wielkości ubytków i blizn:	
– częściowa	1-15
– całkowita	15-25
– z częścią mięśnia piersiowego	25-35
58) Uszkodzenie przynajmniej 2 żeber (złamanie itp.):	
a. z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia pojemności życiowej płuc	1-5
b. z obecnością zniekształceń i zmniejszenia pojemności życiowej płuc – w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej	5-25
59) Złamanie mostka ze zniekształceniami	1-10
60) Zapalenie kości (przetoki) żeber lub mostka	1-20
61) Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):	
a. bez niewydolności oddechowej	5-10
b. z niewydolnością oddechową – w zależności od stopnia	20-40
Uwaga: Stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej musi być potwierdzony badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	
62) Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc przetoki – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej	20-80
Uwaga: Stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej musi być potwierdzony badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	
63) Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a. z wydolnym układem krążenia	2-10
b. z objawami względnej wydolności układu krążenia	20-30
c. z objawami niewydolności krążenia – w zależności od stopnia niewydolności	40-90
Uwaga: Stopień uszkodzenia serca oceniany jest na podstawie badania radiologicznego i elektrokardiograficznego, echokardiografii, koronarografii.	
64) Przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia	20-40

G. Uszkodzenie brzucha i ich następstwa

65) Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, wysiłkowe, przetoki, blizny zaciągające) – w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia powłok jamy brzusznej	1-30
Uwaga:	
1. Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych).	
2. Za przepukliny tzw. wysiłkowe uważa się przepukliny spowodowane nagłym wysiłkiem fizycznym lub gwałtownym ruchem.	
66) Uszkodzenie żołądka, jelit i sieci:	
a. bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego i przy dostatecznym stanie odżywiania	2-10
b. z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń stanu odżywiania	11-50
67) Przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od stopnia zanieczyszczania się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:	
a. jelita cienkiego	30-80
b. jelita grubego	20-50
68) Przetoki okołoodbytnicze	15
69) Uszkodzenia zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70) Wypadnięcie odbytnicy – w zależności od stopnia wypadnięcia	10-30
71) Utrata śledziony:	
a. bez większych zmian w obrazie krwi	15
b. ze zmianami w obrazie krwi lub/i ze zrostami otrzewnowymi	30
72) Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:	
a. nieznacznego stopnia	5-10
b. znacznego stopnia	20-60

H. Uszkodzenia narządów moczowo-płciowych

73) Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10-25
74) Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	35
75) Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	40-75
76) Uszkodzenie moczowodu powodujące zawężenie jego światła	10-20
77) Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych	10-30
78) Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego – w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem	20-50
79) Zwężenie cewki moczowej:	
a. powodujące trudności w oddawaniu moczu	15
b. z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	30-50
c. z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	50-60
80) Utrata prącia	40
81) Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji	1-30
82) Uszkodzenie lub utrata jednego jądra lub jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w Tabeli) w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji	1-20
83) Utrata obu jąder lub jajników	40
84) Wodniak jądra	10
85) Utrata macicy:	
a. w wieku do 45 lat	40
b. w wieku powyżej 45 lat	20
86) Uszkodzenie krocza powodujące całkowite wypadnięcie narządów rodnych:	
a. pochwy	10
b. pochwy i macicy	30

I. Ostre zatrucia i ich następstwa (orzekane nie wcześniej niż po 6 miesiącach od zajścia zdarzenia)

87) Nagłe zatrucie gazami oraz substancjami i produktami (z wyjątkiem zatruc pokarmowych):	
a. ze stwierdzoną utratą przytomności, lecz bez wtórnych powikłań	1-10
b. powodujące uszkodzenie układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych (rozedma, przewlekły nieżyt krtani, tchawicy i oskrzeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-25
Uwaga: Uszkodzenia układu nerwowego spowodowane nagłym zatruciem gazami oceniane są według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.	
88) Nagłe zatrucie pokarmami powodujące trwałe uszkodzenie narządów mięszowych przewodu pokarmowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15

Uwaga: Uszkodzenie układu nerwowego wskutek nagłych zatruc pokarmowych oceniane są według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.

J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa

89) Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a. z ograniczeniem ruchomości – bez trwałych zniekształceń kręgów	1-10
b. z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20 stopni – ze zniekształceniem miernego stopnia	10-35
c. z całkowitym zeszytywnieniem z niekorzystnym ustawieniem głowy	35-50
90) Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym lub lędźwiowym:	
a. bez zniekształceń – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-10
b. ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości – w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości	10-25
c. znaczne ograniczenie ruchomości i zniekształcenie	25-40
91) Izolowane uszkodzenia wyrostków poprzecznych, wyrostków ościowych – w zależności od ich liczby i zaburzeń funkcji (ograniczenie ruchomości)	1-10
92) Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według poz. 89–91, zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu	+5-10
93) Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	

J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa – ciąg dalszy		
a. przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	100	
b. niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiającich poruszanie się za pomocą dwóch łasek	60-70	
c. niedowład kończyn dolnych umożliwiającich poruszanie się o jednej lasce	30-40	
d. porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrdzeniowym)	100	
e. niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrdzeniowym)	60-70	
f. niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrdzeniowym)	20-30	
g. zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)	20-40	
h. zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów – w zależności od stopnia zaburzeń	5-30	
94) Urazowe zespoły korzonkowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane) – w zależności od stopnia:		
a. szyjne	1-20	
b. piersiowe	1-10	
c. lędźwiowo-krzyżowe	1-25	
d. guziczne	1-5	
K. Uszkodzenia miednicy		
95) Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwania stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:		
a. niewielkiego stopnia	1-10	
b. dużego stopnia	10-35	
96) Złamanie miednicy z przerwaniami obręczy biodrowej jedno- lub wielomiejscowe, z obecnością zniekształceń i upośledzeniem chodu:		
a. w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa)	1-15	
b. w odcinku przednim i tylnym	15-45	
97) Złamanie dna panewki – z obecnością upośledzenia funkcji stawu i zmianami zniekształcającymi:		
a. zwichnięcie I° – nieznaczne zmiany	1-10	
b. zwichnięcie II° – wyraźne zmiany	10-20	
c. zwichnięcie III° – duże zmiany	20-35	
d. zwichnięcie IV° – bardzo duże zmiany	35-45	
Uwaga: Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniany jest według stanu uszkodzenia przed operacją. Uszkodzenie sztucznego stawu oceniane jest według maksymalnego procentu minus uszczerbek stwierdzony przed założeniem sztucznego stawu.		
98) Izolowane złamanie miednicy (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy) – w zależności od zniekształcenia i zaburzeń funkcji	1-20	
Uwaga: Towarzyszące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne oceniane są dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.		
L. Uszkodzenia kończyny górnej		
	Prawa	Lewa
Uwaga: Przy uszkodzeniach kończyn górnych u maikutów stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest według zasad przewidzianych w Tabeli, przyjmując dla uszkodzeń ręki prawej procenty ustalone dla ręki lewej, a dla uszkodzeń ręki lewej procenty ustalone dla ręki prawej.		
99) Złamanie łopatki:		
a. wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem z niewielkim zaburzeniem funkcji kończyny	1-5	
b. wygojone złamanie łopatki z przemieszczeniem i znacznym ograniczeniem funkcji kończyny w zależności od stopnia	5-40	5-30
Uwaga: Normy poz. 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.		
100) Wadliwe wygojone złamanie obojczyka – w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchów		
a. nieznaczne zmiany	1-10	1-5
b. wyraźne zmiany	10-25	5-20
101) Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny		
a. nieznaczne zmiany	1-10	1-5
b. znaczne zmiany	10-25	5-20
102) Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego w zależności od ograniczenia ruchów i stopnia zniekształcenia:		
a. nieznaczne zmiany	1-10	1-5
b. znaczne zmiany	10-25	5-20

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy

103) Uszkodzenie obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości i obecnością ciał obcych ocenia się według pozycji 100-102, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu	+ 5	
Uwaga: Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych stosowane są oceny według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny – w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji.		
104) Przewlekłe zmiany stawu barkowego w zależności od stopnia ograniczenia funkcji, blizn powodujących upośledzenie funkcji kończyny, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń złamanej głowy, nasady bliższej kości ramiennej i innych zmian wtórnych:		
a. nieznacznego stopnia	1-10	1-5
b. średniego stopnia	10-20	5-15
c. dużego stopnia	20-30	15-25
105) Zastarzałe nieodprowadzone zwichnięcie stawu barkowego w zależności od upośledzenia zakresu ruchów i ustawienia kończyny	20-30	15-30
106) Nawykowe zwichnięcie barku potwierdzone zaświadczeniem lekarskim i RTG	25	20
107) Staw cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości w zależności od zaburzeń funkcji	25-40	20-35
Uwaga: Staw wiotki z powodu porażenia oceniany jest według norm neurologicznych.		
108) Zesztywnienie stawu barkowego:		
a. w ustawieniu częściowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antepozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) w zależności od ustawienia i funkcji	20-35	10-30
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40	35
109) Bliznowaty przykurcz stawu barkowego w zależności od zaburzeń czynności stawu	1-15	1-10
110) Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 104-109, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji	+1-35	+1-25
111) Utrata kończyny w barku	75	70
112) Utrata kończyny wraz z łopatką	80	75
113) Złamanie kości ramiennej z obecnością zmian wtórnych i upośledzeniem funkcji kończyny:		
a. z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi	5-15	5-10
b. ze znacznym przemieszczeniem i skróceniem	15-30	10-25
c. złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	30-55	25-50
114) Uszkodzenia mięśni, ścięgien i ich przyczepów w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
a. mięśnia dwugłowego	1-15	1-10
b. uszkodzenie innych mięśni ramienia	10-20	10-15
115) Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a. z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65
b. przy dłuższych kikutach	65	60
116) Przepukliny mięśniowe ramienia	1-3	1-3
117) Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej – z obecnością zaburzeń osi i ograniczeniem ruchów w stawie łokciowym:		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-15	5-10
c. duże zmiany	15-30	10-25
118) Zesztywnienie stawu łokciowego:		
a. w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (75°-110°)	30	25
b. z brakiem ruchów obrotowych	35	30
c. w ustawieniu wyprostowanym lub zbliżonym (160°-180°)	50	45
119) Przykurcz w stawie łokciowym – w zależności od zakresu zgięcia, wyprostu i stopnia zachowania ruchów obrotowych przedramienia:		
a. przy niemożności zgięcia do 90°	10-30	5-25
b. przy możliwości zgięcia ponad kąt prosty	3-15	2-10
Uwaga: Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie stawu łokciowego oceniane są według pozycji 118-120.		
120) Cepowy staw łokciowy – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	15-30	10-25

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy

121) Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi itp. ocenia się według pozycji 117–120, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu	+5	+5
122) Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:		
a. niewielkie zniekształcenia	1-5	1-4
b. średnie zniekształcenia	5-20	5-10
c. znaczne zniekształcenia, duże ograniczenia ruchów, zmiany wtórne (troficzne, krążeniowe i inne)	15-25	10-20
123) Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a. niewielkie zniekształcenia	1-5	1-4
b. średnie zniekształcenia	5-20	5-15
c. duże zmiany, zmiany wtórne i inne	20-35	15-30
124) Uszkodzenia części miękkich przedramienia, skóry, mięśni ścięgien, naczyń – z trwałym uszkodzeniem i upośledzeniem funkcji, bliznami znacznie upośledzającymi funkcję kończyny górnej		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. znaczne zmiany	5-20	5-15
125) Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej z obecnością zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:		
a. średniego stopnia	10-20	10-15
b. dużego stopnia	20-35	15-30
126) Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia z obecnością zniekształceń, ubytkami kości, upośledzeniem funkcji i poważnych zmian wtórnych:		
a. średniego stopnia	10-25	10-20
b. dużego stopnia	25-40	20-35
127) Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych, ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 122-126, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-15	+1-15
128) Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania	55-65	50-60
129) Utrata przedramienia w sąsiedztwie stawu nadgarstkowego	55	50
130) Ograniczenie ruchomości w obrębie nadgarstka w następstwie jego uszkodzeń (skręcenia, zwichnięcia, złamania kości nadgarstka, martwice aseptyczne tych kości) z obecnością zniekształceń, uszkodzenia funkcji, zmian troficznych, blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni:		
a. ograniczenie ruchomości	1-10	1-8
b. ograniczenie ruchomości dużego stopnia	10-20	8-15
c. ograniczenie ruchomości dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym	20-30	15-25
131) Całkowite zeszytnienie w obrębie nadgarstka:		
a. w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	15-30	10-25
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	25-45	20-40
132) Uszkodzenia nadgarstka powikłane głębokimi trwałymi troficznymi, przewlekłym i ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 130 i 131, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-10	+1-10
133) Utrata ręki na poziomie nadgarstka	55	50
134) Uszkodzenie śródreczę – części miękkich (skóry, mięśni, naczyń, nerwów) i kości, z obecnością blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni, trwałe zniekształcenia śródreczę, zaburzenia ruchomości		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-10	4-8
c. rozległe zmiany	10-20	8-18
135) Utraty w obrębie kciuka w zależności od rozmiaru ubytku, rodzaju blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych		
a. utrata opuszki	1-5	1-3
b. utrata paliczka paznokciowego	5-10	3-8

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy		
c. utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego (do 2/3 długości paliczka)	10-15	8-10
d. utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródreżcza	15-20	10-15
e. utrata obu paliczków z kością śródreżcza	20-30	15-25
136) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – powodujące trwałe ograniczenie funkcji, blizny powodujących upośledzenie funkcji kciuka		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-15	4-13
c. znaczne zmiany	15-20	13-18
d. bardzo duże zmiany graniczące z utratą kciuka	20-25	18-23
e. rozległe zmiany graniczące z utratą pierwszej kości śródreżcza	25-30	23-33
Uwaga: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka brane są pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.		
137) Utraty w obrębie palca wskazującego		
a. utrata opuszki	1-5	1-3
b. utrata paliczka paznokciowego	5-7	3-5
c. utrata paliczka paznokciowego z 1/3 dalszą paliczka środkowego	8	5
d. utrata paliczka paznokciowego i środkowego powyżej 1/3	8-12	5-10
e. utrata trzech paliczków	17	15
f. utrata palca wskazującego z kością śródreżcza	17-23	15-20
138) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego (uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne i czuciowe, blizny) powodujące nieodwracalne, istotne upośledzenie ruchomości palca		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. zmiany średniego stopnia	5-10	5-8
c. zmiany dużego stopnia	10-15	8-13
d. zmiany znacznego stopnia, graniczące z utratą wskaziciela (bezużyteczność palca)	17	15
139) Utrata całego paliczka lub części paliczka:		
a. palca trzeciego i czwartego – za każdy paliczek	3	2
b. palca piątego – za każdy paliczek	1	1
140) Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżcza	12	8
141) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V powodujące uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, zmiany troficzne i czuciowe, blizny – w zależności od stopnia		
a. niewielkie ograniczenie funkcji palca	1-2	1
b. znaczne ograniczenie funkcji palca	2-4	1-3
c. bezużyteczność palca granicząca z utratą	7	5
Uwaga: Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena nie może być wyższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiada stopniowi użyteczności ręki. Uszkodzenie obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekraczać dla ręki prawej 55% a dla lewej 50%.		
M. Uszkodzenie kończyny dolnej		
142) Utrata kończyny dolnej przy wyluszczeniu jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej	75-85	
143) Przykurcze i ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich i w zależności od stopnia		
a. miernego stopnia	1-10	
b. znacznego stopnia	10-25	
144) Zeszywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:		
a. w ustawieniu czynnościowo korzystnym	15-35	
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	30-60	
145) Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania przezkrętarzowych i podkrętarzowych, złamania krętarzy itp.) – z ograniczeniem zakresu ruchów, przemieszczeniami, skróceniem, zniekształceniami i różnego rodzaju zmianami wtórnymi		

M. Uszkodzenie kończyny dolnej – ciąg dalszy	
a. ze zmianami miernego stopnia	2-20
b. ze zmianami dużego stopnia	20-40
c. z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano itp.)	40-65
146) Przykurcze i zeszywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi itp. oceniane są według pozycji 143-146, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań:	+5-15
Uwaga: Przy uszkodzeniach biodra powodujących następujące zmiany chorobowe: krwipochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki oceniane jest istnienie związku przyczynowego między tymi schorzeniami a nieszczęśliwym wypadkiem.	
147) Złamanie kości udowej – z obecnością zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach:	
a. z nieznacznymi zmianami i skrócenie do 4 cm	1-15
b. z miernymi zmianami i skróceniem do 6 cm	15-30
c. ze skróceniem ponad 6 cm i ciężkimi zmianami	30-40
148) Staw rzekomy lub ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych	40-60
149) Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, przecięcia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) powodujące istotne zaburzenia funkcji:	
a. miernego stopnia	1-10
b. znacznego stopnia	10-20
150) Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych	1-30
151) Uszkodzenia uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, ciałami obcymi, skostnieniem pozaszkieletowym i zmianami neurologicznymi oceniane są według pozycji 147-150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań	+1-10
152) Uszkodzenia uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według pozycji 147–150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu	+5-65
Uwaga: Łączny stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji 147–150 i 152 nie może przekroczyć 70%.	
153) Utrata kończyny – zależnie od długości kikuta i przydatności jego cech do oprotezowania	50-70
154) Złamanie nasad kości tworzących staw kolanowy i rzepki – z obecnością zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurczów, z ograniczeniem ruchomości, upośledzenia stabilności stawu, zaburzeń statyczno-dynamicznych kończyny i innych zmian:	
a. niewielkie zmiany	1-10
b. średnie zmiany	10-25
c. duże zmiany (zeszywnienia w niekorzystnym ustawieniu, brak stabilności stawu)	25-40
155) Trwałe ograniczenie ruchomości stawu kolanowego w następstwie uszkodzeń samego stawu (uszkodzenia więzadłowe, torebkowe, łąkotek, kości tworzących staw kolanowy itd.) w zależności od charakteru przykurczu i zakresu ubytku funkcji	
a. utrata ruchomości w zakresie 0°–40° za każde 2° ubytku ruchu	+1
b. utrata ruchomości w zakresie 40°–90° za każde 5° ubytku ruchu	+1
c. utrata ruchomości w zakresie 90°–120° za każde 10° ubytku ruchu	+1
Uwaga: Funkcjonalny zakres ruchów przyjmowany jest w granicach 0°–120°.	
156) Inne następstwa uszkodzeń kolana: skrócenie kończyny, zaburzenia osi, stawu (koślawość, szpotawość, ruchomość patologiczna), dolegliwości przewlekłe zapalne, zapalenia ropne, ciała obce, przetoki itp. w zależności od stopnia:	
a. niewielkie zmiany	1-10
b. duże zmiany	10-20
157) Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	65
158) Złamanie kości podudzia – w zależności od zniekształcenia, przemieszczenia, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:	
a. z nieznacznymi zmianami lub skróceniami do 4 cm	2-15
b. z dużymi wtórnymi zmianami lub ze skróceniem od 4 cm do 6 cm	15-25
c. ze skróceniem powyżej 6 cm lub bardzo rozległymi zmianami wtórnymi i z dodatkowymi powikłaniami w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	25-50

M. Uszkodzenie kończyny dolnej – ciąg dalszy

159) Izolowane złamanie strzałki (oprócz kostki bocznej)	1-3
160) Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, uszkodzenia ścięgna Achillesa i innych ścięgien – z zaburzeniami czynnościowymi i zniekształceniami stopy, zależnie od rozległości uszkodzenia:	
a. niewielkie i średnie zmiany	1-10
b. znaczne zmiany	10-20
161) Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a. przy długości kikuta do 8 cm mierzac od szpary stawowej	60
b. przy dłuższych kikutach	40-55
162) Trwałe ograniczenie ruchomości i zniekształcenia w stawach skokowych w następstwie skręcenia, zwinięcia, złamania kości tworzących staw, zranienia, ciał obcych, blizn powodujących trwałe upośledzenie funkcji stopy, w zależności od ich stopnia	
a. niewielkiego stopnia	1-5
b. średniego stopnia	5-10
c. dużego stopnia	10-25
d. powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi i innymi	25-40
163) Zesztywnienie stawu skokowego – z obecnością zniekształceń, nieprawidłowym ustawieniem stopy, zmianami statyczno – dynamicznymi, w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań:	
a. pod kątem zbliżonym do prostego	5-20
b. w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	20-30
c. w ustawieniach niekorzystnych z dużymi zmianami i powikłaniami	30-40
164) Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi:	
a. niewielkie zmiany	1-10
b. średnie zmiany	10-20
c. duże zmiany z częściową utratą kości	20-30
165) Utrata kości piętowej lub skokowej w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań	30-40
166) Uszkodzenia kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi:	
a. miernego stopnia – zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych	1-10
b. znacznego stopnia lub innymi powikłaniami – zależnie od wielkości zaburzeń	10-20
167) Złamania kości śródstopia z przemieszczeniem, zniekształceniem stopy:	
a. złamania I lub V kości z wyraźnym przemieszczeniem – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	1-15
b. złamania II, III lub IV kości śródstopia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	1-10
c. złamanie trzech i więcej kości śródstopia – w zależności od zaburzeń czynnościowych	10-20
168) Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 167, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-10
169) Inne uszkodzenia stopy powodujące zniekształcenia i blizny powodujące upośledzenie funkcji stopy, w zależności od stopnia upośledzenia	
a. niewielkie zmiany	1-5
b. duże zmiany	5-15
170) Utrata stopy w całości	50
171) Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	40
172) Utrata stopy w stawie Lisfranka	35
173) Utrata stopy w obrębie kości śródstopia – zależnie od rozległości utraty przedstopia i cech kikuta	20-30
174) Utrata paliczka paznokciowego palucha	1-5
175) Utrata całego palucha	7
176) Utrata palucha wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	10-20
177) Utrata palców II–V w części lub całości – za każdy palec	2
178) Utrata V palca wraz z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia	5-10
179) Utrata palców II–IV z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia, za każdy palec	3-5
180) Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	1-5

N. Porażenie lub niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych	Prawa	Lewa
181) Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:		
a. nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym		5-15
b. nerwu piersiowego długiego	5-15	5-10
c. nerwu pachowego	10-25	10-20
d. nerwu mięśniowo-skórnego	10-25	5-20
e. nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	15-45	5-35
f. nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki od mięśnia trójgłowego ramienia	10-30	5-25
g. nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	5-25	5-15
h. nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	5-15	1-10
i. nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	10-40	5-30
j. nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	5-25	5-15
k. nerwu łokciowego	10-30	5-20
l. splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	25-45	10-20
m. splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	25-45	20-40
n. pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego		1-15
o. nerwu zasłonowego		5-15
p. nerwu udowego		10-30
q. nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)		10-20
r. nerwu sromowego wspólnego		5-25
s. nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)		20-60
t. nerwu piszczelowego (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)		10-40
u. nerwu strzałkowego		10-20
v. splotu lędźwiowo-krzyżowego		40-70
w. pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego		1-10
Uwaga: Według pozycji 181 oceniane są tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadkach współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych stosowana jest ocena według pozycji dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.		
182) Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną – w zależności od stopnia zmian troficznych i nasilenia bólów		30-50

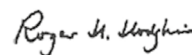
Niniejsza Tabela uszczerbków na zdrowiu stanowiąca Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 10/2026 została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 10/2026 od 15 lutego 2026 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 2 KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

Niniejszy Katalog stosuje się dla osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant I, Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Wariant II oraz z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania Współmałżonka albo Partnera (zgodnie z Wariantem I).

Lp.	Poważne zachorowanie		Wariant	
			I	II
1	anemia aplastyczna	Przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego, powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z poniżej wymienionych sposobów: - przetaczanie preparatów krwiopochodnych; - podawanie preparatów stymulujących szpik kostny; - podawanie preparatów immunosupresyjnych; - przeszczepienie szpiku kostnego. Rozpoznanie musi być oparte na wyniku badania histopatologicznego szpiku kostnego (trepanobiopsja) i potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii.	Tak	Tak
2	angioplastyka naczyń wieńcowych	Leczenie choroby wieńcowej, polegające na likwidacji zwężenia lub niedrożności w jednej lub w kilku głównych tętnicach wieńcowych, stwierdzonego w badaniu angiograficznym i powodującego istotne zmiany w zapisie EKG i / lub dolegliwości wysiłkowe, za pomocą angioplastyki balonowej lub innej przezskórnej metody angioplastyki tętnic wieńcowych. Za główne tętnice wieńcowe uważane są: lewa tętnica wieńcowa (główny pień), tętnica przednia zstępująca, tętnica okalająca, prawa tętnica wieńcowa.		Tak
3	choroba Parkinsona	Powolnie postępująca zwyrodnieniowa choroba centralnego układu nerwowego, będąca następstwem zaniku komórek istoty czarnej śródmózgowia. Jednoznaczne rozpoznanie choroby Parkinsona musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie istnienia postępujących i trwałych ubytków neurologicznych, niemożliwych do skorygowania leczeniem farmakologicznym. Ponadto ocena podstawowych czynności życiowych ("Activities of Daily Living") musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum 3 z listy 6 podstawowych czynności życiowych w ciągu co najmniej 6 miesięcy: - mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej; - zdolność do ubierania / rozbierania się; - używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej; - zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca; - wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel; - picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków. Termin nie obejmuje przypadków spowodowanych stosowaniem leków lub substancji toksycznych.		Tak
4	guz wewnątrzczaszkowy/ łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy	Histologicznie łagodny guz nowotworowy mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych powodujący uszkodzenie tkanek, spełniający wszystkie poniższe warunki: a) wymaga usunięcia chirurgicznego, a w przypadku jego nieoperacyjności powoduje trwały ubytek neurologiczny, istniejący stale przez co najmniej 3 miesiące (ataki padaczkowe nie są uważane za trwały ubytek neurologiczny w rozumieniu niniejszych OWU); b) jego istnienie zostało potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga na podstawie stosownych badań obrazowych (magnetyczny rezonans jądrowy lub tomografia komputerowa) Definicja nie obejmuje: a) torbieli; b) ziarniniaków; c) malformacji naczyniowych; d) krwawiaków; e) ropni; f) guzów rdzenia kręgowego; g) guzów przysadki mózgowej mniejszych niż 10 mm.	Tak	Tak
5	leczenie operacyjne choroby wieńcowej (bypass)	Operacja chirurgiczna przeprowadzona przy otwartej klatce piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wszczepienie pomostu omijającego. Termin nie obejmuje angioplastyki wieńcowej, jakichkolwiek innych zabiegów wykonywanych od strony światła naczynia, ani zabiegów wykorzystujących techniki laserowe.	Tak	Tak
6	niewydolność nerek	Schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do stosowania u Ubezpieczonego przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki.	Tak	Tak

7	nowotwór złośliwy inwazyjny	Niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także złośliwe nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz krwi i narządów krwiotwórczych. Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie Nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów: a. pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne; b. posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem; c. rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje wyłącznie pierwszorazowe zdiagnozowanie nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego. Definicja nie obejmuje: a. nowotworów łagodnych; b. zróżnicowanych raków tarczycy i prostaty o stopniu zaawansowania mniejszym niż II zgodnie z klasyfikacją AJCC; c. nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z klasyfikacją AJCC; d. nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania mniejszym niż IB w klasyfikacji AJCC; e. nowotworów rozpoznanych jedynie na podstawie płynnej biopsji (liquid biopsy).	Tak	Tak
8	ciężkie oparzenia	Uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi, powodujące: a) oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała, lub b) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie. Jako kryterium pomiaru przyjmuje się tabelę powierzchni ciała Lunda i Browdera lub regułę „dziewiątek” Wallace’a.	Tak	Tak
9	operacja aorty brzusznej	Laparotomia przeprowadzona z powodu choroby aorty brzusznej bez jej odgałęzień, wymagającej leczenia chirurgicznego i założenia protezy naczyniowej. Termin nie obejmuje leczenia urazowych uszkodzeń aorty brzusznej oraz zabiegów wykonywanych z dostępu wewnątrznaczyniowego.	Tak	Tak
10	operacja aorty piersiowej	Torakotomia przeprowadzona z powodu choroby aorty piersiowej bez jej odgałęzień, wymagającej leczenia chirurgicznego i założenia protezy naczyniowej. Termin nie obejmuje leczenia urazowych uszkodzeń aorty piersiowej oraz zabiegów wykonywanych z dostępu wewnątrznaczyniowego.	Tak	Tak
11	operacja zastawek serca	Operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub kilku zastawek serca. Termin ten nie obejmuje zabiegów, polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczyń oraz wymiany wszczepionej wcześniej zastawki. Zabieg musi wynikać ze wskazań klinicznych, potwierdzonych przez specjalistę w zakresie kardiologii, a uszkodzenie zastawek musi być potwierdzone badaniem naczyniowym lub echokardiograficznym.	Tak	Tak
12	paraliż	Całkowita utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn, spełniająca kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość: ramię, przedramię, dłoń w przypadku kończyny górnej i udo, podudzie i stopa w przypadku kończyny dolnej. Utrata funkcji musi być trwała i istnieć przez ponad 180 dni od daty zdarzenia i być potwierdzona przez specjalistę neurologa.		Tak
13	przeszczep dużych narządów	Przeszczepienie Ubezpieczonemu, jako biorcy jednego z narządów: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub allogeniczny przeszczep szpiku kostnego. Termin nie obejmuje przeszczepów narządów innych, niż wymienione powyżej, części narządów (z wyjątkiem przeszczepu fragmentu wątroby), przeszczepów tkanek lub komórek.	Tak	Tak
14	przewlekła niewydolność wątroby	Końcowe stadium choroby wątroby charakteryzujące się istnieniem jednego z poniższych objawów: a) trwała żółtaczka; b) wodobrzusze; c) encefalopatia wątrobowa; d) żylaki przełyku; e) zaburzenia krzepnięcia. Świadczenie zostanie wypłacone w przypadku, gdy rozpoznano niewydolność wątroby mieszczącą się w klasie B lub C klasyfikacji Child – Pugh. Termin nie obejmuje: a) przypadków mieszczących się w klasie A klasyfikacji Child – Pugh; b) chorób wątroby spowodowanych alkoholem lub nadużywaniem leków lub innych substancji chemicznych.		Tak

15	sepsa	Uogólniona reakcja zapalna wywołana czynnikiem infekcyjnym (zakażenie bakteryjne, wirusowe lub grzybicze), powikłana niewydolnością wielonarządową. Przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów z wymienionych poniżej: - układ krążenia – skurczowe ciśnienie tętnicze <90 mm Hg lub średnie <70 mm Hg lub spadek ciśnienia skurczowego o więcej niż 40 mm Hg u osób z nadciśnieniem tętniczym; - układ oddechowy – $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 <300$ mm Hg, (<200 mm Hg, jeśli występują pierwotne choroby układu oddechowego); - nerki – diureza $<0,5$ ml/kg/h >2 h przy prawidłowym nawodnieniu lub zwiększenie kreatyninemia o więcej niż $44,2 \mu\text{mol/l}$; - przemiana materii – zwiększone stężenie mleczanu; - układ krwiotwórczy i hemostaza – płytki krwi $<100\ 000/\mu\text{l}$ lub $\text{INR} >1,5$; - wątroba – bilirubina w surowicy $>34,2 \mu\text{mol/l}$ (2 mg/dl); - układ nerwowy – objawy encefalopatii (niepokój, dezorientacja, pobudzenie, majaczenie, śpiączka).		Tak
16	stwardnienie rozsiane	Choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) charakteryzująca się powstawaniem obszarów demielinizacji. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonald'a i potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Konieczne jest istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii najwcześniej po 180 dniach od daty wystąpienia zdarzenia) i jednoznaczne wykluczenie innej przyczyny stwierdzanych nieprawidłowości (np. choroby naczyniowe, zakażenia bakteryjne lub wirusowe).		Tak
17	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, oceniany na nie więcej niż 7 stopni w Skali Glasgow (Glasgow Coma Scale), powodujący powstanie trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Termin nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej, a także wynikających z użycia leków, alkoholu i innych substancji odurzających.		Tak
18	Ciężki udar mózgu	Nagle, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorom materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich wymienionych niżej okoliczności: a) obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych, odpowiadających udarowi mózgu; b) utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny; c) obecność nowych zmian, charakterystycznych dla udaru mózgu, w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej, lub jądrowym rezonansie magnetycznym); d) istnienie trwałych deficytów neurologicznych musi być potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 60 dni od daty zdarzenia. Termin nie obejmuje: a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA); b) zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci; c) objawów mózgowych spowodowanych migreną; d) uszkodzenia mózgu spowodowane zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem; e) chorób naczyniowych dotyczących oka, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego.	Tak	Tak
19	utrata kończyn	Całkowita fizyczna utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn, spowodowana urazem. Termin obejmuje też utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp, a także łączną utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy.		Tak
20	utrata słuchu	Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę laryngologa, w oparciu o wyniki badań audiometrycznych, wykazujących średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu.		Tak
21	utrata wzroku	Całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach, rozumiana jako osłabienie ostrości wzroku poniżej 5/50 (0,01) lub ograniczenie pola widzenia poniżej 20 procent, spowodowana zachorowaniem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym i korekcyjnym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę.	Tak	Tak

22	zakażenie wirusem HIV związane z przetoczeniem krwi	Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że: - do zakażenia doszło w okresie ubezpieczenia, podczas przetaczania ze wskazań medycznych preparatów krwiopochodnych; - Ubezpieczony nie był leczony z powodu hemofilii; - do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po przetoczeniu krwi; - obecność infekcji HIV zostanie potwierdzona w autoryzowanym laboratorium. Terminy nie obejmują przypadków zakażenia, do których doszło w inny sposób, np. drogą kontaktów seksualnych lub w wyniku dożylnego stosowania środków odurzających. Towarzystwo musi posiadać prawo dostępu do wyników wszelkich badań krwi Ubezpieczonego i musi mieć prawo do zlecenia niezależnych badań kontrolnych.	Tak	Tak
23	zakażenie wirusem HIV związane z pracą zawodową	Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że: - do zakażenia doszło w wyniku zakłucia się igłą w czasie wykonywania obowiązków zawodowych jako: lekarz/dentysta, pielęgniarka, ratownik medyczny, strażak lub policjant; - wypadek, który mógł być przyczyną zakażenia zdarzył się w okresie ubezpieczenia i został zgłoszony do Towarzystwa w terminie 7 dni wraz z wynikiem testu w kierunku HIV wykonanego po wypadku; - do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po wypadku; - obecność infekcji HIV zostanie potwierdzona w autoryzowanym laboratorium. Terminy nie obejmują przypadków zakażenia, do których doszło w inny sposób, np. drogą kontaktów seksualnych lub w wyniku dożylnego stosowania środków odurzających. Towarzystwo musi posiadać prawo dostępu do wyników wszelkich badań krwi Ubezpieczonego i musi mieć prawo do zlecenia niezależnych badań kontrolnych.	Tak	Tak
24	zawał serca	Martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego: - objawy kliniczne niedokrwienia serca; - zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe znamienne zmiany odcinka ST - załamek T (ST- T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa); - nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych; - obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionego badaniem angiograficznym lub w autopsji.	Tak	Tak

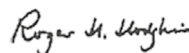
Niniejszy Katalog poważnych zachorowań stanowiący Załącznik nr 2 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 10/2026, został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 10/2026 od 15 lutego 2026 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 3 KATALOG OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Lp.	Nazwa operacji	Kategoria
OPERACJE UKŁADU NERWOWEGO		
1	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	A
2	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	B
3	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	D
4	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	B
5	Neurostymulacja mózgu	B
6	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	C
7	Rewizja wentrykulostomii	C
8	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne na komorach mózgowych	C
9	Zabiegi dotyczące przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	B
10	Przeszczep nerwu czaszkowego (odcinek wewnątrzczaszkowy)	B
11	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwów czaszkowych	A
12	Pozaczaszkowe wycięcie nerwu błędnego	B
13	Pozaczaszkowe wycięcie innego nerwu czaszkowego	B
14	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	C
15	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	C
16	Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	B
17	Neurostymulacja nerwu czaszkowego	C
18	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	B
19	Operacja naprawcza opony twardej	A
20	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	A
21	Drenaż przestrzeni podoponowej	A
22	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	A
23	Inne operacje rdzenia kręgowego	C
24	Wycięcie zmiany opon rdzeniowych	D
25	Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	C
26	Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	D
27	Wycięcie nerwu obwodowego	D
28	Zniszczenie nerwu obwodowego	D
29	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	D
30	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	C
31	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	C
32	Operacje naprawcze nerwu współczulnego	D
33	Biopsja stereotaktyczna mózgu	D
34	Kraniotomia z usunięciem krwaka śródmózgowego	B
35	Kraniotomia z usunięciem krwaka nadtwórzkowego	C
36	Kraniotomia z usunięciem krwaka podtwórzkowego	C
37	Kraniotomia z usunięciem ciała obcego z czaszki	C
38	Wycięcie zmiany w obrębie pnia mózgu	B
39	Usunięcie zmiany w obrębie mózdzku	B
40	Sympatektomia szyjna	C
41	Sympatektomia lędźwiowa	D
OPERACJE UKŁADU DOKREWNEGO ORAZ GRUCZOŁU SUTKOWEGO		
42	Całkowite wycięcie tarczycy (tyroidektomia)	D

43	Częściowe wycięcie tarczycy (strumektomia)	E
44	Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	C
45	Operacje dotyczące przewodu tarczowo-językowego	C
46	Wycięcie przytarczyc(y)	D
47	Wycięcie grasicy	D
48	Torakoskopowe wycięcie grasicy	E
49	Wycięcie nadnercza	C
50	Obustronne wycięcie nadnerczy	B
51	Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnerczy	C
52	Inne operacje nadnercza	D
53	Jednostronna całkowita amputacja sutka	D
54	Obustronna całkowita amputacja sutków	C
55	Częściowe usunięcie sutka (kwadrantektomia, BCT)	D
56	Operacje rekonstrukcyjne sutka / sutków	D
57	Operacje na przewodach mlekośnych sutka	E
58	Operacje brodawki sutkowej	E
59	Wycięcie przysadki	C
60	Zniszczenie przysadki	C
61	Inne operacje przysadki	C
62	Operacje szyszynki	B
OPERACJE OKA		
63	Wypatroszenie oczodołu	B
64	Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	D
65	Wycięcie zmiany w obrębie oczodołu	D
66	Wszczepienie protezy oka	D
67	Rewizja protezy oka	D
68	Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	C
69	Dekompresja oczodołu / oczodołów	D
70	Operacyjne zaopatrzenie pękniętej gałki ocznej	C
71	Połączone operacje mięśni oka	C
72	Cofnięcie mięśnia oka	D
73	Wycięcie mięśnia oka	D
74	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	D
75	Zeszycie rogówki	E
76	Przeszczep rogówki	D
77	Wycięcie zmiany w obrębie twardówki	D
78	Operacje odklejającej się siatkówki z kłamrowaniem	E
79	Wycięcie tęczówki	D
80	Wycięcie zmiany tęczówki	E
81	Operacje filtrujące tęczówki	C
82	Wycięcie ciała rzęskowego	D
83	Wycięcie zmiany ciała rzęskowego	E
84	Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki (metoda klasyczna, chirurgiczna)	D
85	Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki (metoda klasyczna, chirurgiczna)	D
86	Operacje ciała szklanego	C
87	Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	E
88	Zniszczenie zmiany siatkówki	D

89	Korekta deformacji powieki	E
90	Operacje gruczołu łzowego	E
91	Zespoleń dróg łzowych z jamą nosową	E
OPERACJE LARYNGOLOGICZNE		
92	Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	B
93	Operacja naprawcza wyrostka sutkowatego	D
94	Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego	D
95	Operacje naprawcze błony bębenkowej	E
96	Drenaż ucha środkowego	E
97	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	B
98	Wycięcie zmiany ucha środkowego	D
99	Operacja aparatu przedsionkowego	C
100	Operacja ślimaka	E
101	Wszechpienie protezy ślimaka	D
102	Amputacja (resekcja) nosa	C
103	Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego (nieendoskopowe)	D
104	Operacje (nieendoskopowe) zatoki czołowej	D
105	Operacje (nieendoskopowe) zatoki klinowej	D
106	Operacje (nieendoskopowe) komórek sitowych	D
107	Operacje (nieendoskopowe) niewyszczególnionej zatoki przynosowej	E
108	Wycięcie gardła	B
109	Wycięcie zmiany gardła	E
110	Operacje naprawcze gardła	C
111	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła	E
112	Wycięcie krtani	C
113	Wycięcie częściowe krtani	D
114	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani	D
115	Odtworzenie krtani	B
116	Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne w obrębie krtani	E
117	Przeszczep krtani	A
118	Wycięcie strun głosowych	C
OPERACJE UKŁADU ODDECHOWEGO		
119	Częściowe wycięcie tchawicy	A
120	Operacje plastyczne tchawicy	C
121	Operacja przetoki tchawicy	C
122	Otwarta implantacja protezy tchawicy	C
123	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia) (z wyłączeniem czasowej tracheostomii)	D
124	Otwarte operacje ostrogi tchawicy	C
125	Częściowe wycięcie oskrzela	C
126	Całkowite wycięcie oskrzela	B
127	Endofiberoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dolnych dróg oddechowych	E
128	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w obrębie dolnych dróg oddechowych z użyciem bronchoskopu	E
129	Przeszczep płuca	A
130	Całkowite wycięcie płuca	B
131	Usunięcie części płuca	D
132	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie płuca	B
133	Otwarte operacje śródpiersia	D
134	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	E

OPERACJE JAMY USTNEJ		
135	Wycięcie języka	C
136	Wycięcie zmiany w obrębie języka	E
137	Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia miękkiego	E
138	Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia twardego	E
139	Korekcja zniekształcenia podniebienia	D
140	Wycięcie zmiany w obrębie innych części jamy ustnej	E
141	Odtworzenie innej części jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	D
142	Wycięcie ślinianki	D
143	Wycięcie zmiany w obrębie ślinianki	E
144	Przemieszczenie przewodu ślinianki (przeszczepienie ujścia przewodu ślinianki)	D
145	Otwarte usunięcie kamienia z przewodu ślinianki	E
146	Podwiązanie przewodu ślinianki	E
147	Poszerzenie przewodu ślinianki	E
148	Zamknięcie przetoki ślinowej	E
149	Wycięcie jęczyzka	E
OPERACJE GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO		
150	Wycięcie przełyku i żołądka	A
151	Całkowite wycięcie przełyku	A
152	Częściowe wycięcie przełyku	C
153	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie przełyku	C
154	Zespolenie omijające przełyku	B
155	Rewizja zespolenia przełykowego	C
156	Operacja naprawcza przełyku	C
157	Wytworzenie przetoki przełykowej	C
158	Nacięcie przełyku	E
159	Otwarte operacje żyłaków przełyku	C
160	Otwarta implantacja protezy przełyku	C
161	Wytworzenie sztucznego przełyku	C
162	Fiberoendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie przełyku	E
163	Usunięcie zmiany w obrębie przełyku przy użyciu sztywnego endoskopu	E
164	Operacja antyrefluksowa przełyku	D
165	Całkowite wycięcie żołądka	A
166	Częściowe wycięcie żołądka	B
167	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie żołądka	C
168	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	C
169	Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	C
170	Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	C
171	Operacje wrzodu żołądka	C
172	Nacięcie odźwiernika	D
173	Zszycie pękniętej ściany żołądka	E
174	Fibroendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego	E
175	Wycięcie dwunastnicy	C
176	Otwarte usunięcie zmiany w obrębie dwunastnicy	B
177	Zespolenie omijające dwunastnicę	C
178	Operacje wrzodu dwunastnicy	C
179	Zszycie pękniętej ściany dwunastnicy	E
180	Wagotomia choroby wrzodowej	D

181	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dwunastnicy	E
182	Wycięcie jelita czczego	C
183	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita czczego	C
184	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii)	C
185	Zespolenie omijające jelito czcze	C
186	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita czczego	E
187	Wycięcie jelita krętego	C
188	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita krętego	C
189	Zespolenie omijające jelito kręte	C
190	Rewizja zespolenia jelita krętego	C
191	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	C
192	Rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)	C
193	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita krętego	E
194	Zszycie rozerwanego jelita cienkiego	E
195	Plikacja jelita cienkiego	D
OPERACJE DOLNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO		
196	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	A
197	Całkowite wycięcie okrężnicy	B
198	Usunięcie części okrężnicy	D
199	Wycięcie odbytnicy	B
200	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	D
201	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	E
202	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie okrężnicy	C
203	Zespolenie omijające okrężnicę	C
204	Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	C
205	Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	C
206	Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego	C
207	Zszycie rozerwanego jelita grubego	E
208	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie odbytnicy	C
209	Ufiksowanie odbytnicy z powodu jej wypadania	D
210	Przezwieraczowe operacje odbytnicy	D
211	Operacje z powodu wypadania odbytnicy z dostępu przez krocze	C
212	Usunięcie odbytu	B
213	Operacja naprawcza odbytu	E
214	Wycięcie prawej połowy okrężnicy	B
215	Wycięcie poprzecznicy	B
216	Wycięcie lewej połowy okrężnicy	B
217	Wycięcie esicy	B
218	Przeszczep mięśnia smukłego	E
OPERACJE INNYCH NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ		
219	Przeszczep wątroby	A
220	Całkowite usunięcie wątroby	B
221	Częściowe otwarte wycięcie wątroby	D
222	Usunięcie zmiany wątroby	E
223	Operacja naprawcza wątroby	B
224	Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	E
225	Transluminalne (śródnaczyniowe) zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	D
226	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	E

227	Cholecystostomia	E
228	Przezskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego	E
229	Wycięcie przewodu żółciowego	C
230	Wycięcie zmiany w obrębie przewodu żółciowego	C
231	Zespolenie przewodu wątrobowego	C
232	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	C
233	Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	C
234	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	C
235	Operacje zwieracza Oddiego metodą otwartą	E
236	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego (sfinkterotomia endoskopowa)	E
237	Endoskopowe wsteczne protezowanie dróg trzustkowych	E
238	Wycięcie brodawki Vatera	D
239	Przeskórna rewizja zespolenia dróg żółciowych	D
240	Przezskórna implantacja protezy dróg żółciowych	D
241	Zabiegi terapeutyczne w obrębie dróg żółciowych z dostępu przez dren T	D
242	Przeszczep trzustki	A
243	Całkowite wycięcie trzustki	B
244	Jednoczasowe wycięcie trzustki i dwunastnicy (operacja Whipple'a)	A
245	Wycięcie głowy trzustki	B
246	Wycięcie zmiany w obrębie trzustki	D
247	Zespolenie przewodu trzustkowego	B
248	Otwarty drenaż zmiany w obrębie trzustki	C
249	Przezskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	E
250	Całkowite wycięcie śledziony	D
251	Wycięcie zmiany w obrębie śledziony	E
OPERACJE SERCA		
252	Przeszczep serca i płuc	A
253	Przeszczep serca	A
254	Zamknięcie kanału przedsionkowokomorowego	A
255	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej	B
256	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej	B
257	Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca	C
258	Operacje przegrody serca wykonywane bez otwierania serca	B
259	Zabiegi terapeutyczne dotyczące przegrody serca wykonywane od strony jam serca	B
260	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem wstawki z zastawką	A
261	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem innej wstawki	A
262	Plastyka przedsionka serca	A
263	Walwuloplastyka mitralna	C
264	Walwuloplastyka aortalna	C
265	Plastyka zastawki trójdzielnej	C
266	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	C
267	Plastyka nieokreślonej zastawki serca	C
268	Rewizja plastyki zastawki serca	C
269	Otwarta walwulotomia	A
270	Zamknięta walwulotomia	B
271	Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca	B
272	Usunięcie zwężenia w obrębie struktur towarzyszących zastawce serca	B
273	Pomostowanie aortalno-wieńcowe z użyciem własnego naczynia	C

274	Pomostowanie aortalno-wieńcowe z użyciem obcej tkanki (allograficzne)	C
275	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej	C
276	Pomostowanie tętnica piersiowa wewnętrzna-tętnica wieńcowa	C
277	Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej	C
278	Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	C
279	Przeżyłowa angioplastyka wieńcowa	D
280	Otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bódźoprzewodzącego serca	A
281	Wycięcie osierdza	A
282	Drenaż osierdza	B
283	Przecięcie osierdza	E
284	Operacje złożonych wad wielkich naczyń serca wykonywane przy otwartym sercu	A
285	Operacja przetrwałego przewodu tętniczego wykonywana przy otwartym sercu	A
286	Operacje mięśni brodawkowatych serca	C
287	Operacje nici ścięgniastych serca	C
288	Operacje beleczek mięśniowych serca	D
289	Wycięcie tętniaka serca	B
290	Wszczepienie sztucznego serca	A
OPERACJE NACZYŃ KRWIONOŚNYCH		
291	Wytworzenie zespolenia naczyniowego tętnicy płucnej z aortą z użyciem wstawki naczyniowej	A
292	Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	A
293	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	A
294	Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	B
295	Nieanatomiczne pomostowanie aorty	A
296	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty wykonywana z nagłych wskazań	A
297	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty wykonywana z innych wskazań	B
298	Rewizja protezy aortalnej	B
299	Plastyczna operacja naprawcza aorty	B
300	Zabiegi operacyjne aorty, wykonywane od strony światła aorty	B
301	Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	A
302	Zabiegi operacyjne tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła tętnicy szyjnej	B
303	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	A
304	Zabiegi operacyjne tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła tętnicy mózgowej	B
305	Odtworzenie tętnicy podobojczykowej	A
306	Zabiegi operacyjne tętnicy podobojczykowej wykonywane od strony światła tętnicy podobojczykowej	C
307	Endarterektomia tętnicy kończyn górnych	D
308	Odtworzenie tętnicy nerkowej	A
309	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej	C
310	Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	A
311	Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń	B
312	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z nagłych wskazań	A
313	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z innych wskazań	B
314	Odtworzenie tętnicy biodrowej	A
315	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane od strony światła tętnicy biodrowej	C
316	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z nagłych wskazań	B
317	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z innych wskazań	C
318	Odtworzenie tętnicy udowej	B
319	Zabiegi dotyczące tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej	D
320	Endarterektomia tętnicy kończyn dolnych	D
321	Rewizja odtworzonej tętnicy	C

322	Operacje na żyłę główną	D
323	Operacje w układzie żyły wrotnej	D
324	Otwarte usunięcie skrzepliny z żyły	E
OPERACJE UKŁADU MOCZOWEGO		
325	Przeszczep nerki	A
326	Całkowite wycięcie nerki	B
327	Obustronne jednoczasowe wycięcie nerek	A
328	Częściowe wycięcie nerki	D
329	Wycięcie zmiany w nerce	D
330	Otwarta naprawcza operacja nerki	C
331	Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej	D
332	Nacięcie nerki	E
333	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	E
334	Zabiegi terapeutyczne w obrębie nerek z dostępu przez nefrostomię	E
335	Wycięcie moczowodu	C
336	Częściowe wycięcie moczowodu	E
337	Odrowadzenie moczu przez przetokę	E
338	Ponowne wszczepienie moczowodu	C
339	Operacja naprawcza moczowodu	D
340	Protezowanie moczowodu	E
341	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą nefroskopii	E
342	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	E
343	Operacje ujścia moczowodu	D
344	Umocowanie moczowodu	E
345	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	B
346	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	C
347	Powiększenie pęcherza moczowego	B
348	Endoskopowe powiększenie pęcherza	D
349	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	D
350	Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową	E
351	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu przezpochwowego	D
352	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu brzuszego	D
353	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego	E
354	Otwarte wycięcie gruczołu krokowego	C
355	Endoskopowe wycięcie gruczołu krokowego	E
356	Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza	E
357	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego	E
358	Wycięcie cewki moczowej	C
359	Operacja naprawcza cewki moczowej	D
360	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	E
361	Operacje ujścia cewki moczowej	E
362	Wszczepienie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego	E
363	Operacyjne leczenie nietrzymania moczu	D
364	Usunięcie kamienia z układu moczowego	E
OPERACJE NARZĄDÓW PŁCIOWYCH		
365	Wycięcie moszny	D
366	Obustronne wycięcie jąder	C
367	Jednostronne wycięcie jądra	E

368	Wycięcie zmiany w obrębie jądra	E
369	Obustronna implantacja jąder do moszny	C
370	Obustronne sprowadzenie jąder	E
371	Proteza jądra	D
372	Operacja wodniaka jądra	E
373	Wycięcie najądrza	E
374	Operacje najądrza	E
375	Wycięcie nasieniowodu	E
376	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	D
377	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	D
378	Operacje pęcherzyków nasiennych	D
379	Amputacja prącia	C
380	Usunięcie zmiany prącia	E
381	Protezowanie prącia	D
382	Usunięcie sromu	C
383	Operacja naprawcza sromu	E
384	Wycięcie zmiany w obrębie krocza	E
385	Wycięcie pochwy	E
386	Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	E
387	Wycięcie zmiany w obrębie pochwy	E
388	Operacja plastyczna pochwy	E
389	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	D
390	Operacja naprawcza sklepienia pochwy	E
391	Operacje zatoki Douglasa	E
392	Amputacja szyjki macicy	E
393	Brzuszne wycięcie macicy	C
394	Przezpochwowe wycięcie macicy	C
395	Usunięcie mięśniaków macicy metodą otwartą	E
396	Obustronne wycięcie przydatków macicy (jajniki i/lub jajowody)	C
397	Jednostronne wycięcie przydatków macicy (jajniki i/lub jajowody)	E
398	Częściowe wycięcie jajowodu	E
399	Implantacja protezy jajowodu	E
400	Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	E
401	Nacięcie jajowodu	E
402	Operacje strzępków jajowodu	E
403	Częściowe wycięcie jajnika	E
404	Otwarte zniszczenie zmiany w obrębie jajnika	E
405	Operacja naprawcza jajnika	E
406	Operacje więzadła szerokiego macicy	E
OPERACJE TKANEK MIĘKKICH		
407	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	B
408	Odtworzenie ściany klatki piersiowej	B
409	Otwarte wycięcie opłucnej	B
410	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	E
411	Operacja naprawcza pęknięcia przepony	C
412	Operacja przepukliny przeponowej	D
413	Plikacja przepony	D
414	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	E

415	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	E
416	Operacja przepukliny pępkowej	E
417	Pierwotna operacja przepukliny udowej	E
418	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	E
419	Pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
420	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
421	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	E
422	Otwarte wycięcie zmiany otrzewnej	D
423	Otwarty drenaż otrzewnej	C
424	Operacje sieci większej	C
425	Operacje krezki jelita cienkiego	C
426	Operacje krezki okrężnicy	C
427	Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	D
428	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne otrzewnej	E
429	Przeszczep powięzi	E
430	Wycięcie powięzi brzucha	E
431	Wycięcie innej powięzi	E
432	Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	E
433	Rozdzielenie powięzi	E
434	Uwolnienie powięzi	E
435	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	E
436	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	E
437	Przemieszczenie ścięgna	E
438	Wycięcie ścięgna	E
439	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	E
440	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	E
441	Zmiana długości ścięgna	E
442	Wycięcie pochewki ścięgna	E
443	Przeszczep mięśni	C
444	Wycięcie mięśnia	E
445	Operacja naprawcza mięśnia (z wyłączeniem prostego szycia mięśnia)	E
446	Uwolnienie przykurczu mięśnia	E
447	Operacje kaletki maziowej	E
448	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	E
449	Drenaż zmiany węzła chłonnego	E
450	Operacje przewodu limfatycznego	B
451	Operacje kieszonki skrzelowej	D
452	Wycięcie torbieli bocznej szyi	D
453	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	E
454	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	D
455	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	E
456	Przeszczep skóry owłosionej w obrębie czaszki	E
OPERACJE KOŚCI I STAWÓW		
457	Plastyka czaszki	D
458	Otwarcie czaszki	C
459	Podniesienie złamanego fragmentu czaszki	E
460	Wycięcie kości twarzoczaszki	D
461	Wycięcie zmiany kości twarzoczaszki	E

462	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	C
463	Nastawienie złamania innej kości twarzy metodą otwartą	D
464	Rozdzielenie kości twarzy	D
465	Stabilizacja kości twarzy	D
466	Przeszczep kostny kości twarzy	C
467	Całkowite wycięcie żuchwy	B
468	Częściowe wycięcie żuchwy	E
469	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	D
470	Rozdzielenie żuchwy	B
471	Stabilizacja żuchwy	C
472	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	C
473	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	C
474	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	C
475	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	D
476	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	D
477	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	D
478	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	D
479	Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	B
480	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	C
481	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	C
482	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	D
483	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	C
484	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	D
485	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	D
486	Wycięcie krążka międzykręgowego w nieokreślonym odcinku	D
487	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	B
488	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	C
489	Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	C
490	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	C
491	Wycięcie zmiany kręgosłupa	D
492	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	C
493	Stabilizacja złamania kręgosłupa metodą otwartą	C
494	Całkowite wycięcie kości	D
495	Usunięcie fragmentu kości	D
496	Wycięcie kości ektopowej	E
497	Wycięcie zmiany w obrębie kości	E
498	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	D
499	Rozdzielenie trzonu kości	D
500	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	D
501	Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	D
502	Drenaż kości	E
503	Całkowita rekonstrukcja kciuka	D
504	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	E
505	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	E
506	Rozdzielenie kości stopy	D
507	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	E
508	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	E
509	Pierwotne otwarte nastawienie śródstawowego złamania kości	B
510	Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	D

511	Stabilizacja oddzielonej nasady kości	C
512	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości	D
513	Całkowita cementowa protezoplastyka stawu biodrowego	D
514	Całkowita bezcementowa protezoplastyka stawu biodrowego	D
515	Całkowita cementowa protezoplastyka stawu kolanowego	C
516	Całkowita bezcementowa protezoplastyka stawu kolanowego	C
517	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	D
518	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	D
519	Przeszczep szpiku kostnego	D
INNE ZABIEGI OPERACYJNE		
520	Replantacja kończyny górnej na wysokości ramienia	C
521	Replantacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	D
522	Replantacja kciuka	D
523	Replantacja kończyny dolnej na wysokości uda	C
524	Replantacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	D
525	Replantacja kończyny dolnej na wysokości st. skokowego	D
526	Replantacja innego organu	E
527	Wszczepienie protezy kończyny	C
528	Transplantacja międzyukładowa	C
529	Przeszczep całej twarzy	A
530	Amputacja w zakresie ramienia	C
531	Amputacja kończyny górnej na wysokości przedramienia	D
532	Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	D
533	Amputacja kciuka	E
534	Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki	B
535	Amputacja nogi na poziomie uda	C
536	Amputacja nogi na poziomie podudzia	D
537	Amputacja stopy	D
538	Amputacja palucha	E
539	Amputacja kończyny dolnej z częścią miednicy	B
540	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	D

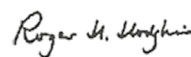
Niniejszy Katalog operacji chirurgicznych stanowiący Załącznik nr 3 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 10/2026 został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 10/2026 od 15 lutego 2026 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 4 KATALOG ZABIEGÓW SPECJALISTYCZNYCH

Niniejszy katalog stosuje się dla osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Zabiegu specjalistycznego. Przez procent sumy ubezpieczenia określony w katalogu Zabiegów specjalistycznych rozumie się procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Zabiegu specjalistycznego zwany dalej „% Sumy ubezpieczenia”.

Układ krążenia		% Sumy ubezpieczenia
1)	Embolizacja naczyń	50
2)	Ablacja dodatkowej drogi przewodzenia w sercu	30
3)	Wszczepienie rozrusznika serca	30
4)	Wszczepienie kardiowertera - defibrylatora	50
5)	Kardiowersja przedsionków	30
6)	Zamknięcie uszka lewego przedsionka serca	50
7)	Wprowadzenie filtra do żyły głównej	30
8)	Zabiegi wewnątrznaczyniowe na tętnicach / żyłach (z wyłączeniem tętnic wieńcowych)	30
9)	Żylaki kończyn dolnych (w zależności od metody):	
	a. Skleroterapia (wstrzyknięcie substancji obliterującej), podwiązanie	10
	b. Laseroterapia / ablacja żył	10
	c. Wycięcie chirurgiczne	50
10)	Żylaki odbytu (w zależności od metody):	
	a. Podwiązanie	10
	b. Skleroterapia (wstrzyknięcie substancji obliterującej) / działanie prądu /temperatury	10
	c. Wycięcie chirurgiczne	50
Układ oddechowy		
11)	Septoplastyka nosa	10
12)	Polipektomia nosa	10
13)	Endoskopowa operacja zatoki szczękowej	30
14)	Drenaż ropniaka opłucnej	50
15)	Pleurodeza (obliteracja opłucnej)	30
Ortopedia		
16)	Zabiegi artroskopowe (rekonstrukcyjne, usuwanie nadmiaru tkanek, synwektomia)	30
17)	Wycięcie ganglionu dołu podkolanowego	30
18)	Wycięcie ganglionu w obrębie kończyny górnej	30
19)	Wycięcie kaletki łokciowej lub kolanowej	30
20)	Wycięcie kaletki z korekcją palucha koślawego i zniekształceń innych palców (tylko tkanki miękkie)	30
21)	Korekcja palca młotkowatego stopy	10
22)	Korekcja palca szponiastego stopy	10
23)	Leczenie operacyjne zespołu cieśni nadgarstka	30
24)	Leczenie operacyjne zespołu kanału nerwu łokciowego	30
25)	Leczenie operacyjne zespołu kanału Guyona	30
Gastrologia		
26)	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	50
27)	Leczenie chirurgiczne przetoki odbytu (wycięcie/nacięcie przetoki)	30
28)	Wycięcie szczeliny odbytu, z nacięciem zwieracza odbytu (sfinkterotomią) lub bez	50
Układ rozrodczy		
29)	Konizacja szyjki macicy	10
30)	Nacięcie gruczołu Bartholina wraz z marsupializacją	30
31)	Wyłuszczenie gruczołu Bartholina	30

32)	Usuwanie polipów narządu rodnego	30
33)	Elektroresekcja zmiany szyjki macicy	10
34)	Zszycie pęknięcia macicy	30
35)	Wyłyżeczkowanie frakcjonowane kanału szyjki i jamy macicy	10
36)	Endoskopowe zabiegi w macicy	50
37)	Laparoskopowe wyłuszczenie mięśniaków macicy	50
38)	Cięcie cesarskie	30
Układ moczowy		
39)	Cystoskopia / ureteroskopia diagnostyczna	30
40)	Pozaustrójowa litotrypsja nerki/ moczowodu/ pęcherza	30
41)	Dializa otrzewnowa	30
Chirurgia		
42)	Wycięcie torbieli włosowej	10
43)	Wycięcie guza w obrębie tkanek miękkich	10
44)	Laparotomia zwiadowcza	50
Okulistyka		
45)	Zewnątrztorbowkowe usunięcie zaćmy przy użyciu ultradźwięków lub lasera z wprowadzeniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej (procedura jednoetapowa)	30
46)	Trabekuloplastyka laserowa, jedna lub więcej sesji (zdefiniowany cykl leczenia)	10
47)	Laserowa korekcja wady wzroku	10
48)	Wycięcie skrzydlika	10
Laryngologia		
49)	Nacięcie błony bębenkowej	10
50)	Usunięcie migdałków	30

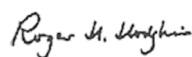
Niniejszy Katalog zabiegów specjalistycznych stanowiący Załącznik nr 4 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 10/2026, został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 10/2026 od 15 lutego 2026 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 5

TABELA PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH

Niniejszą Tabelę stosuje się przy ocenie skutków nieszczęśliwych wypadków u osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej naprawy, zakupu lub wypożyczenia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

1) PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE

Lp.	Wyszczególnienie
Protezy kończyn dolnych	
Protezy kończyn dolnych przy amputacji w obrębie stopy	
1	Proteza wkładka do buta uzupełniająca stopę po amputacji palców
2	Proteza uzupełniająca stopę: skórzana albo z tworzywa sztucznego
3	Proteza ze stawem skokowym albo bez stawu skokowego przy amputacji wg Lisfranca lub Choparta: skórzana albo z tworzywa sztucznego
Protezy kończyn dolnych przy amputacji w obrębie podudzia	
4	Proteza ze stawem skokowym albo bez przy amputacji wg Pirogowa lub Syme'a: skórzana albo z tworzywa sztucznego
5	Proteza podudzia: skórzana albo z tworzywa sztucznego, albo drewniana, albo z innych materiałów niewymienionych, z tulejką uda ze skóry, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
6	Proteza podudzia tymczasowa: z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
7	Proteza podudzia: skórzana albo drewniana, albo z tworzywa sztucznego, albo modularna, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
Protezy kończyn dolnych przy amputacji w obrębie uda	
8	Proteza uda przy amputacji wg Grittiiego lub wyłuszczenia w stawie kolanowym: skórzana albo drewniana, albo z tworzywa sztucznego, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
9	Proteza uda tymczasowa: z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
10	Proteza uda: drewniana albo z tworzywa sztucznego, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
11	Proteza uda z lejem kikutowym skórzany: goleń i kolano drewniane albo goleń i kolano z tworzywa sztucznego, albo goleń ze skóry, albo z drewna, albo z tworzywa, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
12	Proteza uda modularna: z miękkim pokryciem ciała podobnym albo proteza wykonana z innych niewymienionych materiałów, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
13	Proteza uda szczudłowa
Protezy kończyn dolnych przy pełnej amputacji w obrębie uda (wyłuszczenie w stawie biodrowym)	
14	Proteza przy wyłuszczeniu w stawie biodrowym: typ kanadyjski albo konwencjonalny, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
15	Proteza tymczasowa przy wyłuszczeniu w stawie biodrowym: stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
16	Kosz biodrowy przy obustronnym wyłuszczeniu w stawach biodrowych: skórzany albo z tworzywa sztucznego, z uchwytami dla kończyn górnych
17	Protezy wyrównanie skrótu kończyny dolnej: stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH, z zawieszeniem lub bez
Wyposażenie dodatkowe do protez kończyn dolnych	
18	Pończocha kikutowa – przy amputacji w obrębie stopy
19	Pończocha kikutowa – przy amputacji podudzia
20	Pończocha kikutowa – przy amputacji uda
21	Pończocha kikutowa albo majteczki przy jednostronnej pełnej amputacji kończyny dolnej albo majteczki przy obustronnej pełnej amputacji kończyn dolnych
Protezy kończyn górnych	
22	Proteza kosmetyczna części ręki
23	Proteza kosmetyczna przedramienia: skórzana albo z tworzywa sztucznego, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
24	Proteza kosmetyczna przedramienia: z elementów modularnych, z miękkim pokryciem ciała podobnym, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
25	Proteza kosmetyczna przedramienia: skórzana albo z tworzywa sztucznego, z tulejką ramienia, z dłonią protezową
26	Proteza kosmetyczna przedramienia: z elementów modularnych, z tulejką ramienia, z miękkim pokryciem ciała podobnym, z dłonią protezową

27	Proteza kosmetyczna ramienia: z elementów modularnych, z miękkim pokryciem ciepłopodobnym, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
28	Proteza kosmetyczna ramienia: skórzana albo z tworzywa sztucznego, lej ze skóry albo z tworzywa, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
29	Proteza kosmetyczna całej kończyny górnej: ze stawem barkowym albo bez stawu barkowego, skórzana albo z tworzywa sztucznego, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
30	Proteza kosmetyczna całej kończyny górnej: ze stawem barkowym albo bez stawu barkowego, z elementów modularnych, z miękkim pokryciem ciepłopodobnym, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
31	Proteza robocza mechaniczna części ręki
32	Proteza robocza mechaniczna przedramienia: z dłonią protezową, z zawieszeniem
33	Proteza robocza mechaniczna ramienia: z dłonią protezową, z zawieszeniem
34	Proteza robocza mechaniczna przy pełnej amputacji kończyny górnej: z dłonią protezową, z zawieszeniem

Wyposażenie dodatkowe do protez kończyn górnych

35	Uchwyty robocze do protez kończyn górnych, np.: hak wieloczynnościowy albo hak dwudzielny
36	Pończochy kikutowe – przy amputacji przedramienia
37	Pończochy kikutowe – przy amputacji ramienia
38	Pończochy kikutowe – przy pełnej amputacji kończyny górnej

Aparaty ortopedyczne na kończyny dolne

39	Aparat korekcyjny palucha koślawego
40	Aparaty odciążająco-korekcyjne dla palców stóp
41	Szyna spiralna z sandałem: strzałkowa albo piszczelowa
42	Szyna strzałkowa ze strzemieniem do buta, z podciąganiem sprężynowym lub bez
43	Aparat na opadającą stopę (stopowo-goleniowy tylny)
44	Podciąg gumowy zapobiegający opadaniu stopy
45	Aparat drutowy do kolana z podciąganiem sprężynowym
46	Aparat na opadającą stopę: z mocowaniem do zapiętka obuwia albo z uchwytem żabkowym za obcas albo z regulowanym podciąganiem stopy
47	Aparat szynowo-opaskowy na podudzie, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
48	Aparat tulejkowy na podudzie: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
49	Tutor unieruchamiający stopę i staw skokowy: skórzany albo z tworzywa sztucznego
50	Aparat do kolana odciążający z oparciem podrzepkowym, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
51	Aparat szynowo-opaskowy na całą kończynę dolną: z tulejką uda lub bez, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
52	Aparat na goleń i udo: szynowo-opaskowy lub tulejkowy, skórzany albo z tworzywa sztucznego
53	Aparat DAFO
54	Aparat zapobiegający przeprostowi kolana
55	Aparat jednoszynowy stabilizujący staw kolanowy
56	Aparat tulejkowy na całą kończynę dolną: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
57	Tutor na całą kończynę dolną: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
58	Aparat odciążający kończynę dolną typu Thomasa: z tulejką uda skórzaną albo z tworzywa sztucznego
59	Aparat rotujący stopę jednoszynowy sprężynowy
60	Aparat unieruchamiający staw biodrowy (udowo-biodrowy): szynowo-opaskowy, z tworzywa sztucznego
61	Łuska na całą kończynę dolną z tworzywa sztucznego, z przegubem albo bez
62	Łuska na goleń i stopę: z tworzywa sztucznego, z przegubem skokowym albo bez

Wyposażenie dodatkowe do aparatów ortopedycznych na kończyny dolne

63	Pas biodrowy z szyną
64	Niski kosz biodrowy z szyną biodrową
65	Wysoki kosz biodrowy z szyną biodrową

Aparaty ortopedyczne na kończyny górne

66	Aparat korygujący osłabienia wyprostu i odwiedzenia kciuka oraz wyprostu wskaziciela
----	--

67	Aparat korygujący osłabienia wyprostu palców ręki
68	Aparat utrzymujący wyprost palców
69	Aparat redresujący: przykurcz wyprostny palca lub przykurcz zgięciowy palca (Capenera)
70	Aparat redresujący: przykurcz wyprostny stawów śródrečno-palcowych lub śródrečno-palcowych i międzypaliczkowych lub przykurcz przywiedzeniowy kciuka
71	Aparat redresujący staw łokciowy
72	Aparat podpórczo-stabilizujący nadgarstek, dłoń i palce: podpórczy nadgarstka Bunnela albo stabilizujący nadgarstek i podpierający dłoń Hommonda, albo podpórczy dłoni i palców z opozycją kciuka – Oppenheimera
73	Aparat korygujący niedowład prostowników nadgarstka i palców
74	Aparat korygujący Lamba
75	Aparat korekcyjny ręki typu: Andersona albo Bunnela, albo Vermoni-Nicella, albo Oppenheimera
76	Aparat na rękę i przedramię wg Engena
77	Aparat na rękę i przedramię wg Swansona albo wg Bunnela, wspomagający zgięcie albo wspomagający wyprost
78	Łuska na dłoń i przedramię: pełna albo trójczęściowa
79	Aparat redresujący radializację ręki: taśmowy albo drutowy
80	Aparat uczynniający palce ze zgięciem grzbietowym nadgarstka
81	Aparat uczynniający palce
82	Aparat do redresji i usprawnienia zginaczy palców
83	Tutor nadgarstka: skórzany albo z tworzywa sztucznego
84	Tutor ustalający nadgarstek z cięgnami sprężynowymi prostującymi palce
85	Szyna na dłoń i przedramię korygująca zniekształcenie ręki: aluminiowa albo z tworzywa sztucznego
86	Aparat na przedramię i ramię: szynowo-opaskowy lub tulejkowy, skórzany albo z tworzywa sztucznego
87	Tutor łokciowy: skórzany albo z tworzywa sztucznego
88	Aparat na ramię i bark ze stawem barkowym albo bez: skórzany albo z tworzywa sztucznego
89	Aparat odwodzący kończynę górną: z zawieszeniem szelkowym albo z zawieszeniem na chomące albo sprężynowy
90	Szyna odwodząca
91	Szyna elewacyjna

Ortezy kończyny dolnej

92	Orteza korekcyjna palucha koślawego
93	Orteza odciążająco-korekcyjna dla palców stóp
94	Orteza stabilizująca staw skokowy
95	Szyna spiralna z sandałem: strzałkowa albo piszczelowa
96	Szyna strzałkowa ze strzemieniem do buta, z podciąganiem sprężynowym albo bez
97	Orteza na opadającą stopę (stopowo-goleniowa tylna)
98	Podciąg gumowy zapobiegający opadaniu stopy
99	Orteza stopowo-goleniowa
100	Aparat drutowy do kolana z podciąganiem sprężynowym
101	Orteza na opadającą stopę: z mocowaniem do zapiętki obuwia albo z uchwytem żabkowym za obcas, albo z regulowanym podciąganiem stopy
102	Aparat szynowo-opaskowy na podudzie ze strzemieniem do buta albo z sandałem
103	Aparat tulejkowy na podudzie: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
104	Orteza unieruchamiająca stopę i staw skokowy: skórzana albo z tworzywa sztucznego
105	Orteza do kolana odciążająca z oparciem podrzepkowym, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
106	Aparat szynowo-opaskowy na całą kończynę dolną: z tulejką uda lub bez, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
107	Łuska na goleń i stopę: z tworzywa sztucznego z przegubem skokowym albo bez
108	Orteza stawu kolanowego stabilizująca: z szynami (stalkami), sznurowana lub na rzepy
109	Orteza stawu kolanowego stabilizująco-korygująca z regulatorem ustawienia zgięcia stawu
110	Orteza na goleń i udo: szynowo-opaskowa lub tulejkowa, skórzana albo z tworzywa sztucznego

111	Łuska na całą kończynę dolną: z tworzywa sztucznego, z przegubem albo bez
112	Szyna nocna na całą kończynę dolną z sandałem korygująca koślawość lub szpotawość kolana
113	Orteza redresująca staw kolanowy
114	Orteza rzepki stabilizująca
115	Orteza zapobiegająca przeprostowi kolana
116	Orteza jednoszynowa stabilizująca staw kolanowy
117	Aparat tulejkowy na całą kończynę dolną: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemiem do buta albo z sandałem
118	Tutor na całą kończynę dolną: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemiem do buta albo z sandałem
119	Orteza rotująca stopę jednoszynowa sprężynowa
120	Aparat odciążający kończynę dolną: typu Thomasa, z tulejką uda skórzaną albo z tworzywa sztucznego
121	Szyna Engelmana
122	Szyna Saint-Germaina
123	Szyna Denis-Browna, bez sandałów albo z sandałkami
124	Poduszka Frejki
125	Rozwórka Koszli
126	Orteza do leczenia dysplazji stawów biodrowych
127	Pajacyk Grucy
128	Szyna Ortolaniego
129	Szelki Grucy albo Pawlika
Ortezy kończyny górnej	
130	Aparat Stacka
131	Orteza korygująca kciuk i wskaziciel
132	Orteza redresująca: przykurcz wyprostny palca lub przykurcz zgięciowy palca (Capenera)
133	Orteza redresująca: przykurcz wyprostny stawów śródręczno-palcowych lub śródręczno-palcowych i międzypaliczkowych lub przykurcz przywiedzeniowy kciuka
134	Orteza redresująca staw łokciowy
135	Orteza podpórczo-stabilizująca nadgarstek, dłoń i palce: podpórcza nadgarstka Bunnela albo stabilizująca nadgarstek i podpierająca dłoń Hommonda, albo podpórcza dłoni i palców z opozycją kciuka – Oppenheimera
136	Orteza korygująca niedowład prostowników nadgarstka i palców
137	Orteza korygująca Lamba
138	Orteza korekcyjna ręki typu: Andersona albo Bunnela, albo Vermoni-Nicella, albo Oppenheimera
139	Orteza na rękę i przedramię wg Engena albo łuska śródręczna, albo łuska z szyną przedramienia, albo łuska z wysięgnikiem i podciągami palców
140	Orteza na rękę i przedramię: wg Swansona albo wg Bunnela wspomagająca zgięcie albo wspomagająca wyprost
141	Łuska na dłoń i przedramię: pełna albo trójczęściowa
142	Orteza redresująca radializację ręki: taśmowa albo drutowa
143	Łuska grzbietowa dłoni i przedramienia z cięgnami sprężynowymi palców
144	Orteza nadgarstka: skórzana albo z tworzywa sztucznego
145	Orteza ustalająca nadgarstek z cięgnami sprężynowymi prostującymi palce
146	Orteza na dłoń i przedramię korygująca zniekształcenia ręki: aluminiowa albo z tworzywa sztucznego
147	Orteza łokciowa: skórzana albo z tworzywa sztucznego
148	Aparat na przedramię i ramię: szynowo-opaskowy lub tulejkowy, skórzany albo z tworzywa sztucznego
149	Orteza czynnościowa kończyny górnej ze stawem Hosmera
150	Orteza na ramię i bark: ze stawem barkowym albo bez, skórzana albo z tworzywa sztucznego
151	Orteza odwodząca kończynę górną: z zawieszeniem szelkowym albo z zawieszeniem na chomącie albo sprężynowa
152	Orteza elewacyjna
153	Orteza odwodząca
154	Orteza stabilizująco-odciążająca

155 Temblak kończyny górnej

Gorsety i kołnierze ortopedyczne

156 Gorset szkieletowy (Calota)

157 Gorset doniczkowy: skórzany albo z tworzywa sztucznego

158 Gorset szkieletowy unieruchamiający górny odcinek piersiowy kręgosłupa: z kołnierzem albo z diademem

159 Gorset Jewetta: z ramą tylną lub z taśmami tylnymi

160 Gorset reklinacyjny z rozwórkami śrubowymi

161 Gorset lędźwiowo-krzyżowy wg Williamsa

162 Gorset odciążający typu Milwaukee-Blounta: z koszem skórzanym albo z koszem z tworzywa sztucznego

163 Gorset korekcyjny do leczenia skolioz

164 Prostotrzymacz wg Hohmanna

165 Prostotrzymacz wg Taylora

166 Wysoka sznurówka półszyćwna z podpaszkami

167 Sznurówka półgorsetowa typu Hohmanna

168 Sznurówka lędźwiowo-krzyżowa

169 Pas stabilizujący kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy

170 Półgorsetowa orteza szyjna

171 Kołnierz szyjny: kamizelkowy typu Grucy albo z regulowanym podparciem, albo szkieletowy podpórczy

172 Kołnierz pneumatyczny

173 Kołnierz stabilizujący: skórzany albo z tworzywa sztucznego

174 Kołnierz „Florida”

175 Kołnierz Schantza miękki

176 Stabilizator szyjny miękki (dwuczęściowy)

Ortezy tułowia i szyi

177 Gorset Jewetta: z ramą tylną lub z taśmami tylnymi

178 Gorset reklinacyjny z rozwórkami śrubowymi

179 Gorset lędźwiowo-krzyżowy wg Williamsa

180 Prostotrzymacz wg Hohmanna

181 Prostotrzymacz wg Taylora

182 Wysoka sznurówka półszyćwna z podpaszkami

183 Sznurówka półgorsetowa typu Hohmanna

184 Sznurówka lędźwiowo-krzyżowa

185 Pas stabilizujący kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy

186 Pas na rozejście spojenia łonowego

187 Półgorsetowa orteza szyjna

188 Kołnierz szyjny: kamizelkowy typu Grucy albo z regulowanym podparciem, albo szkieletowy podpórczy

189 Kołnierz pneumatyczny

190 Kołnierz stabilizujący: skórzany albo z tworzywa sztucznego

191 Kołnierz „Florida”

192 Kołnierz Schantza miękki

193 Stabilizator szyjny miękki (dwuczęściowy)

194 Kołnierz na kręcz karku

195 Pelota korekcyjna na łopatkę

196 Prostotrzymacz na kurzą klatkę piersiową

Obuwie ortopedyczne

197 Obuwie na stopę o różnym zniekształceniu

198 Obuwie wyrównujące skrócenie kończyny dolnej

199	Obuwie przy amputacjach w obrębie stopy
200	Obuwie do aparatów ortopedycznych: ze strzemieniem do buta albo do sandała
Kule i laski inwalidzkie	
201	Kula łokciowa ze stopniową regulacją
202	Kula dla reumatyków
203	Kula pachowa
204	Kula przedramienna z kółkiem
205	Laska inwalidzka
206	Laska dla niewidomych (biała)
207	Trójnóg
208	Czwórnoóg
Balkoniki i podpórki do chodzenia	
209	Balkoniki i podpórki ułatwiające chodzenie
Wózki inwalidzkie	
210	Wózek inwalidzki ręczny
211	Wózek inwalidzki aluminiowy (lekki) z systemem szybkiego demontażu kół, składany, dla osób samodzielnie poruszających się na wózku – czynnych zawodowo
212	Wózek inwalidzki specjalny dziecięcy
213	Wózek inwalidzki specjalny, stabilizujący plecy i głowę
Przedmioty ortopedyczne osobno niewymienione	
214	Fotelik dla dzieci do siedzenia
215	Indywidualne przedmioty pionizujące
216	Pełzak (wózek do raczkowania)

2) ŚRODKI POMOCNICZE

Lp.	Wyszczególnienie
1	Soczewki okularowe korekcyjne (w tym soczewki korekcyjne barwione) umożliwiające dokładne widzenie i zapobiegające znużeniu oka a) Soczewki do blizy b) Soczewki do dali c) Soczewki pryzmatyczne d) Soczewki dwuogniskowe
2	Soczewki kontaktowe lecznicze a) twarde b) miękkie
3	Obturatorzy dla dzieci
4	Pomoce optyczne dla niedowidzących a) lupa b) lunety, w tym monokulary c) okulary lornetkowe do blizy i dali d) okulary lupowe
5	a) Proteza oka wykonana indywidualnie dla dzieci i młodzieży proteza epiproteza b) Proteza oka wykonana indywidualnie dla dorosłych proteza epiproteza
6	a) Aparat (aparaty) słuchowy(e) na przewodnictwo powietrza lub kostne b) Wkładka uszna wykonana indywidualnie
7	Systemy wspomagające słyszenie (pętle indukcyjne, system FM i na podczerwień)
8	Cewniki zewnętrzne do 30 szt. lub zamiennie kieszonki do zbiórki moczu do 30 szt.
9	Cewniki urologiczne do 6 szt.
10	a) Cewniki urologiczne jednorazowe b) Cewniki jednorazowe do odsysania górnych dróg oddechowych

11	Worki do zbiórki moczu do 6 sztuk miesięcznie
12	a) Pas do zbiornika na kał b) Worki wymienne do pasa w ilości do 90 szt.
13	Worki samoprzylepne jednorazowego użycia w ilości do 90 szt. lub w równowartości ich kosztu inny sprzęt stomijny (np. zestawy irygacyjne, płytki + worki itp.) po zabiegach na: – jelicie cienkim (ileostomii) – jelicie grubym (kolostomii) – układzie moczowym (urostomii)
14	Worki do zbiórki moczu w ilości do 12 sztuk w przypadku nefrostomii lub w równowartości ich nabycia inny sprzęt urologiczny (np. cewniki urologiczne, paski mocujące itp.)
15	Pieluchy anatomiczne do 60 szt. miesięcznie w przypadku pacjentów: – z chorobą nowotworową przebiegającą w postaci owrzodziały lub krwawiących guzów krocza, okolicy krzyżowej itp. – z przetokami nowotworowymi lub popromiennymi (pęcherzowo-pochwowymi, pęcherzowo-pochwowo-odbytniczymi, pochwowo-odbytniczymi) – z nietrzymaniem stolca lub moczu w wyniku chorób nowotworowych lub zamiennie pieluchomajtki do 60 szt. miesięcznie lub zamiennie podkłady do 60 szt. lub wkłady anatomiczne do 60 szt.
16	Pieluchomajtki do 60 sztuk miesięcznie lub zamiennie pieluchy anatomiczne do 60 szt. miesięcznie dla dorosłych i dzieci powyżej 3 roku życia – z głębokim upośledzeniem umysłowym, w zespołach otępiennych o różnej etiologii – w postępujących chorobach układu nerwowego z pęcherzem neurogennym lub z zaburzeniami mikcji zwieraczy – z wadami rozwojowymi, przepuklinami oponowo-rdzeniowymi, przepuklinami oponowo-mózgowymi, wycięciem pęcherza lub zamiennie podkłady do 60 szt. lub wkłady anatomiczne do 60 szt.
17	Rurka tracheostomijna wraz z zapasowym wkładem
18	Krtań elektroniczna (aparat wspomagający mowę)
19	Proteza powietrzna – aparat do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego
20	Inhalator dyszowy: – nebulizator (generator aerozolu) – sprężarka powietrza
21	Proteza piersi
22	Peruki – z włosów sztucznych – z włosów naturalnych
23	Pas przepuklinowy – jednostronny – obustronny
24	Pas brzuszny
25	Poduszka przeciwoleżynowa
26	Materac przeciwoleżynowy

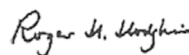
Niniejsza Tabela przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stanowiąca Załącznik nr 5 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 10/2026 została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 10/2026 od 15 lutego 2026 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 6 KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ DZIECKA

Niniejszy katalog stosuje się dla osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania Dziecka.

Lp.	Poważne zachorowanie	
1	anemia aplastyczna	Przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego, powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z poniżej wymienionych sposobów: - przetaczanie preparatów krwiopochodnych; - podawanie preparatów stymulujących szpik kostny; - podawanie preparatów immunosupresyjnych; - przeszczepienie szpiku kostnego. Rozpoznanie musi być oparte na wyniku badania histopatologicznego szpiku kostnego (trepanobiopsja) i potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii.
2	bakteryjne zapalenie opon mózgowo rdzeniowych	Ostre zakażenie bakteryjne ośrodkowego układu nerwowego, powodujące zaburzenia jego funkcji. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego, wskazującym na obecność infekcji bakteryjnej oraz powstaniem trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez co najmniej 3 miesiące od zachorowania.
3	choroba Heinego – Medina (poliomyelitis)	Ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem polio, przebiegająca z porażeniami mięśni kończyn i/lub uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez odpowiednie badania laboratoryjne. Konieczne jest utrzymywanie się objawów porażennych przez okres co najmniej 3 miesięcy. Definicja nie obejmuje przypadków zakażenia wirusem polio, przebiegających bez objawów ze strony układu mięśniowego i nerwowego.
4	cukrzyca typu I	Choroba spowodowana niszczeniem komórek β trzustki przez proces autoimmunologiczny, prowadzący do bezwzględnego niedoboru insuliny. Wymagane jest potwierdzenie obecności przeciwciał przeciwwyspowych (przeciwko antygenom komórek β) i przeciwko dekarboksylazie kwasu glutaminowego (anty-GAD65) oraz konieczność leczenia insuliną.
5	dystrofia mięśniowa	Postępująca dystrofia mięśniowa typu Duchenne’a. Rozpoznanie musi być postawione przez lekarza neurologa i potwierdzone wynikami badań biochemicznych (CPK), elektromiografii i biopsji mięśnia.
6	guz wewnątrz-czaszkowy / łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy	Histologicznie łagodny guz nowotworowy mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych powodujący uszkodzenie tkanek, spełniający wszystkie poniższe warunki: a) wymaga usunięcia chirurgicznego, a w przypadku jego nieoperacyjności powoduje trwały ubytek neurologiczny, istniejący stale przez co najmniej 3 miesiące (ataki padaczkowe nie są uważane za trwały ubytek neurologiczny w rozumieniu niniejszych OWU); b) jego istnienie zostało potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga na podstawie stosownych badań obrazowych (magnetyczny rezonans jądrowy lub tomografia komputerowa) Definicja nie obejmuje: a) torbieli; b) ziarniniaków; c) malformacji naczyniowych; d) krwaków; e) ropni; f) guzów rdzenia kręgowego; g) guzów przysadki mózgowej mniejszych niż 10 mm.
7	niewydolność nerek	Schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do stosowania u Dziecka przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki.
8	niewydolność wątroby	Krańcowe upośledzenie czynności wątroby w zakresie jej głównych funkcji u osoby z istniejącą od co najmniej 6 miesięcy chorobą wątroby, charakteryzujące się wystąpieniem objawów encefalopatii wątrobowej oraz żółtaczki i wodobrzusza, stanowiące wskazanie do przeszczepu wątroby.

9	nowotwór złośliwy inwazyjny	Niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także złośliwe nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz krwi i narządów krwiotwórczych. Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie Nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów: a. pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne; b. posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem; c. rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje wyłącznie pierwszorazowe zdiagnozowanie nowotworu złośliwego u Dziecka. Definicja nie obejmuje: a. nowotworów łagodnych; b. zróżnicowanych raków tarczycy i prostaty o stopniu zaawansowania mniejszym niż II zgodnie z klasyfikacją AJCC; c. nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z klasyfikacją AJCC; d. nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania mniejszym niż IB w klasyfikacji AJCC; e. nowotworów rozpoznanych jedynie na podstawie płynnej biopsji (liquid biopsy).
10	ciężkie oparzenia	Uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi, powodujące: a) oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała, lub b) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie. Jako kryterium pomiaru przyjmuje się tabelę powierzchni ciała Lunda i Browdera lub regułę „dziewiątek” Wallace’a.
11	paraliż	Całkowita utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn, spełniająca kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość: ramię, przedramię, dłoń w przypadku kończyny górnej i udo, podudzie i stopa w przypadku kończyny dolnej. Utrata funkcji musi być trwała i istnieć przez ponad 180 dni od daty zdarzenia i być potwierdzona przez specjalistę neurologa.
12	piorunujące (nadostre) wirusowe zapalenie wątroby	Masywna martwica komórek wątrobowych spowodowana zakażeniem wirusowym, powodująca szybko postępującą niewydolność wątroby. Konieczne jest potwierdzenie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zakażeniem wirusowym, a niewydolnością wątroby oraz spełnienie wszystkich poniższych warunków: a. szybkie zmniejszanie się wielkości wątroby; b. martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe; c. szybkie pogarszanie się wskaźników funkcji wątroby; d. narastanie żółtaczki. Definicja nie obejmuje przypadków niewydolności wątroby spowodowanych przez alkohol, leki lub inne substancje chemiczne.
13	poważny uraz głowy	Uraz czaszkowo-mózgowy powodujący powstanie trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy od daty zdarzenia. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie badania klinicznego i wyników badań obrazowych.
14	przeszczep dużych narządów	Przeszczepienie Dziecku, jako biorcy jednego z narządów: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub allogeniczny przeszczep szpiku kostnego. Termin nie obejmuje przeszczepów narządów innych, niż wymienione powyżej, części narządów (z wyjątkiem przeszczepu fragmentu wątroby), przeszczepów tkanek lub komórek.
15	stwardnienie rozsiane	Choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) charakteryzująca się powstawaniem obszarów demielinizacji. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonald’a i potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Konieczne jest istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii najwcześniej po 180 dniach od daty wystąpienia zdarzenia) i jednoznaczne wykluczenie innej przyczyny stwierdzanych nieprawidłowości (np. choroby naczyniowe, zakażenia bakteryjne lub wirusowe).
16	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, oceniany na nie więcej niż 7 stopni w Skali Glasgow (Glasgow Coma Scale), powodujący powstanie trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Termin nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej, a także wynikających z użycia leków, alkoholu i innych substancji odurzających.
17	tężec	Oznacza zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i którą wywołała neurotoksyna produkowana przez laseczki tężca (<i>Clostridium tetani</i>). Za datę wystąpienia choroby uznaje się datę zajścia nieszczęśliwego wypadku który doprowadził do powstania choroby lub datę hospitalizacji gdy choroba nie została spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem.
18	utrata kończyn	Całkowita fizyczna utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn, spowodowana urazem. Termin obejmuje też utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp, a także łączną utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy.

19	utrata mowy	Trwała i nieodwracalna całkowita utrata zdolności mówienia w wyniku choroby lub wypadku, powodujących uszkodzenie strun głosowych, utrzymująca się przez co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii. Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi.
20	utrata słuchu	Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę laryngologa, w oparciu o wyniki badań audiometrycznych, wykazujących średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu.
21	utrata wzroku	Całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach, rozumiana jako osłabienie ostrości wzroku poniżej 5/50 (0,01) lub ograniczenie pola widzenia poniżej 20 procent, spowodowana zachorowaniem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym i korekcyjnym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę.
22	zakażenie wirusem HIV	Jako powikłanie transfuzji krwi, wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, u osoby nie chorującej na hemofilię lub potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją - zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
23	zapalenie mózgu	Stan zapalny tkanki mózgowej (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku), spowodowany czynnikiem infekcyjnym, prowadzący do powstania trwałych ubytków neurologicznych, których istnienie może być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po 6 miesiącach od początku zachorowania.

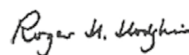
Niniejszy Katalog poważnych zachorowań Dziecka stanowiący Załącznik nr 6 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 10/2026, został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 10/2026 od 15 lutego 2026 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 7 KATALOG WAD WRODZONYCH

Lp.	Typ wady
1	Przepuklina mózgowa
2	Małogłowie
3	Wodogłowie wrodzone
4	Rozszczep kręgosłupa
5	Ślepotą, bezocze, małocze, wielkoocze
6	Wrodzone wady rozwojowe soczewki
7	Wrodzone wady rozwojowe przedniego odcinka oka
8	Wrodzone wady rozwojowe tylnego odcinka oka
9	Głuchota i wady rozwojowe ucha powodujące upośledzenie słuchu
10	Wrodzony kręcz szyi wymagający leczenia operacyjnego (zesp. Klippel-Feila)
11	Wady rozwojowe jam i połączeń sercowych
12	Wady rozwojowe przegród serca
13	Wady rozwojowe zastawki pnia płucnego i zastawki trójdzielnej
14	Wady rozwojowe zastawki aorty i zastawki dwudzielnej
15	Wady rozwojowe wielkich tętnic
16	Wady rozwojowe dużych żył układowych
17	Wrodzone wady rozwojowe nosa
18	Wady rozwojowe krtani
19	Wrodzone wady rozwojowe tchawicy i oskrzeli
20	Wrodzone wady rozwojowe płuc
21	Rozszczep podniebienia
22	Rozszczep podniebienia wraz z rozszczepem wargi
23	Język olbrzymi
24	Wrodzone wady rozwojowe przełyku
25	Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita cienkiego
26	Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita grubego
27	Choroba Hirschprunga
28	Wrodzone wady rozwojowe pęcherzyka żółciowego, przewodów żółciowych i wątroby
29	Wrodzone wady rozwojowe jajników, jajowodów i więzadeł szerokich macicy
30	Wrodzone wady rozwojowe macicy i szyki macicy
31	Niewytworzenie jądra
32	Spodziectwo
33	Wrodzony brak lub aplazja prącia
34	Płeć niezdeterminowana i obojnactwo rzekome
35	Niewytworzenie nerki
36	Wielotorbielowatość nerek
37	Wrodzone wady miedniczki nerkowej i wrodzone wady rozwojowe moczowodu
38	Wynicowanie pęcherza moczowego
39	Wrodzone zniekształcenie stawu biodrowego
40	Wrodzone zniekształcenia stopy
41	Wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne w obrębie czaszki, twarzy, kręgosłupa, klatki piersiowej
42	Zniekształcenie zmniejszające kończyny górnej
43	Zniekształcenie zmniejszające kończyny dolnej
44	Wrodzone wady rozwojowe kręgosłupa i klatki piersiowej kostnej

45	Dysplazja kostno-chrzęstna z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa
46	Wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-kostnego
47	Wrodzona rybia łuska
48	Pęcherzowe oddzielanie naskórka
49	Wady rozwojowe powłok ciała (wytrzewienie, zespół wiotkiego brzucha)
50	Fakomatozy
51	Zespół Downa
52	Zespół Edwardsa i Patau
53	Zespół Turnera
54	Inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim
55	Inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem męskim
56	Wrodzony zespół niedoboru jodu (wrodzona niedoczynność tarczycy)
57	Zaburzenia przemian aminokwasów aromatycznych (fenyloketonuria)
58	Inne zaburzenia węglowodanów (galaktozemia)
59	Mukowiscydoza

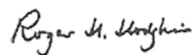
Niniejszy Katalog wad wrodzonych stanowiący Załącznik nr 7 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 10/2026 został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 10/2026 od 15 lutego 2026 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



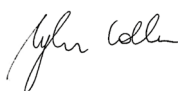
Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 8 KATALOG CHOROÓB INFEKCYJNYCH

Lp.	Choroba	
1	gorączka krwotoczna (Ebola, Denga, Żółta gorączka)	Grupa chorób zakaźnych wywołanych przez wirusy RNA, przebiegających z uszkodzeniem naczyń i układu krzepnięcia, prowadzących do powikłań krwotocznych. Objawy kliniczne muszą utrzymywać się powyżej 10 dni, a charakter choroby musi być potwierdzony odpowiednimi testami diagnostycznymi (RT-PCR, izolacja wirusa, badania serologiczne).
2	gruźlica	Pierwsze w życiu zakażenie spowodowane prątkiem gruźlicy (<i>Mycobacterium tuberculosis</i> , <i>Mycobacterium bovis</i> , <i>Mycobacterium africanum</i>), powodujące przewlekłą chorobę dotyczącą jednego z układów: oddechowego, kostno-stawowego, moczowo-płciowego, pokarmowego lub ośrodkowego układu nerwowego. Do rozpoznania choroby konieczne jest wyizolowanie prątka gruźlicy z pobranego materiału biologicznego. Termin ten nie obejmuje zakażeń towarzyszących infekcji HIV, zakażeń dotyczących jedynie węzłów chłonnych lub skóry a także spowodowanych prątkami innymi, niż wymienione powyżej.
3	poliomyelitis	Ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem polio, przebiegająca z porażeniami mięśni kończyn i/lub uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez odpowiednie badania laboratoryjne. Konieczne jest utrzymywanie się objawów porażennych przez okres co najmniej 3 miesięcy. Definicja nie obejmuje przypadków zakażenia wirusem polio, przebiegających bez objawów ze strony układu mięśniowego i nerwowego.
4	tężec	Ostre zakażenie laseczką tężca (<i>Clostridium tetani</i>), wymagające leczenia szpitalnego i przebiegające klinicznie jako postać uogólniona. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi. Za datę wystąpienia choroby uznaje się datę rozpoczęcia hospitalizacji związanej z zakażeniem.
5	odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu i rdzenia	Ostre zapalenie tkanki mózgowej i / lub rdzenia kręgowego wywołane przez zakażenie neurotropowym wirusem przenoszonym przez kleszcze, powodujące wystąpienie różnorodnych objawów neurologicznymi, skutkującymi koniecznością hospitalizacji. Konieczne jest potwierdzenie badaniem płynu mózgowo – rdzeniowego i stwierdzenie swoistych przeciwciał w surowicy krwi. Za datę wystąpienia choroby uznaje się datę rozpoczęcia hospitalizacji związanej z zakażeniem.
6	wścieklizna	Ostra choroba zakaźna spowodowana zakażeniem wirusem wścieklizny (<i>Rabies wirus</i>), wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych z powodu wystąpienia objawów zapalenia mózgu i / lub rdzenia kręgowego. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez dodatni wywiad epidemiologiczny. Za datę wystąpienia choroby uznaje się datę rozpoczęcia hospitalizacji związanej z zakażeniem.

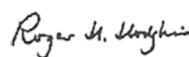
Niniejszy Katalog chorób infekcyjnych stanowiący Załącznik nr 8 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 10/2026 został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Małych i Średnich Firm 10/2026 od 15 lutego 2026 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji zawartych w Ogólnych Warunkach Umowy Dodatkowej „MEDIPLAN”
z uwzględnieniem definicji zawartych w Umowie Dodatkowej (Skorowidz)

Rodzaj informacji	Nr jednostki redakcyjnej
Przesłanki wypłaty (realizacji) odszkodowania i innych świadczeń	Artykuły III, IV, V, VII
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Artykuł VI

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ „MEDIPLAN”

Artykuł I

Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowej MEDIPLAN (dalej Umowa Dodatkowa), stosuje się jako rozszerzenie Umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego ubezpieczenia na Życie.

Artykuł II

Definicje

Na użytek Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:

1. **Angioplastyka naczyń wieńcowych PTCA** – pierwszy zabieg angioplastyki, aterekтомii lub wszczepienia stentu w celu korekcji minimum 50% zwężenia drożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych podczas pojedynczego zabiegu. Niezbędny jest wynik angiografii potwierdzający przedoperacyjny stopień zwężenia drożności. Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona przez Lekarza specjalistę. Zwężenie drożności musi: i. powodować pogorszenie funkcji komory lub ii. zwiększać uszkodzenia określone jako niedokrwienie poparte pozytywnym wynikiem EKG wysiłkowego lub iii. być powiązane z niestabilną dławicą piersiową lub zawałem mięśnia sercowego”;
2. **Centrum Pomocy Generali (CPG)** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, przez wszystkie dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług MEDIPLAN (medycznego assistance) oraz niezwłocznie organizuje wykonanie wymaganej usługi;
3. **Hospitalizacja** – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny z uwzględnieniem czasu trwania hospitalizacji określonego w opisie świadczenia stanowiącego warunek realizacji poszczególnych świadczeń;
4. **Lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia Placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu następstw Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania;
5. **Lekarz CPG** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez CPG i uprawniona do występowania w imieniu CPG;
6. **Miejsce pobytu** – znajdujące się na terytorium Polski miejsce, w którym znajduje się Ubezpieczony, z wyjątkiem pobytu w Placówce medycznej;
7. **Miejsce zamieszkania** – miejsce zamieszkania Ubezpieczonego na terytorium Polski, wskazane we wniosku o realizację świadczeń;
8. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony – niezależnie od swojej woli oraz stanu zdrowia – doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, skutkującego:
 - a. pęknięciem lub złamaniem kości,
 - b. zwichnięciem lub skręceniem stawu,
 - c. urazem kręgosłupa,
 - d. urazem głowy (tj. wstrząśnienie mózgu, pęknięcie kości czaszki),
 - e. urazem narządów wewnętrznych,
 - f. urazem oka;
9. **Niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki;
10. **Okres ubezpieczenia** – okres kolejno następujących po sobie 12 miesięcy wskazany w dokumencie ubezpieczenia, w których udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do Ubezpieczonego;
11. **Operacja aorty** – operacja chirurgiczna tętniaka aorty, koarktacji aorty lub rozwarstwienia aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii, polegająca na usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej grafem. W rozumieniu niniejszej definicji za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszna, z wykluczeniem jej odgałęzień. Ubezpieczenie nie obejmuje chirurgicznego leczenia naczyń obwodowych, nawet jeśli część aorty została usunięta w czasie zabiegu operacyjnego. Metody chirurgiczne stosujące mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym operacje przezskórne, nie są również objęte zakresem ubezpieczenia;
12. **Operacja zastawek serca** – przeprowadzona na otwartym sercu wymiana lub naprawa chorobowo zmienionej jednej lub więcej zastawek serca, wykonana drogą torakotomii. Konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez Lekarza kardiologa i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych. Operacje wykonane przy użyciu technik śródnaczyniowych nie są objęte ubezpieczeniem;
13. **Placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za Placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu ośrodków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA;
14. **Poważne zachorowanie** – choroba, zabieg lub operacja zgodnie z zakresem określonym w warunkach Umowy Dodatkowej;
15. **Przeszczep narządów** – przeszczepienie Ubezpieczonemu, jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: i. serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub 9.ii. szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy;
16. **Schyłkowa niewydolność oddechow** – schyłkowe stadium choroby płuc powodujące przewlekłą niewydolność oddechową. Choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów: i. natężona pierwszo-sekundowa objętość wydechu (FEV1) poniżej 1 litra w 3 badaniach wykonanych w odstępie 3 miesięcy, ii. pacjent wymaga przewlekłej tlenoterapii z powodu hipoksemii, iii. ciśnienie parcjale tlenu we krwi tętniczej nie wyższe niż 55 mmHg (pO2 <= 55 mmHg), iv. duszność spoczynkowa. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę pulmonologa;

17. **Schyłkowa niewydolność wątroby** – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby. Choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów: i. stałej żółtaczki; ii. wodobrzusza; iii. encefalopatii wątrobowej. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza. Ubezpieczenie nie obejmuje niewydolności wątroby będącej skutkiem nadużywania leków lub alkoholu;
18. **Ubezpieczony** – osoba, która przystąpiła do ubezpieczenia;
19. **Udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez okres co najmniej 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem. Ubezpieczeniem nie są także objęte jakiegokolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
20. **Umowa** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie, zawarta na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie na rachunek Ubezpieczonych pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem będącymi stronami tejże Umowy, z tytułu której Towarzystwo świadczy ochronę ubezpieczeniową w ramach Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych;
21. **Utrata mowy** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji mowy spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtani. Całkowita utrata mowy musi występować przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków utraty mowy spowodowanych zaburzeniami neurologicznymi, psychologicznymi lub chorobami psychicznymi;
22. **Utrata wzroku** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności widzenia w obu oczach, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
23. **Utrata słuchu** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w obu uszach, co oznacza, że w lepiej słyszającym uchu średni ubytek słuchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 90 dB, zdiagnozowana przez Lekarza laryngologa oraz dodatkowo potwierdzona wynikiem badania audiometrycznego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
24. **Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass)** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona badaniem wykazującym istotne zwężenie tętnicy wieńcowej. Ubezpieczeniem nie są objęte angioplastyka ani jakiegokolwiek inne zabiegi na tętnicach wieńcowych wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujące techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
25. **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem lub istotnym zmniejszeniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Wystąpienie zawału serca musi zostać potwierdzone przez lekarza kardiologa lub internistę. Rozpoznanie musi być oparte na znaczącym podwyższeniu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego (troponina T, troponina I, CKMB mass) powyżej wartości referencyjnych dla danego laboratorium i wystąpieniu co najmniej jednego z następujących wykładników: i. objawy kliniczne niedokrwienia, takie jak ból w klatce piersiowej, ii. wystąpienie świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca, iii. nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości iv w badaniach obrazowych, takich jak ECHO serca. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) i wszelkie zespoły wieńcowe oraz pozostałe przyczyny wzrostu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego, takie jak zator tętnicy płucnej czy zapalenie mięśnia sercowego;
26. **Zakres terytorialny** – umowa obejmuje realizację świadczeń i następstwa Nieszczęśliwych wypadków lub Poważnych zachorowań wyłącznie na terytorium Polski;
27. **Zwierzę domowe** – stanowiący własność Ubezpieczonego kot należący do ras domowych lub pies – z wyłączeniem ras uznawanych za agresywne zgodnie z powszechnie obowiązującymi w dniu zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego przepisami prawa.

Artykuł III

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem Umowy Dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje organizację lub organizację i pokrycie kosztów usług assistance określonych w Umowie Dodatkowej – Tabela nr 1, świadczonych na rzecz Ubezpieczonych za pośrednictwem CPG w przypadku wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania, w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa.

Artykuł IV

Tabela świadczeń i limitów

1. Świadczenia oraz limity kosztów świadczeń przysługujące Ubezpieczonemu, określone zostały w Tabeli nr 1 poniżej.

Tabela nr 1 – Tabela świadczeń i limitów

Usługi realizowane na rzecz Ubezpieczonego w razie zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania		
Świadczenia		Maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania w odniesieniu do jednego Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania
ŚWIADCZENIA INFORMACYJNE udostępniane na wniosek Ubezpieczonego		
1	Telefoniczna Informacja Medyczna	bez limitu
2	Infolinia szpitalna	
3	Stomatologiczny Program Rabatowy	
POMOC MEDYCZNA realizowana po Nieszczęśliwym wypadku lub Poważnym zachorowaniu na wniosek Ubezpieczonego		15
4	Konsultacja chirurga	do wyczerpania Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania
5	Konsultacja okulisty	
6	Konsultacja otolaryngologa	
7	Konsultacja ortopedy	
8	Konsultacja kardiologa	
9	Konsultacja neurologa	
10	Konsultacja pulmonologa	
11	Konsultacja lekarza rehabilitacji	
12	Konsultacja neurochirurga	
13	Konsultacja psychologa	
14	Zabiegi ambulatoryjne*	
15	Badania laboratoryjne*	
16	Badania radiologiczne*	
17	Ultrasonografia*	
18	Rehabilitacja*	Maks. 20 zabiegów (stanowiących łącznie 1 świadczenie)
19	Opieka pielęgniarska	Maks. 3 wizyty (stanowiące łącznie 1 świadczenie)
20	Sprzęt rehabilitacyjny	Maks. koszt zakupu/wypożyczenia: 600 PLN do wykorzystania przy jednym Nieszczęśliwym wypadku Dostarczenie bez limitu
21	Transport osoby wskazanej w przypadku Hospitalizacji	do wyczerpania Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania
22	Zakwaterowanie osoby wskazanej w przypadku Hospitalizacji	Maks. 3 doby hotelowe (stanowiące łącznie 1 świadczenie)
23	Transport do Placówki medycznej	do wyczerpania Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania
24	Transport pomiędzy Placówkami medycznymi	
25	Transport z Placówki medycznej	
26	Transport na komisję lekarską oraz transport powrotny	
27	Transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny	
28	Dostarczenie rzeczy osobistych do szpitala	
29	Dostarczenie lekarstw	Maks. 3 wizyty po 3 godziny każda w okresie kolejnych 14 dni (stanowiące łącznie 1 świadczenie)
30	Pomoc domowa po Hospitalizacji	

* Szczegółowy wykaz procedur medycznych realizowanych w razie zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub wystąpienia Poważnego zachorowania na wniosek Ubezpieczonego znajduje się w Załączniku nr 1 do Umowy Dodatkowej.

Artykuł V

Zakres i limity świadczeń

1. Towarzystwo spełnia świadczenie do wysokości limitów określonych w Tabeli nr 1 z uwzględnieniem maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania

2. Maksymalna liczba świadczeń oznacza, że z 27 dostępnych rodzajów świadczeń, określonych w p. 4-30 Tabeli nr 1, Ubezpieczonemu przysługuje do wykorzystania w odniesieniu do jednego Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania maksymalnie 15 świadczeń określonych w Tabeli nr 1 możliwych do wykorzystania w odniesieniu do jednego zdarzenia.
3. Realizacja któregokolwiek ze świadczeń określonych w Tabeli nr 1 pomniejsza maksymalną liczbę świadczeń do wykorzystania z uwzględnieniem zapisów ust. 4, 5, 6 niniejszego Artykułu w odniesieniu do jednego Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania.
4. W odniesieniu do jednego Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania, w ramach maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania, istnieje możliwość skorzystania kilkakrotnie z tego samego świadczenia z wyłączeniem świadczenia Rehabilitacja, które to świadczenie może być wykorzystane tylko raz w odniesieniu do jednego Nieszczęśliwego wypadku.
5. W ramach jednego świadczenia możliwe jest wykonanie kilku usług, które traktowane są jako jedno świadczenie z maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania, jeżeli tak przewiduje opis danego świadczenia w Tabeli nr 1.
6. Świadczenie Badania laboratoryjne traktowane jest jako jedno świadczenie z maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania, niezależnie od liczby wydanych skierowań i zleceń do wykonania badań w związku z wystąpieniem jednego Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania.
7. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń wymienionych w Umowie Dodatkowej przekroczy limit kosztów i ilości wskazany w Tabeli nr 1, może zostać wykonana przez CPG, o ile Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi, a zagwarantowanym w Umowie Dodatkowej limitem dla określonego świadczenia.
8. Zakres odpowiedzialności w ramach Umowy Dodatkowej obejmuje następujące świadczenia i usługi medyczne:

8.1 Świadczenia informacyjno – organizacyjne

1) Telefoniczna Informacja Medyczna

Na wniosek Ubezpieczonego CPG zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji na temat:

- a) natychmiastowej pomocy – stanów wymagających natychmiastowej pomocy medycznej i zasadach jej udzielania,
- b) ukąszeń - sposobów postępowania w przypadku ukąszeń,
- c) jednostek chorobowych – jednostek chorobowych w tym chorób rzadkich, typowo stosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terytorium Polski,
- d) zachowań prozdrowotnych – diet (np. zalecanych dla diabetyków, przy nadciśnieniu tętniczym, w schorzeniach dróg pokarmowych, bogatoreszkowych, cukrzycowych, ubogobiałkowych, bogatobiałkowych, niskokalorycznych, niskocholesterolowych, cukrzycowych, redukcyjnych), zdrowego odżywiania, aktywnego spędzania czasu wolnego, walki ze stresem, odpoczynku i snu,
- e) profilaktyki – profilaktyki zachorowań na gripę, profilaktyki antynikotynowej,
- f) opisów badań – wyjaśnienia opisów/wyników wykonanych badań,
- g) przygotowania do badań – sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,
- h) badań kontrolnych – niezbędnych badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
- i) leków – leków oraz objawów niepożądanych przy ich przyjmowaniu, interakcji z innymi lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji; poziomu refundacji leków,
- j) alternatywnych metod leczenia i relaksacji – terapii ruchem, terapii zajęciowej, muzykoterapii, arteterapii itp. (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach),
- k) uwarunkowań medycznych – uwarunkowań medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
- l) grup wsparcia – grup wsparcia, telefonów zaufania na terytorium Polski świadczących pomoc osobom dotkniętym alkoholizmem, narkomanią, nikotynizmem, osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe czy depresję, mających problemy zdrowotne, dla rodziców ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci, kobietom po mastektomii,
- m) przed podróżą – działaniach, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, tj. szczepień, specyfiki danego kraju lub regionu świata – w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia, zagrożeń epidemiologicznych.

Ponadto w ramach Telefonicznej Informacji Medycznej CPG zapewnia Ubezpieczonemu możliwość telefonicznej konsultacji medycznej z lekarzem

CPG udzieli informacji na temat danych teleadresowych działających na terytorium Polski:

- a) Placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez Lekarza CPG,
- b) placówek mających podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- c) placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Uniwersytetów Medycznych) i rekomendowanych przez Centrum Pomocy,
- d) aptek, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
- e) placówek opieki społecznej i hospicjów,
- f) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.

2) Infolinia szpitalna

Na wniosek Ubezpieczonego CPG udzieli następujących informacji na temat znajdujących się na terytorium Polski szpitali należących do sieci Centrum Pomocy:

- a) dostępność szpitali prywatnych,
- b) zakres świadczeń medycznych realizowanych przez poszczególne placówki szpitalne (specjalności medyczne, procedury zabiegowe),
- c) numery telefonów do szpitali, pod którymi Ubezpieczony może zasięgnąć bardziej szczegółowych informacji,
- d) ceny usług medycznych w poszczególnych szpitalach.

Ponadto Centrum Pomocy poinformuje Ubezpieczonego:

- a) o czym pamiętać, wybierając się do szpitala,
- b) o czym pamiętać, wychodząc ze szpitala,

- c) na czym polega przygotowanie do zabiegu operacyjnego,
 - d) o badaniach, których powinien się spodziewać w czasie hospitalizacji wraz z informacją, na czym poszczególne badania polegają,
 - e) na co należy zwrócić uwagę w czasie odwiedzin bliskich w szpitalu.
- 3) **Stomatologiczny Program Rabatowy**
Na wniosek Ubezpieczonego CPG przekaże dane teleadresowe lub wskaże miejsce publikacji danych teleadresowych, do wyselekcjonowanych i wysokospecjalistycznych placówek stomatologicznych, należących do sieci CPG, w których Ubezpieczony będzie mógł skorzystać z programu gwarantowanych zniżek na usługi stomatologiczne w zakresie stomatologii zachowawczej, chirurgicznej, ortodoncji i protetyki.

8.2 Pomoc medyczna

W przypadku wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku CPG, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty:

- 1) Wizyt i konsultacji u wymienionych niżej lekarzy specjalistów:
 - a) chirurg,
 - b) okulista,
 - c) otolaryngolog,
 - d) ortopeda,
 - e) kardiolog,
 - f) neurolog,
 - g) pulmonolog,
 - h) lekarz rehabilitacji,
 - i) neurochirurg,
 - j) psycholog.
- 2) Zabiegów ambulatoryjnych wykonanych na rzecz Ubezpieczonego w warunkach ambulatoryjnych w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 do Umowy Dodatkowej.
- 3) Badań laboratoryjnych w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 do Umowy Dodatkowej.
- 4) Badań radiologicznych w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 do Umowy Dodatkowej.
- 5) Badań ultrasonograficznych w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 do Umowy Dodatkowej.
- 6) Rehabilitacji zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego - CPG zorganizuje i pokryje koszty jednego z poniższych świadczeń:
 - a) wizyt fizjoterapeuty w Miejscu pobytu Ubezpieczonego, albo
 - b) wizyt Ubezpieczonego, w najbliższej Miejscu pobytu Ubezpieczonego poradni rehabilitacyjnej w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 do Umowy Dodatkowej.

8.3 Pomoc opiekuńcza

W przypadku wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania zakres odpowiedzialności w ramach Umowy Dodatkowej obejmuje następujące usługi i świadczenia:

- 1) **Opieka pielęgniarska**
Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania Ubezpieczony wymaga opieki pielęgniarskiej w Miejscu pobytu - zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego - CPG zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia Ubezpieczonemu opieki pielęgniarskiej w zakresie zaleconym przez Lekarza prowadzącego i możliwym do wykonania w Miejscu pobytu. Ubezpieczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej, a tym samym koszty te pokrywa Ubezpieczony.
- 2) **Sprzęt rehabilitacyjny**
Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania Ubezpieczony - zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza CPG podjętym w oparciu o dokumentację medyczną - powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, CPG zorganizuje i pokryje koszty wypożyczenia albo zakupu oraz koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca pobytu.
- 3) **Transport osoby wskazanej w przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego**
Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania, Ubezpieczony wymaga Hospitalizacji przez okres dłuższy niż 4 dni w Placówce medycznej znajdującej się w odległości większej niż 50 km od Miejsca zamieszkania, na wniosek Ubezpieczonego CPG zorganizuje i pokryje koszty transportu osoby wskazanej przez Ubezpieczonego z miejsca jej pobytu na terytorium Polski do Placówki medycznej, w której Ubezpieczony jest hospitalizowany oraz koszty podróży powrotnej tej osoby do miejsca jej zamieszkania na terytorium Polski po zakończonej Hospitalizacji Ubezpieczonego. Transport odbywa się:
 - a) taksówką (nie dalej jednak niż na odległość 100 km),
 - b) pociągiem w wagonie I klasy lub autobusem,
 - c) samolotem w klasie ekonomicznej, jeżeli czas podróży pociągiem lub autobusem przekracza 8 godzin, w tym, w odniesieniu do pkt. a) i b) również transport taksówką do i z dworca/lotniska.
- 4) **Zakwaterowanie osoby wskazanej w przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego**
Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania, Ubezpieczony wymaga Hospitalizacji przez okres dłuższy niż 4 dni w Placówce medycznej znajdującej się w odległości większej niż 50 km od Miejsca zamieszkania, na wniosek Ubezpieczonego CPG zorganizuje i pokryje koszty zakwaterowania (nocleg z wliczonym śniadaniem) osoby wskazanej przez Ubezpieczonego w hotelu o kategorii do trzech gwiazdek, znajdującym się najbliżej miejsca Hospitalizacji Ubezpieczonego.
- 5) **Transport do Placówki medycznej**
Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego do Placówki medycznej, CPG zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną z Miejsca pobytu do odpowiedniej Placówki medycznej dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz CPG.
- 6) **Transport pomiędzy Placówkami medycznymi**

Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania Ubezpieczony znalazł się w Placówce medycznej, która nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jego zdrowia lub jest on skierowany na zabieg lub badania lekarskie do innej Placówki medycznej, CPG zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną pomiędzy Placówkami medycznymi. Świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, po konsultacji z Lekarzem CPG i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego. W przypadku, gdy Ubezpieczony jest jedynie skierowany na zabiegi lub badania do innej Placówki medycznej, świadczenie obejmuje również transport powrotny do Placówki medycznej, w której Ubezpieczony jest leczony

7) **Transport z Placówki medycznej**

Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania Ubezpieczony był Hospitalizowany i - zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego - wymaga transportu z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania, CPG zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną, środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz CPG w porozumieniu z Lekarzem Prowadzącym.

8) **Transport na komisję lekarską oraz transport powrotny**

Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania Ubezpieczony musi udać się, zgodnie z otrzymanym wezwaniem, na komisję lekarską, CPG zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną z Miejsca zamieszkania do siedziby komisji lekarskiej oraz transportu powrotnego do Miejsca zamieszkania, jeżeli ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, Ubezpieczony nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub własnym samochodem. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz CPG w porozumieniu z Lekarzem prowadzącym.

9) **Transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny**

Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania Ubezpieczony był Hospitalizowany przez okres dłuższy niż 4 dni i zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego przed upływem roku od dnia zakończenia Hospitalizacji powinien udać się na wizytę kontrolną do Placówki medycznej, CPG zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego na taką wizytę oraz transportu powrotnego do Miejsca zamieszkania, jeżeli ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, Ubezpieczony nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub własnym samochodem. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz CPG w porozumieniu z Lekarzem prowadzącym.

10) **Dostarczenie rzeczy osobistych do szpitala**

Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania Ubezpieczony trafił do szpitala, CPG zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia niezbędnych artykułów pierwszej potrzeby, takich jak: odzież, przybory toaletowe, okulary, jeżeli Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników w ww. zakresie. Warunkiem skorzystania ze świadczenia jest udostępnienie przez osobę wskazaną przez Ubezpieczonego ww. przedmiotów przedstawicielowi CPG. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu ww. artykułów, a tym samym koszty te pokrywa Ubezpieczony.

11) **Dostarczenie lekarstw**

Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania Ubezpieczonemu zostały zaordynowane leki przez Lekarza prowadzącego i zgodnie z jego pisemnym zaleceniem lub zaleceniem Lekarza CPG, podjętym w oparciu o dokumentację medyczną, Ubezpieczony (z uwagi na rodzaj obrażeń, jakich doznał) nie może opuszczać Miejsca zamieszkania, CPG zorganizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia do Ubezpieczonego leków przepisanych przez Lekarza prowadzącego. Świadczenie przysługuje w przypadku, gdy Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników w ww. zakresie. Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi CPG recepty niezbędnej do wykupienia leków oraz pokrycie kosztów zakupu ww. leków przez Ubezpieczonego.

12) **Pomoc domowa po Hospitalizacji**

Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania Ubezpieczony był Hospitalizowany przez okres dłuższy niż 4 dni i po zakończonej Hospitalizacji – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza CPG podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – konieczne jest zapewnienie Ubezpieczonemu pomocy w Miejscu zamieszkania, CPG zorganizuje oraz pokryje koszty honorarium i dojazdu pomocy domowej do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, pod warunkiem iż Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników. Świadczenie obejmuje pomoc w następującym zakresie:

- a) zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby,
- b) codzienne porządki domowe,
- c) dostawa / przygotowanie posiłków,
- d) opieka nad Zwierzętami domowymi,
- e) podlewanie kwiatów.

Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu jakichkolwiek materiałów lub środków spożywczych związanych z zapewnieniem pomocy domowej, a tym samym koszty te pokrywa Ubezpieczony.

Artykuł VI

Wyłączenia odpowiedzialności

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia, gdy udzielenie tego świadczenia zostało uniemożliwione lub opóźnione z powodu:
 - 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru,
 - 2) strajków, niepokoїв społecznych, ataków terrorystycznych, wojen, skutków promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych, mogących powodować niemożliwość realizacji danych świadczeń przez usługodawców Towarzystwa,
 - 3) ograniczonego lub niemożliwego dostępu do Ubezpieczonego lub do innych osób, w stosunku do których miało zostać spełnione świadczenie, względnie do Miejsca zamieszkania albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie.
2. W przypadku, gdy udzielenie świadczenia określonego w Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia, o ile zgoda taka nie została wyrażona.
3. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia będące następstwem:
 - 1) aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w wojnie, działaniach wojennych lub stanu wojennego, w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych,

- 2) działania czynników powodujących skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie,
- 3) spożycia alkoholu, nadużywania alkoholu, alkoholizmu, pozostawiania pod wpływem narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
- 4) chorób psychicznych Ubezpieczonego,
- 5) samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa lub w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa popełnionego w okresie pierwszych 6 miesięcy od początku odpowiedzialności w stosunku do tego Ubezpieczonego,
- 6) prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, prowadzenia pojazdu, który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu,
- 7) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym,
- 8) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
4. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja i pokrycie kosztów leczenia obrażeń ciała, których zaistnienie nie jest bezpośrednio związane z Nieszczęśliwym wypadkiem lub Poważnym zachorowaniem.
5. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzeń powstałych na skutek:
 - 1) wyczynowego uprawiania wszelkich dyscyplin sportu przez co rozumie się regularne i intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach sportowych albo imprezach i obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawianej dyscypliny sportu.
 - 2) amatorskiego uprawiania sportów: powietrznych, motorowych, motorowodnych, speleologii, wspinaczki górskiej i skałkowej przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego lub wymagającej użycia takiego sprzętu, raftingu i wszystkich jego odmian, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, heliskiingu, heliboardingu, skoków na gumowej linie, a także uczestniczenie w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi, np. tereny śnieżne wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego.
6. CPG nie ponosi odpowiedzialności za przebieg i skutki organizowanej terapii, leczenia, zabiegów, badań lub rehabilitacji.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki świadomego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania wskazań i zaleceń lekarskich.
8. Informacje udzielane w ramach Telefonicznej Informacji Medycznej mają charakter ogólny i informacyjny, nie stanowią porady medycznej, nie mają charakteru diagnostycznego i nie mogą być traktowane jako ostateczna opinia czy porada.
9. W przypadku świadczenia Dostarczenie lekarstw Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach.
10. W przypadku świadczenia Sprzęt rehabilitacyjny koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego nie są pokrywane przez Towarzystwo, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach.

Artykuł VII

Realizacja świadczeń

1. W celu uzyskania świadczeń Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie nie później jednak niż w terminie 30 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania, chyba że z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego nie było to możliwe w terminie wskazanym powyżej, skontaktować się z CPG pod numerem telefonu: (22) 543 88 08 i podać:
 - 1) imię, nazwisko Ubezpieczonego,
 - 2) numer PESEL,
 - 3) adres Miejsca zamieszkania,
 - 4) datę zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) telefon kontaktowy,
 - 6) krótki opis zaistniałego zdarzenia.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest postępować zgodnie z dyspozycjami CPG.
3. W przypadku nie wykonania zobowiązania, o którym mowa w ust. 1 w terminie w nim zawartym Towarzystwo może odmówić wykonania świadczenia lub odpowiednio je zmniejszyć jeżeli nie wykonanie tego obowiązku w terminie przyczyniło się do uniemożliwienia lub utrudnienia ustalenia okoliczności zdarzenia.
4. W celu realizacji pierwszego świadczenia z zakresu Pomocy medycznej w odniesieniu do danego Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązany jest wypełnić i przekazać do CPG „Wniosek o realizację świadczeń” do którego dołącza kopie:
 - 1) skierowania/zalecenia Lekarza prowadzącego do przeprowadzenia konsultacji, badań lub dodatkowych świadczeń,
 - 2) dotychczas zgromadzonej dokumentacji medycznej, z której wyraźnie wynika, że powstałe obrażenia ciała są następstwem Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania wraz z dotychczas zgromadzonymi wynikami badań,
 ww. dokumenty należy przesłać na adres wskazany przez CPG pocztą tradycyjną lub pocztą mailową na adres: **medical@europ-assistance.pl**
5. W celu realizacji kolejnych świadczeń z zakresu Pomocy medycznej w odniesieniu do danego Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązany jest przekazać do CPG kopię skierowania/zalecenia Lekarza prowadzącego do przeprowadzenia konsultacji, badań lub dodatkowych świadczeń.
6. W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty o których mowa w ust. 4 i 5 powyżej Lekarz CPG w terminie maksymalnie 3 dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, podejmie decyzję, czy spełnione zostały medyczne przesłanki do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony
7. Ubezpieczony zobowiązany jest postępować zgodnie z dyspozycjami CPG, a zwłaszcza przekazać inne dokumenty, o które wnioskuje CPG niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania.
8. W przypadku powzięcia przez Towarzystwo nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanego Wniosku o realizację świadczeń CPG, w terminie 3 dni roboczych od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
9. W przypadku uznania odpowiedzialności Towarzystwa czas oczekiwania na realizację świadczeń Pomocy medycznej wynosi:
 - 1) do 5 dni roboczych w przypadku konsultacji u lekarzy specjalistów,
 - 2) do 3 dni roboczych w przypadku pozostałych świadczeń pomocy medycznej,

- o ile Ubezpieczony nie wskaże konkretnego lekarza czy placówki lub późniejszego terminu, w którym chciałby skorzystać ze świadczenia.
10. W przypadku nieuznania odpowiedzialności CPG pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
 11. Świadczenia medyczne realizowane są w placówkach medycznych należących do sieci medycznej CPG.
 12. Koszty świadczeń realizowanych zgodnie z opisem zawartym w Umowie Dodatkowej, pokrywane są przez CPG bezpośrednio na rzecz podmiotu lub placówki medycznej realizującej świadczenie.

Artykuł VIII

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych odrębnie w niniejszych Ogólnych Warunkach Umowy Dodatkowej MEDIPLAN stosuje się Ogólne Warunki Ubezpieczenia mające zastosowanie do umowy głównej doręczane Ubezpieczającemu przy zawarciu umowy głównej oraz odpowiednie, powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowej MEDIPLAN zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/ob./2/1/2016 z dnia 20 stycznia 2016 roku i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 1 lutego 2016 roku.

ZAŁĄCZNIK NR 1 WYKAZ PROCEDUR MEDYCZNYCH

ZABIEGI AMBULATORYJNE	
L.p.	Ambulatoryjne zabiegi chirurgiczne
1.	Proste nacięcie i usunięcie ciała obcego, tkanek podskórnych
2.	Nacięcie i drenaż krwiaka, zbiornika płynu surowiczego lub innego zbiornika płynu
3.	Usunięcie szwów
4.	Zmiana opatrunku
5.	Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; mały staw lub kaletka (np. palce u rąk lub nóg)
6.	Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; średniej wielkości staw lub kaletka (np. staw skroniowo-żuchwowy, barkowo-obończykowy, nadgarstek, staw łokciowy lub skokowy, kaletka maziowa wyrostka łokciowego)
7.	Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; duży staw lub kaletka (np. staw ramienny, biodrowy, kolanowy, kaletka barkowa)
	Ambulatoryjne zabiegi laryngologiczne
8.	Usunięcie ciała obcego, śródnosowe
	Ambulatoryjne zabiegi okulistyczne
9.	Usunięcie ciała obcego – z wnętrza gałki ocznej, z przedniej komory oka lub soczewki
10.	Usunięcia ciała obcego lub złoju w obrębie układu łzowego, przewody łzowe
	Ambulatoryjne zabiegi ortopedyczne
11.	Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)
12.	Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)
13.	Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)
14.	Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)
15.	Zastosowanie długiego opatrunku unieruchamiającego na całą kończynę dolną
16.	Zastosowanie krótkiego opatrunku unieruchamiającego na kończynie dolnej – podudzie
17.	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od barku do ręki (ramienny)
18.	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od łokcia do palca (przedramienia)
19.	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, ręka i dolne przedramię (opatrunk rękawiczkowy)
20.	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, palec (np. przykurcz)
21.	Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna górna)
22.	Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna dolna)
	Badania laboratoryjne
23.	Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi)
24.	Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi) z automatycznym zliczaniem odsetków leukocytów
25.	Morfologia krwi obwodowej; z rozmazem, ocena mikroskopowa oraz ręcznie wykonany wzór odsetkowy leukocytów
26.	Morfologia krwi obwodowej; retikulocytoza; ręcznie

27. Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego); nieautomatycznie

28. Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego); automatycznie

Badania radiologiczne

29. Badanie radiologiczne; czaszka

30. Badanie radiologiczne; klatka piersiowa; jedna projekcja – czołowa PA

31. Badanie radiologiczne; klatka piersiowa; dwie projekcje – czołowa PA i boczna

32. Badanie radiologiczne; układ kostny twarzy

33. Badanie radiologiczne; klatka piersiowa; specjalne projekcje (np. w pozycji leżącej na boku)

34. Badanie radiologiczne; żebra; jednostronne

35. Badanie radiologiczne; żebra; obustronne

36. Badanie radiologiczne; mostek

37. Badanie radiologiczne; staw lub stawy mostkowo-obojczykowe

38. Badanie radiologiczne; stawy barkowo-obojczykowe

39. Badanie radiologiczne; kość ramienna

40. Badanie radiologiczne; staw łokciowy

41. Badanie radiologiczne; przedramię

42. Badanie radiologiczne; ręka

43. Badanie radiologiczne; palec (palce) ręki

44. Badanie radiologiczne; biodro

45. Badanie radiologiczne; kość udowa

Ultrasonografia

46. Badanie ultrasonograficzne; klatka piersiowa

47. Badanie ultrasonograficzne; jama brzuszna

48. Badanie ultrasonograficzne miednicy

Rehabilitacja

49. Ćwiczenia indywidualne – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości

50. Ćwiczenia grupowe (do 6 osób) – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości;

51. Techniki terapii manualnej (np. metody McKenziego, Cyriax, Mulligana i PNF jeden lub więcej obszarów, mobilizacje i manipulacje)

52. Wyciągi – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; trakcja mechaniczna

53. Rower (rotor), cykloergometr – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów

54. Kinezytaping

55. Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; diatermia

56. Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów podczerwień (sollux)

57. Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultrafiolet

58. Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultradźwięki

59. Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; jonoforeza

60. Galwanizacja

61. Elektrostymulacja

62. Tonoliza

63. Prądy diadynamiczne

64. Prądy interferencyjne

65. Prądy Kotza

66. Prądy Tens

67. Prądy Traberta

68. Impulsowe pole magnetyczne

-
- | | |
|-----|--|
| 69. | Laseroterapia (skaner, punktowo) |
| 70. | Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; okłady ciepłe lub zimne (termożele) |
-

Wykaz istotnych informacji zawartych w Ogólnych Warunkach Umowy Dodatkowej
„MEDIPLAN PAKIET DZIECKO”
z uwzględnieniem definicji zawartych w Umowie Dodatkowej (Skorowidz)

Rodzaj informacji	Nr jednostki redakcyjnej
Przesłanki wypłaty (realizacji) odszkodowania i innych świadczeń	Artykuły III, IV, V
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Artykuł IV

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ „MEDIPLAN PAKIET DZIECKO”

Artykuł I

Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowej MEDIPLAN PAKIET DZIECKO (dalej Umowa Dodatkowa), stosuje się jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego ubezpieczenia na Życie.

Artykuł II

Definicje

1. Na użytek Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:

- 1) **Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – ostra choroba ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana wniknięciem bakterii do opon mózgowo-rdzeniowych, wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych i prowadząca do wystąpienia trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być postawione w oparciu o wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego wskazujący na bakteryjny charakter zapalenia opon i jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego;
- 2) **Centrum Pomocy Generali (CPG)** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, przez wszystkie dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług MEDIPLAN PAKIET DZIECKO (medycznego assistance) oraz niezwłocznie organizuje wykonanie wymaganej usługi;
- 3) **Cukrzyca typu I, insulinozależna o ciężkim przebiegu** – Choroba autoimmunologiczna o ciężkim przebiegu, w której dochodzi do bezwzględnego niedoboru insuliny na skutek uszkodzenia komórek beta wysp Langerhansa trzustki, z obecnością markerów procesu autoimmunologicznego, takich jak – przeciwciała przeciw wyspowe, przeciwinśulinowe lub przeciw dekarboksylazie kwasu glutaminowego (anty-GAD), doprowadzająca do poważnych zaburzeń metabolicznych w postaci kwasicy ketonowej i/lub śpiączki ketonowej w okresie późniejszym niż przy pierwszej manifestacji klinicznej. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego
- 4) **Dystrofia mięśniowa** – Dziedziczna choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym objawiająca się osłabieniem mięśni wskutek ich degeneracji, zaniku, atrofii prowadzących do trwałych zaburzeń ich funkcji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa i potwierdzone wynikiem biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG).
- 5) **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego, a także dziecko przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego, które w momencie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18. roku życia, pod warunkiem, iż zamieszkuje ono w Miejscu zamieszkania;
- 6) **Hospitalizacja** – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny z uwzględnieniem czasu trwania hospitalizacji określonego w opisie świadczenia stanowiącego warunek realizacji poszczególnych świadczeń;
- 7) **Lekarz prowadzący** – lekarz prowadzący proces leczenia Dziecka przydzielony do opieki z ramienia Placówki medycznej, w której Dziecko poddane zostało leczeniu następstw Nieszczęśliwego wypadku;
- 8) **Lekarz CPG** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez CPG i uprawniona do występowania w imieniu CPG;
- 9) **Łagodny guz mózgu wymagający leczenia operacyjnego** – Niezłośliwa histologicznie zmiana guzowata w obrębie tkanki mózgu lub opon (z wyłączeniem rdzenia przedłużonego), potwierdzona badaniem tomografii komputerowej mózgu (TK) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR), wymagająca przeprowadzenia zabiegu operacyjnego z dostępu przez trepanację czaszki, a w przypadku jej zaniechania powodująca trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa. Zakresem ubezpieczenia nie są objęte:
 - i. guzy przysadki,
 - ii. guzy rdzenia,
 - iii. krwaki,
 - iv. nowotwory złośliwe,
 - v. ropnie,
 - vi. torbiele,
 - vii. ziarniniaki,
 - viii. zmiany naczyniowe
- 10) **Okres ubezpieczenia** – okres kolejno następujących po sobie 12 miesięcy wskazany w dokumencie ubezpieczenia, w których udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do Ubezpieczonego;
- 11) **Miejsce pobytu** – miejsce na terytorium Polski, w którym znajduje się Dziecko, z wyjątkiem pobytu w Placówce medycznej;
- 12) **Miejsce zamieszkania** – miejsce zamieszkania Ubezpieczonego na terytorium Polski, wskazane we Wniosku o realizację świadczeń;
- 13) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Dziecko – niezależnie od swojej woli oraz stanu zdrowia – doznało uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, skutkującego:
 - a) pęknięciem lub złamaniem kości,
 - b) zwichnięciem lub skręceniem stawu,
 - c) urazem kręgosłupa,
 - d) urazem głowy (tj. wstrząśnienie mózgu, pęknięcie kości czaszki),
 - e) urazem narządów wewnętrznych,
 - f) urazem oka;
- 14) **Niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek;
- 15) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – Niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także złośliwe nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz krwi i narządów krwiotwórczych. Jeśli

badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie Nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów:

- a) pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
- b) posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
- c) rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności

Definicja nie obejmuje:

- a) nowotworów łagodnych;
- b) zróżnicowanych raków tarczycy i prostaty o stopniu zaawansowania mniejszym niż II zgodnie z klasyfikacją AJCC;
- c) nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
- d) nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania mniejszym niż IB w klasyfikacji AJCC;
- e) nowotworów rozpoznanych jedynie na podstawie płynnej biopsji (liquid biopsy).

- 16) **Paraliż** – Całkowita i nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach wskutek porażenia spowodowanego uszkodzeniem w obrębie centralnego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego), powstała w przebiegu choroby. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje wyłącznie porażenia utrwalone o nasileniu 0-1 w skali Lovetta. Stwierdzenie nieodwracalnej utraty władzy w dwóch lub więcej kończynach wymaga badania lekarza specjalisty neurologa po upływie co najmniej 6 miesięcy od wystąpienia (w Okresie ubezpieczenia) porażenia (przy czym upływ 6 miesięcy nie musi nastąpić w Okresie ubezpieczenia). Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są niedowłady kończyn określone jako stopień 2, 3 lub 4 w skali Lovetta;
- 17) **Placówka medyczna** – działający zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodzienniej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za Placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu ośrodków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA;
- 18) **Posocznica (sepsa) o ciężkim przebiegu** – Zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) powstały wskutek zakażenia wywołanego obecnością drobnoustrojów lub ich toksyn we krwi krążącej, objawiający się niewydolnością lub głęboką dysfunkcją narządów. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęta jest wyłącznie posocznica o ciężkim przebiegu, wyrażonym występowaniem ostrych zaburzeń funkcjonowania narządów wewnętrznych, wymagająca leczenia na oddziale intensywnej opieki medycznej. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.
- 19) **Poważny Nieszczęśliwy wypadek** – wyłącznie taki Nieszczęśliwy wypadek, w następstwie którego Dziecko doznało uszkodzenia ciała w wyniku, którego nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb życiowych i wymaga stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji;
- 20) **Poważne zachorowanie** – choroba, zabieg lub operacja zgodne z zakresem określonym w warunkach odpowiednich Umów Dodatkowych dotyczących poważnych zachorowań
- 21) **Przeszczep narządów** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego wymienionych narządów: serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy. Ubezpieczeniem nie jest objęta nieodwracalna schyłkowa niewydolność przeszczepianego narządu, do której doszło poza okresem ubezpieczenia.
- 22) **Schyłkowa niewydolność oddechowa** – schyłkowe stadium choroby płuc powodujące przewlekłą niewydolność oddechową. Choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:
 - i. natężona pierwoszekundowa objętość wydechu (FEV1) poniżej 1 litra w 3 badaniach wykonanych w odstępie 3 miesięcy,
 - ii. pacjent wymaga przewlekłej tlenoterapii z powodu hipoksemii,
 - iii. ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej nie wyższe niż 55 mmHg ($pO_2 \leq 55$ mmHg),
 - iv. duszność spoczynkowa.
 Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę pulmonologa
- 23) **Schyłkowa niewydolność wątroby** – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby. Choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:
 - i. stałej żółtaczki;
 - ii. wodobrzusza;
 - iii. encefalopatii wątrobowej.
 Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza. Ubezpieczenie nie obejmuje niewydolności wątroby będącej skutkiem zatrucia lekami, środkami chemicznymi lub spożywania alkoholu
- 24) **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, oceniany na nie więcej niż 7 stopni w Skali Glasgow (Glasgow Coma Scale), powodujący powstanie trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Termin nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej, a także wynikających z użycia leków, alkoholu i innych substancji odurzających
- 25) **Ubezpieczony** – osoba, która przystąpiła do ubezpieczenia;
- 26) **Utrata mowy** – Trwała i nieodwracalna całkowita utrata zdolności mówienia w wyniku choroby lub wypadku, powodujących uszkodzenie strun głosowych, utrzymująca się przez co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii. Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi;
- 27) **Utrata słuchu** – Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę laryngologa w oparciu o wyniki badań audiometrycznych, wykazujących średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu;
- 28) **Utrata wzroku** – Całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach, rozumiana jako osłabienie ostrości wzroku poniżej 5/50(0,01) lub ograniczenie pola widzenia poniżej 20 procent, spowodowana zachorowaniem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym i korekcyjnym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę;
- 29) **Zakres terytorialny** – w odniesieniu zarówno do świadczeń jak i Zdarzeń ubezpieczeniowych ubezpieczenie obejmuje wyłącznie terytorium Polski;

- 30) **Zapalenie mózgu** – Stan zapalny tkanki mózgowej (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku), spowodowany czynnikiem infekcyjnym, prowadzący do powstania trwałych ubytków neurologicznych, których istnienie może być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po 6 miesiącach od początku zachorowania
- 31) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – Nieszczęśliwy wypadek lub Poważny nieszczęśliwy wypadek lub Poważne zachorowanie, które wystąpiło w Okresie ubezpieczenia na terytorium Polski, uprawniające do skorzystania z danego świadczenia - zgodnie z Tabelą nr 1. Zdarzenia spowodowane jedną przyczyną i obejmujące wszystkie okoliczności oraz ich skutki, powiązane relacją przyczynowo-skutkową, czasem wystąpienia lub innym bezpośrednim czynnikiem, będą uważane za jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe.

Artykuł III

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje organizację lub organizację i pokrycie kosztów usług assistance określonych w Umowie Dodatkowej, świadczonych na rzecz Dziecka za pośrednictwem CPG w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, określonego dla poszczególnych świadczeń wskazanych w Tabeli nr 1, w okresie ubezpieczenia.
3. Świadczenia oraz limity kosztów świadczeń przysługujące Dziecku określone zostały w poniższej tabeli.

Tabela nr 1 – Tabela świadczeń i limitów

Zakres produktu	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Limit na zdarzenie/ Limit zdarzeń w roku ubezpieczeniowym
OPIEKA MEDYCZNA		
Konsultacje lekarzy specjalistów		
Konsultacja chirurga	oważny Nieszczęśliwy Wypadek lub Poważne zachorowanie	2 konsultacje w rocznym okresie ubezpieczenia
Konsultacja okulisty		2 konsultacje w rocznym okresie ubezpieczenia
Konsultacja otolaryngologa		2 konsultacje w rocznym okresie ubezpieczenia
Konsultacja ortopedy		2 konsultacje w rocznym okresie ubezpieczenia
Konsultacja kardiologa		2 konsultacje w rocznym okresie ubezpieczenia
Konsultacja neurologa		2 konsultacje w rocznym okresie ubezpieczenia
Konsultacja pulmonologa		2 konsultacje w rocznym okresie ubezpieczenia
Konsultacja lekarza rehabilitacji		2 konsultacje w rocznym okresie ubezpieczenia
Konsultacja neurochirurga		2 konsultacje w rocznym okresie ubezpieczenia
Konsultacja psychologa		2 konsultacje w rocznym okresie ubezpieczenia
Badania i zabiegi		
Zabiegi ambulatoryjne*	oważny Nieszczęśliwy Wypadek lub Poważne zachorowanie	2 zabiegi w rocznym okresie ubezpieczenia
Badania laboratoryjne*		2 zabiegi w rocznym okresie ubezpieczenia
Badania radiologiczne*		2 zabiegi w rocznym okresie ubezpieczenia
Ultrasonografia*		2 zabiegi w rocznym okresie ubezpieczenia
Rehabilitacja*		20 zabiegów na Zdarzenie ubezpieczeniowe/ 2 razy w rocznym okresie ubezpieczenia
Tomografia komputerowa*		1 badanie na Zdarzenie ubezpieczeniowe/ 2 razy w rocznym okresie ubezpieczenia
Rezonans magnetyczny*		1 badanie na Zdarzenie ubezpieczeniowe/ 2 razy w rocznym okresie ubezpieczenia
Pomoc medyczna		
Wizyta domowa lekarza pediatry	Nieszczęśliwy Wypadek lub Poważne zachorowanie	1 wizyta/ Maks. 2 razy w rocznym okresie ubezpieczenia
Transport pomiędzy Placówkami medycznymi		1.500 PLN
Sprzęt rehabilitacyjny		Koszty zakupu/wypożyczenia: 500 PLN Koszty transportu: 500 PLN
Pomoc opiekuńcza		
Korepetycje	Nieszczęśliwy Wypadek I ub Poważne zachorowanie	10h jednak nie więcej niż 2h w ramach jednej wizyty korepetytora/ Maks. 2 razy w rocznym okresie ubezpieczenia
Opieka nad dziećmi		750 PLN/ Maks. 2 razy w rocznym okresie ubezpieczenia

Pomoc na życzenie

Telefoniczna Informacja Medyczna „DZIECKO”		Bez limitu
Infolinia Dziecko	Wniosek Ubezpieczonego	Bez limitu
Baby concierge		Bez limitu na koszt rodzica Ubezpieczonego

* Szczegółowy wykaz procedur medycznych znajduje się w Załączniku nr 1 do Umowy Dodatkowej.

4. W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego CPG, zorganizuje i pokryje koszty następujących świadczeń:

4.1 Opieka medyczna**1) Konsultacje lekarzy specjalistów**

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego CPG - w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego - zorganizuje i pokryje koszty wizyt Ubezpieczonego u niżej wymienionych lekarzy specjalistów:

- a) chirurg,
- b) okulista,
- c) otolaryngolog,
- d) ortopeda,
- e) kardiolog,
- f) neurolog,
- g) pulmonolog,
- h) lekarz rehabilitacji,
- i) neurochirurg,
- j) psycholog.

2) Zabiegi ambulatoryjne

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego CPG, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty zabiegów medycznych wykonanych na rzecz Dziecka w warunkach ambulatoryjnych w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1.

3) Badania laboratoryjne

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego CPG, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty badań laboratoryjnych Dziecka w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1.

4) Badania radiologiczne

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego CPG, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty badań radiologicznych Dziecka w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1.

5) Badania ultrasonograficzne

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego CPG, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty badań ultrasonograficznych Dziecka w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1.

6) Rehabilitacja

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Dziecko wymaga rehabilitacji – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego – CPG zorganizuje i pokryje koszty jednego z poniższych świadczeń:

- a) wizyt fizjoterapeuty w Miejscu pobytu Dziecka albo
- b) wizyt Dziecka w najbliższej Miejscu pobytu Dziecka poradni rehabilitacyjnej w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1.

7) Tomografia komputerowa

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego CPG, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty tomografii komputerowej Dziecka w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1.

8) Rezonans magnetyczny

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego CPG, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty rezonansu magnetycznego Dziecka w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1.

4.2 Pomoc medyczna**1) Wizyta domowa lekarza pediatry**

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, CPG zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i wizyty lekarza pediatry w miejscu pobytu Dziecka. Świadczenie realizowane jest w obecności prawnego opiekuna Dziecka lub innej osoby pełnoletniej wskazanej przez Ubezpieczonego

2) Transport pomiędzy Placówkami medycznymi

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Dziecko znalazło się w Placówce medycznej, która nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jego zdrowia lub jest ono skierowane na zabieg lub badania lekarskie do innej Placówki medycznej, CPG zorganizuje i pokryje koszty transportu Dziecka wraz z osobą wskazaną przez Ubezpieczonego pomiędzy Placówkami medycznymi. Świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, po konsultacji z Lekarzem Centrum Pomocy i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Dziecka. W przypadku, gdy Dziecko jest jedynie skierowane na zabiegi lub badania do innej Placówki medycznej, świadczenie obejmuje również transport powrotny do Placówki medycznej, w której Dziecko jest leczone.

3) Sprzęt rehabilitacyjny

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Dziecko - zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza CPG podjętym w oparciu o dokumentację medyczną - powinno używać sprzętu rehabilitacyjnego, CPG zorganizuje i pokryje koszty wypożyczenia albo zakupu oraz koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca pobytu.

4.3 Pomoc opiekuńcza

1) Korepetycje

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego, na podstawie zwolnienia lekarskiego Dziecko nie może przez co najmniej 7 kolejnych dni uczestniczyć w zajęciach dydaktycznych w placówce oświatowo-wychowawczej, CPG zorganizuje i pokryje koszty dojazdu korepetytora do miejsca Hospitalizacji Dziecka lub Miejsca zamieszkania oraz koszty korepetycji w zakresie bieżącego programu nauczania w placówce oświatowo – wychowawczej, do której uczęszcza Dziecko.

Zakres świadczenia obejmuje korepetycje z przedmiotów wybranych spośród: języka polskiego, matematyki, fizyki, chemii, biologii, języków obcych (angielskiego, niemieckiego, francuskiego, hiszpańskiego).

2) Opieka nad Dziećmi

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony jest Hospitalizowany albo musi przebywać w pozycji leżącej, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego, a konieczne jest zapewnienie opieki Dzieciom, CPG zorganizuje i pokryje koszty opieki w Miejscu zamieszkania przez podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem tego typu usług lub przez pielęgniarkę – w uzasadnionych stanem zdrowia osoby, której opieka ma dotyczyć, okolicznościach. Świadczenie jest realizowane za pisemną zgodą Ubezpieczonego, w sytuacji, gdy w Miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić, a Ubezpieczony zapewnił dostęp do miejsca pobytu Dzieci.

4.4 Pomoc na życzenie

1) Telefoniczna Informacja Medyczna

Na wniosek Ubezpieczonego CPG zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej, ogólnej informacji na temat:

- a) natychmiastowej pomocy – stanów wymagających natychmiastowej pomocy medycznej i zasadach jej udzielania,
- b) ukąszeń – sposobów postępowania w przypadku ukąszeń,
- c) jednostek chorobowych – jednostek chorobowych w tym chorób rzadkich, typowo stosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terytorium Polski,
- d) zachowań prozdrowotnych – diet (np. zalecanych dla diabetyków, przy nadciśnieniu tętniczym, w schorzeniach dróg pokarmowych, bogatoreszkowych, cukrzycowych, ubogobiałkowych, bogatobiałkowych, niskokalorycznych, niskocholesterolowych, redukcyjnych), zdrowego odżywiania, aktywnego spędzania czasu wolnego, walki ze stresem, odpoczynku i snu,
- e) profilaktyki – profilaktyki zachorowań na grypę, profilaktyki antynikotynowej,
- f) opisów badań – wyjaśnienia opisów/wyników wykonanych badań,
- g) przygotowania do badań – sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,
- h) badań kontrolnych – niezbędnych badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
- i) leków – leków oraz objawów niepożądanych przy ich przyjmowaniu, interakcji z innymi lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji, poziomu refundacji leków,
- j) alternatywnych metod leczenia i relaksacji – terapii ruchem, terapii zajęciowej, muzykoterapii, arteterapii itp. (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach),
- k) uwarunkowań medycznych – uwarunkowań medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
- l) grup wsparcia – grup wsparcia, telefonów zaufania na terytorium Polski świadczących pomoc osobom dotkniętym alkoholizmem, narkomanią, nikotynizmem, osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe czy depresję, mających problemy zdrowotne, dla rodziców ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci, kobietom po mastektomii,
- m) przed podróżą – działaniach, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży tj. szczepień, specyfiki danego kraju lub regionu świata – w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia, zagrożeń epidemiologicznych.

Ponadto w ramach Telefonicznej Informacji Medycznej CPG zapewni Ubezpieczonemu możliwość telefonicznej konsultacji medycznej z lekarzem. CPG udzieli informacji na temat danych teleadresowych działających na terytorium Polski:

- a) Placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez Lekarza CPG,
- b) Placówek medycznych mających podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- c) placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Uniwersytetów Medycznych) i rekomendowanych przez CPG,
- d) aptek, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
- e) placówek opieki społecznej i hospicjów,
- f) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.

2) Infolinia dziecko

Na wniosek Ubezpieczonego CPG zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej, ogólnej informacji na temat:

- a) obowiązkowych szczepień dzieci,
- b) obowiązkowych badań kontrolnych i bilansów,
- c) najczęstszych chorób wieku dziecięcego,
- d) leków, które można podać niemowlętom, możliwych interakcji z innymi lekami i działań niepożądanych,
- e) opisów/wyników wykonanych badań,
- f) uzdrowisk, ośrodków rehabilitacyjnych, kolonii zdrowotnych,
- g) danych teleadresowych pediatrycznych placówek medycznych.

Ponadto w ramach świadczenia CPG zapewni Ubezpieczonemu możliwość telefonicznej konsultacji medycznej z lekarzem.

3) Baby concierge

Na wniosek i koszt Ubezpieczonego CPG zapewni usługi w zakresie organizacji świadczeń dla dzieci:

- a) dostawy towarów – organizacja zakupu i dostarczenia pod wskazany adres wybranych przez Ubezpieczonego artykułów dla dzieci i niemowląt tj. zabawki, kosmetyki, stroje karnawałowe,
- b) opieki – organizacja opieki nad dziećmi w miejscu wskazanym przez Ubezpieczonego,
- c) leczenia – organizacja wizyty domowej lekarza pediatry, wizyt kontrolnych, bilansów zdrowia, wizyt u lekarzy specjalistów,

- d) korepetycji – organizacja dodatkowych korepetycji dla Dziecka,
- e) czasu wolnego – rezerwacja, zakup i dostarczenie biletów na koncerty, spektakle, filmy czy wydarzenia sportowe dla Dziecka,
- f) odwiedzin – organizacja odwiedzin Dziecka przez Clowna w czasie choroby Dziecka,
- g) przyjęć – pomoc w organizacji przyjęć dla Dziecka obejmujących również dodatkowe atrakcje tj. gry, zabawy i konkursy poprzez informowanie oraz zapewnienie kontaktu z profesjonalnymi podmiotami specjalizującymi się w tym zakresie,
- h) aranżacji pokoju – organizacja wizyty architekta wnętrz, który specjalizuje się w projektowaniu przestrzeni dla Dziecka.

Artykuł IV

Wyłączenia odpowiedzialności

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia, gdy udzielenie tego świadczenia zostało uniemożliwione lub opóźnione z powodu:
 - 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru,
 - 2) strajków, niepokoїв społecznych, ataków terrorystycznych, wojen, skutków promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych, mogących powodować niemożliwość realizacji danych świadczeń przez usługodawców Ubezpieczyciela,
 - 3) ograniczonego lub braku dostępu do Dziecka lub do innych osób, w stosunku do których miało zostać spełnione świadczenie, względnie do Miejsca zamieszkania albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie.
2. W przypadku, gdy udzielenie świadczenia określonego w Umowie Dodatkowej wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej dotyczącej Dziecka, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia, o ile zgoda taka nie została wyrażona. Z odpowiedzialności Towarzystwa wyłączone są zdarzenia będące następstwem:
 - 1) aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w wojnie, działaniach wojennych lub stanu wojennego, w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych,
 - 2) działania czynników powodujących skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie,
 - 3) spożycia alkoholu, nadużywania alkoholu, alkoholizmu, pozostawania pod wpływem narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - 4) chorób psychicznych Dziecka,
 - 5) samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa lub w przypadku śmierci Dziecka w wyniku samobójstwa popełnionego w okresie pierwszych 6 miesięcy od początku odpowiedzialności w stosunku do tego Dziecka,
 - 6) prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, prowadzenia pojazdu, który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu,
 - 7) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - 8) umyślnego działania Dziecka lub umyślnego działania osoby, z którą Dziecko pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - 9) rażącego niedbalstwa Dziecka, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
3. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja i pokrycie kosztów leczenia obrażeń ciała, których zaistnienie nie jest bezpośrednio związane ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym.
4. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa nie obejmuje wypadków przy pracy.
5. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzeń powstałych na skutek:
 - 1) wyczynowego uprawiania wszelkich dyscyplin sportu przez co rozumie się regularne i intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach sportowych albo imprezach i obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawianej dyscypliny sportu,
 - 2) amatorskiego uprawiania sportów: powietrznych, motorowych, motorowodnych, speleologii, wspinaczki górskiej i skałkowej przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego lub wymagającej użycia takiego sprzętu, raftingu i wszystkich jego odmian, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, heliskiingu, heliboardingu, skoków na gumowej linie, a także uczestniczenie w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi (np. tereny śnieżne wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego).
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za przebieg i skutki organizowanej przez niego terapii, leczenia, zabiegów, badań lub rehabilitacji.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki świadomego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania wskazań i zaleceń lekarskich
8. Informacje udzielane w ramach Telefonicznej Informacji Medycznej mają charakter ogólny i informacyjny, nie stanowią porady medycznej, nie mają charakteru diagnostycznego i nie mogą być traktowane jako ostateczna opinia czy porada.
9. W przypadku świadczenia Sprzęt rehabilitacyjny koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego nie są pokrywane przez Ubezpieczyciela, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach.

Artykuł V

Realizacja świadczeń

1. W celu uzyskania świadczeń Ubezpieczony lub osoba działająca w imieniu Dziecka zobowiązani są niezwłocznie skontaktować się z CPG pod numerem telefonu (22) 543 88 08, nie później jednak niż w terminie 30 dni od daty wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, chyba że z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego lub osoby działającej w imieniu Dziecka nie było to możliwe w terminie wskazanym powyżej i podać wszelkie dostępne informacje niezbędne do ustalenia uprawnień do uzyskania świadczeń, a w szczególności:
 - 1) imię, nazwisko Ubezpieczonego i Dziecka,
 - 2) numer PESEL lub data urodzenia Ubezpieczonego i Dziecka
 - 3) adres Miejsca zamieszkania,
 - 4) datę zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) telefon kontaktowy,
 - 6) krótki opis zaistniałego zdarzenia.

2. Ubezpieczony lub osoba działająca w imieniu Dziecka zobowiązana jest postępować zgodnie z dyspozycjami CPG.
3. W przypadku niewykonania zobowiązania, o którym mowa w ust. 1 niniejszego artykułu w terminie w nim wskazanym Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie w oparciu o powszechnie obowiązujący stan wiedzy lekarskiej, w stopniu, w jakim niewykonanie tego obowiązku w terminie przyczyniło się do uniemożliwienia lub utrudnienia ustalenia okoliczności zdarzenia.

Artykuł VI

Postanowienia końcowe

W sprawach nieuregulowanych odrębnie w niniejszych Ogólnych Warunkach Umowy Dodatkowej MEDIPLAN PAKIET DZIECKO stosuje się Ogólne Warunki Ubezpieczenia mające zastosowanie do Umowy głównej doręczane Ubezpieczającemu przy zawarciu Umowy oraz odpowiednie, powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

Niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/ob./2/1/2016 z dnia 20 stycznia 2016 roku i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 1 lutego 2016 roku.

ZAŁĄCZNIK NR 1 WYKAZ PROCEDUR MEDYCZNYCH

ZABIEGI AMBULATORYJNE		
L.p.	Ambulatoryjne zabiegi chirurgiczne	
1.	Proste nacięcie i usunięcie ciała obcego, tkanek podskórnych	✓
2.	Nacięcie i drenaż krwiaka, zbiornika płynu surowiczego lub innego zbiornika płynu	✓
3.	Usunięcie szwów	✓
4.	Zmiana opatrunku	✓
5.	Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; mały staw lub kaletka (np. palce u rąk lub nóg)	✓
6.	Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; średniej wielkości staw lub kaletka (np. staw skroniowo-żuchwowy, barkowo-obojęzyczny, nadgarstek, staw łokciowy lub skokowy, kaletka maziowa wyrostka łokciowego)	✓
7.	Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; duży staw lub kaletka (np. staw ramienny, biodrowy, kolanowy, kaletka barkowa)	✓
8.	Proste zamknięcie powierzchownych ran owłosionej skóry głowy, szyi, pachy, narządów płciowych zewnętrznych, tułowia i/lub kończyn	✓
9.	Proste zamknięcie powierzchownych ran twarzy, uszu, powiek, nosa, warg i/lub błon śluzowych	✓
10.	Proste usunięcie płytki paznokciowej, częściowe lub całkowite	✓
11.	Usunięcie ciała obcego, śródnosowe	✓
12.	Usunięcie ciała obcego – z wnętrza gałki ocznej, z przedniej komory oka lub soczewki	✓
13.	Usunięcia ciała obcego lub złoju w obrębie układu łzowego, przewody łzowe	✓
14.	Wstrzyknięcie podspojówkowe	✓
15.	Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)	✓
16.	Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)	✓
17.	Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)	✓
18.	Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)	✓
19.	Zastosowanie długiego opatrunku unieruchamiającego na całą kończynę dolną	✓
20.	Zastosowanie krótkiego opatrunku unieruchamiającego na kończynie dolnej – podudzie	✓
21.	Zastosowanie gipsu biodrowego	✓
22.	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od barku do ręki (ramienny)	✓
23.	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od łokcia do palca (przedramienia)	✓
24.	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, ręka i dolne przedramię (opatrunk rękawiczkowy)	✓
25.	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, palec (np. przykurcz)	✓
26.	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – ósemkowego	✓
27.	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – gips piersiowo-ramienny	✓
28.	Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna górna)	✓
29.	Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna dolna)	✓

30.	Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi)	✓
31.	Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi) z automatycznym zliczaniem odsetków leukocytów	✓
32.	Morfologia krwi obwodowej; z rozmazem, ocena mikroskopowa oraz ręcznie wykonany wzór odsetkowy leukocytów	✓
33.	Morfologia krwi obwodowej; retikulocytoza; ręcznie	✓
34.	Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego); nieautomatycznie	✓
35.	Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego); automatycznie	✓
36.	Badanie radiologiczne; czaszka	✓
37.	Badanie radiologiczne; klatka piersiowa; jedna projekcja – czołowa PA	✓
38.	Badanie radiologiczne; klatka piersiowa; dwie projekcje – czołowa PA i boczna	✓
39.	Badanie radiologiczne; żuchwa	✓
40.	Badanie radiologiczne; układ kostny twarzy	✓
41.	Badanie radiologiczne; klatka piersiowa; specjalne projekcje (np. w pozycji leżącej na boku)	✓
42.	Badanie radiologiczne; żebra; jednostronne	✓
43.	Badanie radiologiczne; żebra; obustronne	✓
44.	Badanie radiologiczne; mostek	✓
45.	Badanie radiologiczne; staw lub stawy mostkowo-obojczykowe	✓
46.	Badanie radiologiczne; kręgosłup – całość; badanie przeglądowe, projekcja PA lub boczna	✓
47.	Badanie radiologiczne; kręgosłup szyjny	✓
48.	Badanie radiologiczne; kręgosłup – odcinek piersiowo-lędźwiowy; w pozycji stojącej (skolioza)	✓
49.	Badanie radiologiczne; kręgosłup – odcinek piersiowy	✓
50.	Badanie radiologiczne; kręgosłup – odcinek piersiowo-lędźwiowy	✓
51.	Badanie radiologiczne; kręgosłup – odcinek lędźwiowo-krzyżowy	✓
52.	Badanie radiologiczne; miednica	✓
53.	Badanie radiologiczne; stawy krzyżowo-biodrowe	✓
54.	Badanie radiologiczne; kość krzyżowa i kość ogonowa	✓
55.	Badanie radiologiczne; obojczyk; całkowite	✓
56.	Badanie radiologiczne; łopátka; całkowite	✓
57.	Badanie radiologiczne; bark	✓
58.	Badanie radiologiczne; stawy barkowo-obojczykowe	✓
59.	Badanie radiologiczne; kość ramienna	✓
60.	Badanie radiologiczne; staw łokciowy	✓
61.	Badanie radiologiczne; przedramię	✓
62.	Badanie radiologiczne; nadgarstek	✓
63.	Badanie radiologiczne; ręka	✓
64.	Badanie radiologiczne; palec (palce) ręki	✓
65.	Badanie radiologiczne; biodro	✓
66.	Badanie radiologiczne; kość udowa	✓
67.	Badanie radiologiczne; kolano	✓
68.	Badanie radiologiczne; oba kolana; w pozycji stojącej w projekcji PA	✓
69.	Badanie radiologiczne; piszczel i strzałka	✓
70.	Badanie radiologiczne; staw skokowy	✓
71.	Badanie radiologiczne; stopa	✓
72.	Badanie radiologiczne; kość piętowa	✓
73.	Badanie radiologiczne; jama brzuszna; pojedyncza projekcja PA	✓
74.	Badanie ultrasonograficzne; klatka piersiowa	✓
75.	Badanie ultrasonograficzne; jama brzuszna	✓

76.	Badanie ultrasonograficzne miednicy	✓
77.	Badanie ultrasonograficzne moszny i jej zawartości	✓
78.	Badanie ultrasonograficzne; kończyna; nienaczyniowe	✓
79.	Ćwiczenia indywidualne – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości	✓
80.	Ćwiczenia grupowe (do 6 osób) – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości;	✓
81.	Techniki terapii manualnej (np. metody McKenziego, Cyriax, Mulligana i PNF) jeden lub więcej obszarów, mobilizacje i manipulacje	✓
82.	Wyciągi – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; trakcja mechaniczna	✓
83.	Rower (rotor), cykloergometr – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów	✓
84.	Kinezytaping	✓
85.	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; diatermia	✓
86.	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; podczerwień (sollux)	✓
87.	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultrafiolet	✓
88.	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultradźwięki	✓
89.	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; jonoforeza	✓
90.	Galwanizacja	✓
91.	Elektrostymulacja	✓
92.	Tonoliza	✓
93.	Prądy diadynamiczne	✓
94.	Prądy interferencyjne	✓
95.	Prądy Kotza	✓
96.	Prądy Tens	✓
97.	Prądy Traberta	✓
98.	Impulsowe pole magnetyczne	✓
99.	Laseroterapia (skaner, punktowo)	✓
100.	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; okłady ciepłe lub zimne (termożele)	✓
101.	Krioterapia – miejscowa	✓
102.	Krioterapia – zabieg w kriokomorze	✓
103.	Tomografia komputerowa; głowa lub mózg; bez kontrastu	✓
104.	Tomografia a komputerowa; odciodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne; bez kontrastu	✓
105.	Tomografia komputerowa; okolica szczękowo-twarzowa; bez kontrastu	✓
106.	Tomografia komputerowa; tkanki miękkie szyi; bez kontrastu	✓
107.	Tomografia komputerowa; klatka piersiowa; bez kontrastu	✓
108.	Tomografia komputerowa; kręgosłup szyjny; bez kontrastu	✓
109.	Tomografia komputerowa; odcinek piersiowy kręgosłupa; bez kontrastu	✓
110.	Tomografia komputerowa; odcinek lędźwiowy kręgosłupa; bez kontrastu	✓
111.	Tomografia komputerowa; miednica; bez kontrastu	✓
112.	Tomografia komputerowa; kończyna górna; bez kontrastu	✓
113.	Tomografia komputerowa; kończyna dolna; bez kontrastu	✓
114.	Tomografia a komputerowa; jama brzuszna; bez kontrastu	✓
115.	Tomografia komputerowa; głowa lub mózg; z kontrastem	✓
116.	Tomografia komputerowa; odciodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne; z kontrastem	✓
117.	Tomografia komputerowa; okolica szczękowo-twarzowa; z kontrastem	✓
118.	Tomografia komputerowa; tkanki miękkie szyi; z kontrastem	✓
119.	Tomografia komputerowa; klatka piersiowa; z kontrastem	✓

120.	Tomografia komputerowa; kręgosłup szyjny; z kontrastem	✓
121.	Tomografia komputerowa; odcinek piersiowy kręgosłupa; z kontrastem	✓
122.	Tomografia komputerowa; odcinek lędźwiowy kręgosłupa; z kontrastem	✓
123.	Tomografia komputerowa; miednica; z kontrastem	✓
124.	Tomografia komputerowa; kończyna górna; z kontrastem	✓
125.	Tomografia komputerowa; kończyna dolna; z kontrastem	✓
126.	Tomografia a komputerowa; jama brzuszna; z kontrastem	✓
127.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; oczodół, twarz i szyja; bez kontrastu	✓
128.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu); bez kontrastu	✓
129.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia); bez kontrastu	✓
130.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek szyjny kręgosłupa; bez kontrastu	✓
131.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek piersiowy kręgosłupa; bez kontrastu	✓
132.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek lędźwiowy kręgosłupa; bez kontrastu	✓
133.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; miednica; bez kontrastu	✓
134.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kończyna górna; badanie nieskierowane na stawy; bez kontrastu	✓
135.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej; bez kontrastu	✓
136.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kończyna dolna; badanie nieskierowane na stawy; bez kontrastu	✓
137.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej; bez kontrastu	✓
138.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; jama brzuszna; bez kontrastu	✓
139.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; oczodół, twarz i szyja; z kontrastem	✓
140.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu); z kontrastem	✓
141.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia); z kontrastem	✓
142.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek szyjny kręgosłupa; z kontrastem	✓
143.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek piersiowy kręgosłupa; z kontrastem	✓
144.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek lędźwiowy kręgosłupa; z kontrastem	✓
145.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; miednica; z kontrastem	✓
146.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kończyna górna; badanie nieskierowane na stawy; z kontrastem	✓
147.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej; z kontrastem	✓
148.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kończyna dolna; badanie nieskierowane na stawy; z kontrastem	✓
149.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej; z kontrastem	✓
150.	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; jama brzuszna; z kontrastem	✓

