

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE CERTUM 11/2026

Obowiązuje od 13 lutego 2026 roku

Spis treści

7	Wykaz istotnych informacji (Skorowidz)
14	Artykuł I Postanowienia ogólne
14	Artykuł II Definicje
18	Artykuł III Przedmiot i zakres odpowiedzialności
19	Artykuł IV Zawarcie Umowy
20	Artykuł V Przystępowanie do Umowy
21	Artykuł VI Zmiany w Umowie
22	Artykuł VII Rozwiązanie Umowy
22	Artykuł VIII Prawa i obowiązki stron Umowy
22	Artykuł IX Składki
23	Artykuł X Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa
23	Artykuł XI Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa
24	Artykuł XII Wypłata świadczenia
25	Artykuł XIII Uprawnieni do świadczenia
25	Artykuł XIV Indywidualna kontynuacja
26	Artykuł XV Umowy Dodatkowe
26	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
26	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy
26	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego
26	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub katastrofy naturalnej
27	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu
27	Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej
28	Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku
28	Umowa Dodatkowa dotycząca całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy oraz samodzielnej egzystencji
28	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant I
29	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant II
31	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
32	Umowa Dodatkowa dotycząca urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu u Ubezpieczonego
32	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy
33	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu
33	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego
34	Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego - Wariant Podstawowy
34	Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego - Wariant Rozszerzony
35	Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy
36	Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego – choroby infekcyjne

- 36 Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego na zawał serca lub udar mózgu
- 37 Umowa Dodatkowa dotycząca pokrycia kosztów leków przeciwwirusowych i przeciwbakteryjnych wydawanych Ubezpieczonemu na receptę
- 38 Umowa Dodatkowa dotycząca leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego
- 39 Umowa Dodatkowa dotycząca leczenia specjalistycznego onkologicznego Ubezpieczonego
- 39 Umowa Dodatkowa dotycząca leczenia specjalistycznego kardiologicznego Ubezpieczonego
- 40 Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Ubezpieczonego
- 40 Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
- 41 Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Ubezpieczonego – otwarty katalog operacji
- 42 Umowa Dodatkowa dotycząca zabiegów specjalistycznych Ubezpieczonego
- 42 Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu
- 43 Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku
- 43 Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy
- 44 Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego
- 44 Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu
- 44 Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na oddziale psychiatrycznym
- 45 Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu uzdrowiskowym;
- 45 Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zachorowaniem na nowotwór złośliwy
- 46 Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym
- 46 Umowa Dodatkowa dotycząca ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu
- 47 Umowa Dodatkowa dotycząca rekonwalescencji Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby
- 47 Umowa Dodatkowa dotycząca rekonwalescencji Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
- 47 Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych poniesionych przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku
- 48 Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku
- 48 Umowa Dodatkowa dotycząca rehabilitacji medycznej Ubezpieczonego
- 48 Umowa Dodatkowa dotycząca rehabilitacji medycznej Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
- 49 Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka albo Partnera
- 49 Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka albo Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku
- 49 Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka albo Partnera wskutek wypadku komunikacyjnego
- 49 Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku
- 50 Umowa Dodatkowa dotycząca urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera
- 50 Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Współmałżonka albo Partnera w szpitalu

- 51 Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Współmałżonka albo Partnera w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku
 - 52 Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Współmałżonka albo Partnera – Wariant Podstawowy
 - 52 Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Współmałżonka albo Partnera – Wariant Rozszerzony
 - 53 Umowa Dodatkowa dotycząca leczenia specjalistycznego Współmałżonka albo Partnera
 - 54 Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Współmałżonka albo Partnera
 - 54 Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Współmałżonka albo Partnera – otwarty katalog operacji
 - 55 Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka
 - 55 Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku
 - 55 Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka wskutek wypadku komunikacyjnego
 - 56 Umowa Dodatkowa dotycząca osierocenia Dziecka
 - 56 Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku
 - 56 Umowa Dodatkowa dotycząca urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka
 - 57 Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Dziecka
 - 57 Umowa Dodatkowa dotycząca leczenia specjalistycznego Dziecka
 - 58 Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Dziecka
 - 59 Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Dziecka – otwarty katalog operacji
 - 59 Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu
 - 60 Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku
 - 60 Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu – świadczenie dzienne
 - 61 Umowa Dodatkowa dotycząca ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po pobycie Dziecka w szpitalu
 - 61 Umowa Dodatkowa dotycząca sprawowania przez Ubezpieczonego opieki nad Dzieckiem po pobycie w szpitalu
 - 62 Umowa Dodatkowa dotycząca sprawowania przez Ubezpieczonego opieki nad Dzieckiem po pobycie w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku
 - 62 Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku Dziecka
 - 62 Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów leczenia Dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku
 - 63 Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka
 - 63 Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka rozszerzona o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną
 - 63 Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka martwego
 - 63 Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka martwego lub poronienia
 - 63 Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców
 - 64 Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów lub rodziców Partnera
 - 64 Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców wskutek nieszczęśliwego wypadku
 - 64 Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów lub rodziców Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku
 - 64 Umowa Dodatkowa dotycząca pomocy medycznej
 - 68 Umowa Dodatkowa dotycząca assistance fitness
 - 70 Umowa dodatkowa dotycząca assistance – wsparcie po urodzeniu dziecka
 - 70 Umowa Dodatkowa dotycząca drugiej opinii medycznej
-

- 73** Umowa Dodatkowa assistance onkologiczny
 - 77** Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej
 - 77** Umowa Dodatkowa dotycząca urlopu dla poratowania zdrowia nauczyciela
 - 78** **Artykuł XVI** Skargi i zażalenia
 - 78** **Artykuł XVII** Postanowienia końcowe
 - 80** Załącznik nr 1 Tabela uszczerbków na zdrowiu
 - 94** Załącznik nr 2 KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ
 - 101** Załącznik nr 3 Katalog Operacji Chirurgicznych
 - 113** Załącznik nr 4 KATALOG ZABIEGÓW SPECJALISTYCZNYCH
 - 115** Załącznik nr 5 Tabela przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych
 - 122** Załącznik nr 6 KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ DZIECKA
 - 124** Załącznik nr 7 Katalog wad wrodzonych
 - 126** Załącznik nr 8 Katalog chorób infekcyjnych
 - 128** **Ogólne warunki umowy dodatkowej „Mediplan”**
 - 138** **Ogólne warunki umowy dodatkowej „Mediplan Pakiet Dziecko”**
-

Wykaz istotnych informacji zawartych w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie Certum 11 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	Art. V ust. 14, Art. XI, Art. XII ust. 8 i 9
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. XV 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 4 i 8	Art. XV ust. 6 pkt 1 i 2 i 3 i 4 i 5 i 8
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 Ubezpieczonego do pracy oraz samodzielnej egzystencji	Art. XV ust. 8 pkt 2 i 3 i 4	Art. XV ust. 8 pkt 1 i 4 i 5

Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant I	Art. XV ust. 9 pkt 1 i 6	Art. XV ust. 9 pkt 3 i 7 i 10
Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant II	Art. XV ust. 10 pkt 1 i 6	Art. XV ust. 10 pkt 3 i 7 i 10
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek NW	Art. XV ust. 11 pkt 1 i 5	Art. XV ust. 11 pkt 2 i 7 i 8 i 9
Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu u Ubezpieczonego	Art. XV ust. 12 pkt 3 i 7	Art. XV ust. 12 pkt 2 i 4 i 5
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek NW przy pracy	Art. XV ust. 13 pkt 1 i 5	Art. XV ust. 13 pkt 2 i 7 i 8 i 9
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	Art. XV ust. 14 pkt 1 i 5	Art. XV ust. 14 pkt 2 i 7 i 8 i 9
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku komunikacyjnego	Art. XV ust. 15 pkt 1 i 5	Art. XV ust. 15 pkt 3 i 7 i 8 i 9
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego – Wariant Podstawowy	Art. XV ust. 16 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 16 pkt 1 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego – Wariant Rozszerzony	Art. XV ust. 17 pkt 2 i 3 i 4	Art. XV ust. 17 pkt 1 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8 i 9
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy	Art. XV ust. 18 pkt 2 i 5 i 7	Art. XV ust. 18 pkt 8 i 10
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego – choroby infekcyjne	Art. XV ust. 19 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 19 pkt 1 i 4 i 5

Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na zawał serca lub udar mózgu	Art. XV ust. 20 pkt 1 i 5 i 10	Art. XV ust. 20 pkt 2 i 8
Pokrycie kosztów leków przeciwwirusowych i przeciwbakteryjnych wydawanych Ubezpieczonemu na receptę	Art. XV ust. 21 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 21 pkt 4 i 5
Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	Art. XV ust. 22 pkt 1 i 2	Art. XV ust. 22 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8 i 9
Leczenie specjalistyczne onkologiczne Ubezpieczonego	Art. XV ust. 23 pkt 1 i 2	Art. XV ust. 23 pkt 3 i 4 i 5 i 7 i 8 i 9
Leczenie specjalistyczne kardiologiczne Ubezpieczonego	Art. XV ust. 24 pkt 1 i 2	Art. XV ust. 24 pkt 3 i 4 i 6 i 7 i 8
Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego	Art. XV ust. 25 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 25 pkt 1 i 2 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8
Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego wskutek NW	Art. XV ust. 26 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 26 pkt 1 i 2 i 4 i 5 i 6
Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego – otwarty katalog operacji	Art. XV ust. 27 pkt 3 i 4 i 8	Art. XV ust. 27 pkt 1 i 2 i 3 i 5 i 6 i 7 i 8 i 9 i 10
Zabiegi specjalistyczne Ubezpieczonego	Art. XV ust. 28 pkt 3 i 7	Art. XV ust. 28 pkt 1 i 2 i 3 i 4 i 5 i 6 i 8 i 9
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu	Art. XV ust. 29 pkt 2 i 3 i 4 i 5 i 6 i 7	Art. XV ust. 29 pkt 1 i 5 i 8 i 9 i 10 i 11 i 12 i 13 i 14
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW	Art. XV ust. 30 pkt 2 i 3 i 4 i 5 i 6	Art. XV ust. 30 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. 31 pkt 1 i 2 i 3	Art. XV ust. 31 pkt 4 i 5 i 6 i 7 i 8
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego	Art. XV ust. 32 pkt 1 i 2 i 3	Art. XV ust. 32 pkt 4 i 5 i 6 i 7 i 8

Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu	Art. XV ust. 33 pkt 1 i 2 i 3	Art. XV ust. 33 pkt 4 i 5 i 6 i 7 i 8
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na oddziale psychiatrycznym	Art. XV ust. 34 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 34 pkt 4 i 7
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu uzdrowiskowym	Art. XV ust. 35 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 35 pkt 4 i 7
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w zachorowaniu na nowotwór złośliwy	Art. XV ust. 36 pkt 3 i 5	Art. XV ust. 36 pkt 7 i 8
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu	Art. XV ust. 37 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 37 pkt 1 i 4 i 5
Ryczałtowe pokrycie kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	Art. XV ust. 38 pkt 2 i 3 i 4 i 7	Art. XV ust. 38 pkt 1 i 5 i 6
Rekonwalescencja Ubezpieczonego wskutek NW lub choroby	Art. XV ust. 39 pkt 3 i 4	Art. XV 39 pkt 1 i 2 i 5 i 6
Rekonwalescencja Ubezpieczonego wskutek NW	Art. XV ust. 40 pkt 3 i 4	Art. XV ust. 40 pkt 1 i 2 i 5 i 6
Refundacja kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych poniesionych przez Ubezpieczonego w następstwie NW	Art. XV ust. 41 pkt 1 i 3	Art. XV ust. 41 pkt 1 i 2 i 3
Refundacja kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie NW	Art. XV ust. 42 pkt 1 i 2 i 4	Art. XV ust. 42 pkt 3 i 4
Rehabilitacja medyczna Ubezpieczonego	Art. XV ust. 43 pkt 2 i 7 i 8	Art. XV ust. 43 pkt 1 i 3 i 4 i 5 i 6 i 10
Rehabilitacja medyczna Ubezpieczonego wskutek NW	Art. XV ust. 44 pkt 2 i 7 i 8	Art. XV ust. 44 pkt 1 i 3 i 4 i 5 i 6 i 10
Śmierć Współmałżonka albo Partnera	Art. XV ust. 45 pkt 1	Art. XV ust. 45 pkt 3
Śmierć Współmałżonka albo Partnera wskutek NW	Art. XV ust. 46 pkt 1 i 4	Art. XV ust. 46 pkt 3

Śmierć Współmałżonka albo Partnera wskutek NW komunikacyjnego	Art. XV ust. 47 pkt 1	Art. XV ust. 47 pkt 3 i 4 i 6
Trwały uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera wskutek NW	Art. XV ust. 48 pkt 1 i 6	Art. XV ust. 48 pkt 3 i 7 i 8 i 9 i 10
Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera	Art. XV ust. 49 pkt 4 i 8	Art. XV ust. 49 pkt 2 i 5 i 6
Pobyt Współmałżonka albo Partnera w szpitalu	Art. XV ust. 50 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8	Art. XV ust. 50 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 7
Pobyt Współmałżonka albo Partnera w szpitalu wskutek NW	Art. XV ust. 51 pkt 1 i 6 i 9 i 10 i 11 i 12 i 13 i 14 i 15	Art. XV ust. 51 pkt 1 i 5 i 8 i 9 i 10 i 11 i 12
Poważne zachorowanie Współmałżonka albo Partnera – Wariant Podstawowy	Art. XV ust. 52 pkt 2 i 4	Art. XV ust. 52 pkt 1 i 5 i 6 i 7 i 8 i 9
Poważne zachorowanie Współmałżonka albo Partnera – Wariant Rozszerzony	Art. XV ust. 53 pkt 2 i 4 i 5	Art. XV ust. 53 pkt 1 i 6 i 7 i 8 i 9 i 10
Leczenie specjalistyczne Współmałżonka albo Partnera	Art. XV ust. 54 pkt 1 i 2	Art. XV ust. 54 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8 i 9
Operacje chirurgiczne Współmałżonka albo Partnera	Art. XV ust. 55 pkt 1 i 3	Art. XV ust. 55 pkt 1 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8
Operacje chirurgiczne Współmałżonka albo Partnera – otwarty katalog operacji	Art. XV ust. 56 pkt 2 i 4 i 9	Art. XV ust. 56 1 i 2 i 5 i 6 i 7 i 8 i 9 i 10 i 11
Śmierć Dziecka	Art. XV ust. 57 pkt 1	Art. XV ust. 57 pkt 2
Śmierć Dziecka wskutek NW	Art. XV ust. 58 pkt 1 i 3	Art. XV ust. 58 pkt 2
Śmierć Dziecka wskutek wypadku komunikacyjnego	Art. XV ust. 59 pkt 1	Art. XV ust. 59 pkt 2 i 3 i 5
Osierocenie Dziecka	Art. XV ust. 60 pkt 1	Art. XV ust. 60 pkt 2

Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka wskutek NW	Art. XV ust. 61 pkt 1 i 5	Art. XV ust. 61 pkt 2 i 6 i 7 i 8 i 9
Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka	Art. XV ust. 62 pkt 3 i 4	Art. XV ust. 62 pkt 1 i 4 i 5 i 6
Poważne zachorowanie Dziecka	Art. XV ust. 63 pkt 1 i 2	Art. XV ust. 63 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 7
Leczenie specjalistyczne Dziecka	Art. XV ust. 64 pkt 1 i 2	Art. XV ust. 64 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8
Operacje chirurgiczne Dziecka	Art. XV ust. 65 pkt 1 i 2	Art. XV ust. 65 pkt 1 i 3 i 4 i 5 i 6 i 7
Operacje chirurgiczne Dziecka – otwarty katalog operacji	Art. XV ust. 66 pkt 2 i 3 i 6 i 8 i 9	Art. XV ust. 66 pkt 1 i 2 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8 i 10
Pobyt Dziecka w szpitalu	Art. XV ust. 67 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 67 pkt 1 i 4 i 5 i 6 i 7 i 8
Pobyt Dziecka w szpitalu wskutek NW	Art. XV ust. 68 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 68 pkt 1 i 4 i 5 i 6 i 8
Pobyt Dziecka w szpitalu – świadczenie dzienne	Art. XV ust. 69 pkt 2 i 3 i 4 i 5 i 6 i 7	Art. XV ust. 69 pkt 1 i 5 i 8 i 9 i 10 i 11 i 12 i 13 i 14
Ryczałtowe pokrycie kosztów leków zaleconych po pobycie Dziecka w szpitalu	Art. XV ust. 70 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 70 pkt 1 i 4 i 5 i 6
Sprawowanie przez Ubezpieczonego opieki nad Dzieckiem po pobycie w szpitalu	Art. XV ust. 71 pkt 4 i 6	Art. XV ust. 71 pkt 2 i 3 i 5 i 7 i 8
Sprawowanie przez Ubezpieczonego opieki nad Dzieckiem po pobycie w szpitalu wskutek NW	Art. XV ust. 72 pkt 4 i 6	Art. XV ust. 72 pkt 2 i 3 i 5 i 7 i 8
Refundacja kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie NW Dziecka	Art. XV ust. 73 pkt 1 i 3	Art. XV ust. 73 pkt 1 i 2 i 3

Refundacja kosztów leczenia Dziecka w następstwie NW	Art. XV ust. 74 pkt 1 i 2 i 4	Art. XV ust. 74 pkt 3 i 4
Urodzenie Dziecka	Art. XV ust. 75 pkt 2 i 3	Art. XV ust. 75 pkt 1
Urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną	Art. XV ust. 76 pkt 2 i 3 i 4 i 5	Art. XV ust. 76 pkt 1 i 4 i 6
Urodzenie Dziecka martwego	Art. XV ust. 77 pkt 2	Art. XV ust. 77 pkt 1
Urodzenie Dziecka martwego lub poronienia	Art. XV ust. 78 pkt 2	Art. XV ust. 78 pkt 1 i 2 i 3
Śmierć Rodziców	Art. XV ust. 79 pkt 1 i 2	Art. XV ust. 79 pkt 2 i 3
Śmierć Teściów albo rodziców Partnera	Art. XV ust. 80 pkt 1 i 3	Art. XV ust. 80 pkt 3 i 4
Śmierć Rodziców wskutek NW	Art. XV ust. 81 pkt 1 i 3 i 4	Art. XV ust. 81 pkt 2 i 5
Śmierć Teściów albo rodziców Partnera wskutek NW	Art. XV ust. 82 pkt 1 i 5 i 6	Art. XV ust. 82 pkt 3 i 4 i 5
Pomoc medyczna	Art. XV ust. 83 pkt 3 i 6 i 8 i 11	Art. XV ust. 83 pkt 5 i 9 i 11
Assistance fitness	Art. XV ust. 84 pkt 3 i 6	Art. XV ust. 84 pkt 5 i 7 i 8 i 9 i 11
Assistance – wsparcie po urodzeniu dziecka	Art. XV ust. 85 pkt 4 i 5	Art. XV ust. 85 pkt 6 i 8 i 9 i 10
Druga opinia medyczna	Art. XV ust. 86 pkt 2 i 5 i 6	Art. XV ust. 86 pkt 5 i 7 i 8
Assistance onkologiczny	Art. XV ust. 87 pkt 3 i 4 i 5	Art. XV ust. 87 pkt 7 i 8 i 9 i 10 i 14
Niezdolność do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej	Art. XV ust. 88 pkt 1 i 2 i 3	Art. XV ust. 88 pkt 3 i 4 i 5
Urlop dla poratowania zdrowia nauczyciela	Art. XV ust. 89 pkt 1 i 2	Art. XV ust. 89 pkt 3

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE CERTUM 11/2026

Artykuł I

Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM 11/2026, zwane dalej „OWU”, stosuje się do Umów Grupowego Ubezpieczenia na Życie zawieranych na rachunek Ubezpieczonych pomiędzy Ubezpieczającym a Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Senatorska 18, zwaną dalej „Towarzystwem”.

Artykuł II

Definicje

Wymienione poniżej terminy użyte w OWU, we wniosku o zawarcie Umowy, w polisie oraz w innych pismach i dokumentach związanych z Umową 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. **cięża 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 zaterem 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. **certifikat** – dokument potwierdzający przystąpienie Ubezpieczonego do Umowy;
7. **chemioterapia** – metoda leczenia choroby nowotworowej Ubezpieczonego za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego
8. 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.
9. **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
10. **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;
11. **data początku ochrony ubezpieczeniowej** – data przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy;
12. **data zatrudnienia** – pierwsza data nawiązania pomiędzy Pracownikiem a Ubezpieczającym stosunku pracy, członkostwa bądź innego stosunku prawnego zaakceptowanego przez Towarzystwo, jeżeli nie nastąpiła żadna przerwa w czasie trwania tego stosunku, jeżeli nastąpiła przerwa – data nawiązania po przerwie pomiędzy Pracownikiem a Ubezpieczającym stosunku pracy, członkostwa bądź innego stosunku prawnego zaakceptowanego przez Towarzystwo;
13. **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;
14. **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.)
15. **domowe leczenie tlenem (tlenoterapia)** – leczenie przewlekłych schorzeń układu oddechowego przy pomocy koncentratora tlenu, używanego w warunkach domowych. Warunkiem wypłaty świadczenia jest posiadanie kwalifikacji Poradni Domowego Leczenia Tlenem do tej formy terapii;
16. **Dziecko** – o ile Umowa Dodatkowa nie stanowi inaczej, dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego przysposobione, które urodziło się po 22 tygodniu trwania ciąży i które nie ukończyło 26 lat lub bez względu na wiek, pod warunkiem że jest niezdolne do samodzielnej egzystencji powstałe przed ukończeniem 26 roku życia;
17. **gamma knife lub cyber knife** – leczenie radiochirurgiczne łagodnych lub złośliwych nowotworów za pomocą systemu CyberKnife i GammaKnife;

18. **huragan** – działanie wiatru o prędkości nie mniejszej niż 24,5 m/sek według danych podanych przez Instytut Meteorologii i Gospodarki Wodnej;
19. **karencja** – okres, w którym odpowiedzialność Towarzystwa zostaje ograniczona do następstw nieszczęśliwych wypadków;
20. **kardiowerter/defibrylator** – urządzenie elektroniczne z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną wszczepiane Ubezpieczonemu, który ma poważne zaburzenia rytmu pochodzenia komorowego lub epizody nagłego zatrzymania krążenia;
21. **leczenie specjalistyczne** – proces związany z przeprowadzeniem leczenia niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego układu lub narządu Ubezpieczonego, wykonany w trakcie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu;
22. **lekarz specjalista** – osoba wykonująca zawód lekarza, posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, w jednej z następujących specjalizacji: chirurg ogólny, kardiolog, laryngolog, okulista;
23. **limit automatycznej akceptacji** – ustalana przez Towarzystwo i wskazana w Umowie 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), 14), 16) - 25), 27) - 29), 33) - 38), 43 oraz 60) z jaką Towarzystwo może udzielić ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu bez dokonywania oceny ryzyka medycznego;
24. **Macocha** – żona ojca Ubezpieczonego lub żona ojca Współmałżonka, niebędąca biologiczną matką odpowiednio Ubezpieczonego lub Współmałżonka, jak również wdowa po ojcu Ubezpieczonego lub wdowa po ojcu Współmałżonka, niebędąca biologiczną matką odpowiednio Ubezpieczonego lub Współmałżonka, jeżeli nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
25. **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;
26. **nauczyciel** – nauczyciel, wychowawca lub inny pracownik pedagogiczny zatrudniony w placówce oświatowej;
27. **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe zdarzenie, wywołane gwałtownie i nagle działającą przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli oraz stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca lub udaru mózgu, przecięcia oraz innych chorób, nawet występujących nagle;
28. **niezdolność do pracy zarobkowej** – całkowita i zgodna z aktualną wiedzą medyczną trwała, to jest nierokująca poprawy niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania działalności gospodarczej i wykonywania pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, zgodnej z jego wykształceniem lub przyuczeniem lub doświadczeniem;
29. **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;
30. **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) będący wydzielonym oddziałem szpitalnym, prowadzony przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii - anestezjologii, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzonego w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia. Pojęcie „OIOM” nie obejmuje wydzielonych sal intensywnego nadzoru istniejących w ramach innych oddziałów specjalistycznych;
31. **Ojczym** – mąż matki Ubezpieczonego lub mąż matki 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;
32. **okres rozliczeniowy** – okres pomiędzy kolejnymi terminami należności składki, określonymi w polisie;
33. **okres ubezpieczenia** – okres wyznaczony poprzez określone w polisie daty początku i końca odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy;
34. **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 i opisane 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;
35. **pakiet** – utworzony w ramach podgrupy, określony przez Towarzystwo oraz możliwy do wyboru przez Ubezpieczonego zakres ubezpieczenia wraz z sumami ubezpieczenia oraz należnymi składkami wynikającymi z Umowy Podstawowej oraz poszczególnych Umów Dodatkowych;
36. **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, przy czym zmiany oświadczenia można dokonać raz na 12 miesięcy. Wskazanie Partnera możliwe jest w momencie przystąpienia do ubezpieczenia ze skutkiem od dnia przystąpienia lub w trakcie roku polisowego ze skutkiem od dnia następnego po otrzymaniu zgłoszenia przez Towarzystwo. 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;
37. **Pełnoletnie dziecko** – dziecko własne lub dziecko przysposobione Pracownika, które ukończyło 18 rok życia;
38. **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;
39. **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 i przynajmniej jednego lekarza, przy czym definicja „placówki rehabilitacyjnej” nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka wypoczynkowego ani jakiegokolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
40. **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;
41. **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;
42. **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 pielęgniarską 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 pielęgnacyjno – opiekuńczy, zakład opiekuńczo – leczniczy;
43. **pobyt w szpitalu uzdrowskowym (zakładzie lecznictwa uzdrowskowego)** – 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 uzdrowskowego albo rehabilitacji uzdrowskowej, w ramach kierunków leczniczych i przeciwwskazań ustalonych dla danego uzdrowiska, w szczególności wykorzystujących warunki naturalne uzdrowiska przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
44. **podgrupa** – wyodrębniona w ramach Umowy część Ubezpieczonych z jednolitym zakresem warunków ubezpieczenia, przy zaakceptowanych przez strony kryteriach wyodrębnienia podgrupy;
45. **polis** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy;
46. **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;
47. **poważne zachorowanie** – choroba, zabieg lub operacja zgodne z zakresem określonym w warunkach odpowiednich Umów Dodatkowych dotyczących poważnych zachorowań i zdefiniowanych w Załączniku nr 2 lub Załączniku nr 6 do OWU;
48. **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;
49. **pożar** – ogień, który przedostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i rozprzestrzenił się o własnej sile;
50. **Pracownik** – osoba fizyczna pozostająca z Ubezpieczającym w stosunku pracy, członkostwa, bądź w innym stosunku prawnym zaakceptowanym przez Towarzystwo przed zawarciem Umowy;
51. **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;
52. **przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
53. **przysposobienie** – powstanie takiego stosunku pomiędzy przysposabiającym a przysposobionym, jak między rodzicami a dziećmi (tj. przysposobienie pełne nierozwiązywalne/całkowite potwierdzone aktem urodzenia dziecka, w którym przysposabiający wymieniony jest jako rodzic dziecka);
54. **radioterapia** – leczenie choroby nowotworowej Ubezpieczonego za pomocą promieniowania jonizującego;
55. **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;
56. **rekonwalescencja** – o ile Umowa Dodatkowa nie stanowi inaczej, okres powrotu Ubezpieczonego do zdrowia, następujący bezpośrednio po pobycie w szpitalu, potwierdzony zwolnieniem lekarskim wydanym przez ten szpital. Do okresu rekonwalescencji nie wlicza się okresu zwolnienia lekarskiego obejmującego pobyt w szpitalu;
57. **rocznica polisy** – każda kolejna rocznica określonej w polisie daty początku okresu ubezpieczenia;
58. **Rodzic** – ojciec albo matka Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także odpowiednią Macocha albo Ojczym Ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec albo matka Ubezpieczonego;
59. **rok polisowy** – każdy rok trwania Umowy ubezpieczenia, liczony od dnia zawarcia umowy do dnia poprzedzającego rocznicę polisy;
60. **rozsusznik serca (stymulator serca, kardiostymulator)** – urządzenie elektroniczne służące do pobudzania rytmu serca, wszczepiane do ciała Ubezpieczonego;
61. **składka całkowita** – suma składek ochronnych należnych w danym okresie rozliczeniowym za wszystkich Ubezpieczonych;
62. **składka ochronna** – kwota lub procent wynagrodzenia określone w polisie i certyfikacie, przeznaczone na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego, należne w danym okresie rozliczeniowym;
63. **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;
64. **suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Towarzystwa wyrażona określoną w polisie kwotą lub krotnością wynagrodzenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości zobowiązania Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową;
65. **szpital** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub krajów Unii europejskiej lub – pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski – 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 uzdrowskowego, ośrodka sanatoryjnego, rehabilitacyjnego lub wypoczynkowego ani jakiegokolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
66. **szpital rehabilitacyjny** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest prowadzenie zabiegów rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych, w szczególności do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający wykwalifikowanych rehabilitantów i przynajmniej jednego lekarza, przy czym pojęcie „szpital rehabilitacyjny” obejmuje oddziały rehabilitacyjne, natomiast nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka sanatoryjnego lub wypoczynkowego ani jakiegokolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
67. **środek lokomocji** – pojazd silnikowy, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h z wyłączeniem hulajnogi elektrycznej oraz urządzeń transportu osobistego, a także rower, pojazd szynowy, statek wodny rozumiany jako urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, w tym również prom, wodolot i poduszkowiec oraz 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. Pojęcia „pojazd”, „rower”, „hulajnoga elektryczna”, „urządzenie transportu osobistego” „droga” oraz „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym;
68. **terapia interferonowa** – podawanie Ubezpieczonemu drogą pozajelitową interferonu, jako metoda leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C;

69. **termin należności składki całkowitej** – data początku okresu ubezpieczenia i kolejna miesięcznica polisy wynikająca wprost ze wskazanej w polisie częstotliwości opłacania składki;
70. **Teść** – ojciec albo matka Współmałżonka w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także odpowiednio Macocha albo Ojczym Współmałżonka, jeżeli nie żyje ojciec albo matka Współmałżonka;
71. **trwałe inwalidztwo** – naruszenie sprawności organizmu, polegające na trwałym uszkodzeniu ciała (utracie organu) lub na rozstroju zdrowia, które powoduje upośledzenie jego funkcji nie rokujące poprawy. Obejmuje wyłącznie przypadki wymienione w warunkach odpowiednich Umów Dodatkowych. Sformułowania „utrata”, „porażenie” i „uszczywnienie” rozumiane są jako:
 - 1) utrata – całkowita anatomiczna strata narządu lub części ciała;
 - 2) porażenie – całkowite i trwałe pozbawienie funkcji;
 - 3) uszczywnienie – całkowite zniesienie ruchomości w stawie;
72. **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;
73. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zawierająca Umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacania składek;
74. **Ubezpieczony** – osoba, która przystąpiła do Umowy. Ubezpieczonym może być Pracownik a także Współmałżonek/Partner, Pełnoletnie dziecko o ile do Umowy przystąpił Pracownik;
75. **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;
76. **Umowa** – 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;
77. **Umowa Dodatkowa** – umowa rozszerzająca zakres Umowy Podstawowej o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe;
78. **Umowa Podstawowa** – umowa obejmująca zakresem odpowiedzialności śmierć Ubezpieczonego;
79. **Uposażony** – osoba lub inny podmiot wskazany przez Ubezpieczonego, jako uprawniony do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci;
80. **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;
81. **urlop dla poratowania zdrowia nauczyciela** – co najmniej 180-dniowy, płatny urlop udzielony Ubezpieczonemu i spełniający łącznie następujące warunki:
 - a) 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;
 - b) o potrzebie udzielenia urlopu orzekł lekarz;
 - c) urlop został udzielony w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego;
82. **utonięcie** – zatkanie dróg oddechowych płynem;
83. **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;
84. **wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
 - a) umowa grupowego ubezpieczenia na życie;
 - b) umowa Indywidualnej Kontynuacji zawarta przez Ubezpieczonego z innym ubezpieczycielem;
 - c) 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 a 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;
85. **wertebroplastyka** – zabieg stosowany w leczeniu zmian chorobowych lub pourazowych w obrębie kręgosłupa, polegający na wprowadzeniu do kręgu substancji cementującej;
86. **Współmałżonek** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego oraz w stosunku do której nie została orzeczona separacja;
87. **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;
88. **wszczepienie pompy baclofenowej** – zastosowanie w leczeniu spastyczności mięśni wszczepialnego urządzenia umożliwiającego podawanie leku (baklofenu) bezpośrednio do płynu mózgowo – rdzeniowego;
89. **wszczepienie implantu ślimakowego** – operacja związana z umieszczeniem w ślimaku elektrody stymulacyjnej implantu oraz umocowanie procesora wewnętrznego w łóżko kostnej na powierzchni czaszki, w następstwie idiopatycznego pogorszenia słuchu;
90. **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, w którym uczestniczył Ubezpieczony oraz który nastąpił:
 - 1) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego na rzecz Pracodawcy zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych i charakteru wykonywanej pracy lub poleceń przełożonych;
 - 2) w czasie pozostawiania Ubezpieczonego w dyspozycji Pracodawcy w drodze między siedzibą Ubezpieczającego a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy;
 - 3) 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 przedstawionej Towarzystwu karcie wypadku sporządzonej zgodnie z 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;
91. **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako pieszy lub kierowca, lub pasażer środka lokomocji i w którym uległ wypadkowi w związku z ruchem drogowym, wodnym lub powietrznym, a także w związku z ruchem pojazdu szynowego;
92. **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;

93. **zadławienie** – zatkanie dróg oddechowych ciałem obcym;

94. **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 żywnotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
- obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionego 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.
- 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:
 - śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy;
 - śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego;
 - śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub katastrofy naturalnej;
 - śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu;
 - niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej;
 - niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy oraz samodzielnej egzystencji;
 - trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant I;
 - trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant II;
 - trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu u Ubezpieczonego;
 - trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy;
 - trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu;
 - trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego;
 - poważne zachorowanie Ubezpieczonego – Wariant Podstawowy;
 - poważne zachorowanie Ubezpieczonego – Wariant Rozszerzony;
 - poważne zachorowanie Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy;
 - poważne zachorowanie Ubezpieczonego – choroby infekcyjne;
 - poważne zachorowanie Ubezpieczonego na zawał serca lub udaru mózgu;
 - pokrycie kosztów leków przeciwwirusowych i przeciwbakteryjnych wydawanych Ubezpieczonemu na receptę;
 - leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego;
 - leczenie specjalistyczne kardiologiczne Ubezpieczonego;
 - leczenie specjalistyczne onkologiczne Ubezpieczonego;
 - operacje chirurgiczne Ubezpieczonego;
 - operacje chirurgiczne Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - operacje chirurgiczne Ubezpieczonego – otwarty katalog operacji;
 - zabiegi specjalistyczne Ubezpieczonego;
 - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu;
 - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy;
 - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego;
 - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu;
 - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na oddziale psychiatrycznym;
 - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu uzdrowiskowym;
 - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zachorowaniem na nowotwór złośliwy;
 - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym;
 - ryczałtowe pokrycie kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu;
 - rekonwalescencja Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby;
 - rekonwalescencja Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - refundacja kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych poniesionych przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - refundacja kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - rehabilitacja medyczna Ubezpieczonego;
 - rehabilitacja medyczna Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - śmierć Współmałżonka albo Partnera;
 - śmierć Współmałżonka albo Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - śmierć Współmałżonka albo Partnera wskutek wypadku komunikacyjnego;
 - trwały uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku;

- 49) uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera;
- 50) pobyt Współmałżonka albo Partnera w szpitalu;
- 51) pobyt Współmałżonka albo Partnera w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
- 52) poważne zachorowanie Współmałżonka albo Partnera – Wariant Podstawowy;
- 53) poważne zachorowanie Współmałżonka albo Partnera – Wariant Rozszerzony;
- 54) leczenie specjalistyczne Współmałżonka albo Partnera;
- 55) operacje chirurgiczne Współmałżonka albo Partnera;
- 56) operacje chirurgiczne Współmałżonka albo Partnera – otwarty katalog operacji;
- 57) śmierć Dziecka;
- 58) śmierć Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku;
- 59) śmierć Dziecka wskutek wypadku komunikacyjnego;
- 60) osierocenie Dziecka;
- 61) trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku;
- 62) uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka;
- 63) poważne zachorowanie Dziecka;
- 64) leczenie specjalistyczne Dziecka;
- 65) operacje chirurgiczne Dziecka;
- 66) operacje chirurgiczne Dziecka – otwarty katalog operacji;
- 67) pobyt Dziecka w szpitalu;
- 68) pobyt Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
- 69) pobyt Dziecka w szpitalu – świadczenie dzienne;
- 70) ryczałtowe pokrycie kosztów leków zaleconych po pobycie Dziecka w szpitalu;
- 71) sprawowanie przez Ubezpieczonego opieki nad Dzieckiem po pobycie w szpitalu;
- 72) sprawowanie przez Ubezpieczonego opieki nad Dzieckiem po pobycie w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
- 73) refundacja kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych poniesionych przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku Dziecka;
- 74) refundacja kosztów leczenia Dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 75) urodzenie Dziecka;
- 76) urodzenie Dziecka rozszerzone o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną;
- 77) urodzenie Dziecka martwego;
- 78) urodzenie Dziecka martwego lub poronienie;
- 79) śmierć Rodziców;
- 80) śmierć Teściów albo rodziców Partnera;
- 81) śmierć Rodziców wskutek nieszczęśliwego wypadku;
- 82) śmierć Teściów albo rodziców Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku;
- 83) pomoc medyczna;
- 84) assistance fitness;
- 85) assistance – wsparcie po urodzeniu dziecka;
- 86) druga opinia medyczna;
- 87) assistance onkologiczny;
- 88) niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej;
- 89) urlop dla poratowania zdrowia nauczyciela.
4. Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności potwierdza polisa lub certyfikat.
5. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu śmierci Ubezpieczonego z tytułu Umowy Podstawowej.
6. W przypadku zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w ust. 3, Towarzystwo spełni świadczenia zgodnie z warunkami odpowiednich Umów Dodatkowych.

Artykuł IV

Zawarcie Umowy

1. Z zastrzeżeniem ust. 4 warunkiem niezbędnym do zawarcia Umowy jest złożenie kompletnie i poprawnie wypełnionych dokumentów:
 - 1) wniosku o zawarcie Umowy;
 - 2) kompletu deklaracji;
 - 3) wykazu osób deklarujących wolę przystąpienia do Umowy, za które, po zawarciu Umowy, zostanie opłacona pierwsza składka całkowita;
 - 4) innych dokumentów wskazanych przez Towarzystwo.
2. Umowa może zostać zawarta w trybie ofertowym na podstawie wniosku o zawarcie Umowy, 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 bez podania przyczyny.
3. Za zgodą Towarzystwa Ubezpieczający ma prawo ustalenia dodatkowych kryteriów uprawniających Pracowników do przystąpienia do Umowy.
4. Jeżeli informacje zawarte w dokumentach, o których mowa w ust. 1, w znaczący sposób różnią się od informacji, na podstawie których Towarzystwo przygotowało propozycję grupowego ubezpieczenia na życie, Towarzystwo ma prawo najpóźniej w terminie 20 dni od dostarczenia wyżej wymienionych dokumentów, przedstawić nową propozycję grupowego ubezpieczenia na życie, adekwatną do przedstawionych informacji, bądź odmówić zawarcia Umowy, o czym poinformuje Ubezpieczającego na piśmie. W przypadku przedstawienia przez Towarzystwo nowej propozycji grupowego ubezpieczenia na życie ust. 1 stosuje się odpowiednio.
5. 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.
6. Umowa zawierana jest na okres jednego roku.
7. Zawarcie Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez zawarcia Umowy Podstawowej.

8. Umowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, jeżeli żadna ze stron nie postanowi inaczej, z tym że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy na kolejny okres powinno być złożone drugiej stronie na piśmie lub postaci elektronicznej (forma dokumentowa) nie później niż na 31 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa została zawarta, z zastrzeżeniem Art. VI ust. 4. Wypowiedzenie Umowy przez Ubezpieczającego jest równoznaczne z wyrażeniem woli nieprzedłużania Umowy na kolejny okres roczny.
9. Umowy Dodatkowe mogą być zawierane w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w rocznicę polisy lub za zgodą Towarzystwa w wybraną miesięcznicę polisy.
10. Na wniosek Ubezpieczającego, za zgodą Towarzystwa, dopuszcza się utworzenie podgrupy.
11. Ubezpieczony w danym czasie może być objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej podgrupy, z zastrzeżeniem, że dokonanie zmiany przynależności Ubezpieczonego do podgrupy lub zmiana pakietu w ramach podgrupy są możliwe tylko w rocznicę polisy bądź za zgodą Towarzystwa poza rocznicą, pod warunkiem, że kryterium przynależności do podgrupy jest zajmowane stanowisko, na podstawie wniosku złożonego przez Ubezpieczonego przed tym dniem.

Artykuł V

Przystępowanie do Umowy

1. Do Umowy może przystąpić pozostający w dobrym zdrowiu (bez chorób terminalnych) Pracownik oraz Współmałżonek/Partner/Pełnoletnie dziecko Pracownika (każde z nich – prócz samego Pracownika - z pozytywną oceną ryzyka ubezpieczeniowego z zastrzeżeniem ust. 5), które łącznie spełnia następujące warunki:
 - 1) ma co najmniej 15 lat i nie więcej niż 70 lat, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3;
 - 2) jest Pracownikiem Ubezpieczającego lub jest Współmałżonkiem albo Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem Pracownika;
 - 3) nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, z zastrzeżeniem ust. 4;
 - 4) spełnia dodatkowe warunki określone przez Ubezpieczającego, zaakceptowane przez Towarzystwo oraz potwierdzone w polisie;
 - 5) Współmałżonek/Partner/Pełnoletnie dziecko pozytywnie przeszedł ocenę ryzyka ubezpieczeniowego z zastrzeżeniem ust. 5.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo proponowania innych warunków ubezpieczenia osobom, które w dniu przystąpienia do Umowy lub zmiany Umowy w trybie Art. VI ust. 6 miały ukończony 70 rok życia.
3. Do Umów Dodatkowych, w ramach których odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są zdarzenia wymienione w Art. III ust. 3 pkt 5) - 8), 14), 16) - 20), 22) - 25), 27) - 29), 33) - 39), 43), 50), 52) - 56), 83), 86 - 89) może przystąpić osoba, która ma nie więcej niż 70 lat.
4. Do Umowy 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 był nie dłuższy niż 31 dni.
5. W odniesieniu do osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia będących Współmałżonkiem/Partnerem/Pełnoletnim dzieckiem, Towarzystwo odstępuje od oceny ryzyka ubezpieczeniowego, o ile osoba przystępująca była ubezpieczona w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia co najmniej 6 miesięcy a okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia a przystąpieniem do Umowy był nie dłuższy niż 31 dni.
6. Za datę nabycia przez Pracownika prawa do przystąpienia do Umowy uważa się późniejszą z dat: datę początku okresu ubezpieczenia lub datę zatrudnienia Pracownika, z zastrzeżeniem ust. 9.
7. Za datę nabycia prawa do przystąpienia przez Współmałżonka lub Partnera lub Pełnoletnie dziecko Pracownika uważa się późniejszą z dat:
 - 1) datę nabycia prawa do przystąpienia do Umowy przez Pracownika lub
 - 2) datę utworzenia podgrupy dla Współmałżonków lub Partnerów lub Pełnoletnich dzieci lub
 - 3) datę:
 - a) zawarcia związku małżeńskiego – w przypadku przystępowania Współmałżonka;
 - b) złożenia odpowiedniego oświadczenia – w przypadku przystępowania Partnera;
 - c) ukończenia 18. roku życia – w przypadku przystępowania Pełnoletniego dziecka.
8. Za datę przystąpienia do Umowy przyjmuje się najbliższy termin należności składki przypadający po dniu złożenia deklaracji, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. 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.
10. Jeżeli Pracownik w krótszym z okresów: dwunastu miesięcy poprzedzających przystąpienie do Umowy lub w okresie pomiędzy datą nabycia prawa do przystąpienia do Umowy a datą przystąpienia do Umowy, był nieobecny w pracy z powodu przebywania w szpitalu lub przebywania na ponad 14-dniowym zwolnieniu lekarskim, Towarzystwo uzależnia objęcie tego Pracownika ochroną ubezpieczeniową oraz warunki ubezpieczenia od informacji o jego stanie zdrowia zawartych w kwestionariuszu medycznym oraz w innych dokumentach wymaganych przez Towarzystwo.
11. Pracownikowi, który zawarł z Towarzystwem umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w związku z rozpoczęciem urlopu wychowawczego lub macierzyńskiego lub bezpłatnego lub został oddelegowany do pracy za granicą, przysługuje prawo ponownego przystąpienia do Umowy 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 był nie dłuższy niż 31 dni. Za datę nabycia prawa ponownego przystąpienia do Umowy przez Pracownika, o którym mowa powyżej – uważa się najbliższy termin należności składki następujący po powrocie Pracownika z urlopu wychowawczego, macierzyńskiego, bezpłatnego lub oddelegowania do pracy za granicą, jeżeli zostały spełnione warunki wymienione w ust. 1.
12. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która złożyła deklarację oraz inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo. Towarzystwo przyjmuje oświadczenia woli oraz inne 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.
13. Jeżeli w ramach wybranej podgrupy, 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.

14. W stosunku do Ubezpieczonych, u których suma ubezpieczenia przekracza limit automatycznej akceptacji na dzień przystąpienia do Umowy, Towarzystwo świadczy ochronę tymczasową (tj. ochronę na warunkach określonych w Umowie, z sumą ubezpieczenia równą wysokości limitu automatycznej akceptacji), przez okres nie dłuższy niż 90 dni od daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy.
15. W trakcie trwania ochrony tymczasowej Towarzystwo, na podstawie uzyskanych dokumentów, o których mowa w ust. 13, może:
 - 1) objąć Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w deklaracji lub
 - 2) odmówić objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową lub
 - 3) zaproponować Ubezpieczonemu objęcie go ochroną ubezpieczeniową na warunkach innych niż określone w deklaracji.
16. W przypadku podjęcia przez Towarzystwo decyzji, o której mowa w ust. 15 pkt 2) - 3) Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczonego na piśmie lub postaci elektronicznej (forma dokumentowa), z tym że w przypadku zaproponowania Ubezpieczonemu objęcia go ochroną ubezpieczeniową na warunkach innych niż określone w deklaracji, Towarzystwo wskaże proponowaną sumę ubezpieczenia. W razie braku sprzeciwu ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego, z sumą ubezpieczenia zaproponowaną przez Towarzystwo, rozpoczyna się w najbliższą miesięcznicę polisy następującą po zakończeniu procesu oceny medycznej.
17. Ochrona tymczasowa wygasa:
 - 1) w przypadku objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową – w dniu poprzedzającym najbliższą miesięcznicę polisy następującą 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 najbliższą miesięcznicę polisy następującą po zakończeniu procesu oceny medycznej;
 - 3) w przypadku skutecznego złożenia przez Ubezpieczonego sprzeciwu, o którym mowa w ust. 16 – w dniu poprzedzającym najbliższą miesięcznicę polisy następującą po dniu otrzymania przez Towarzystwo sprzeciwu;
 - 4) w każdym przypadku z upływem 90 dnia licząc od początku ochrony tymczasowej;
 - 5) w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ochrony tymczasowej – w dniu poprzedzającym najbliższą miesięcznicę polisy następującą po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia o rezygnacji.
18. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.
19. Ubezpieczony ma prawo w każdej chwili zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej, składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji, ze skutkiem na dzień poprzedzający najbliższą miesięcznicę polisy przypadającej po dniu złożenia oświadczenia.
20. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym żądania dokumentów dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczającego i kierowania go na badania medyczne. Koszt badań ponosi Towarzystwo.
21. Na podstawie zebranych dokumentów o których mowa w ust. 20 Towarzystwo podejmuje decyzję o przyjęciu lub odmowie przyjęcia osoby zgłoszonej do Umowy.
22. 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.
23. W przypadku nie wyrażenia zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby zgłoszonej do Umowy, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu przekazaną za daną osobę składkę całkowitą.

Artykuł VI

Zmiany w Umowie

1. W porozumieniu z Ubezpieczającym do Umowy mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU.
2. Wszelkie zmiany w Umowie są dokonywane w drodze negocjacji pomiędzy stronami i 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, wysokość wynagrodzenia, rodzaj wykonywanego zawodu oraz stosowane karencje) oraz wypłaconych świadczeniach w ramach Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo ustala zakres odpowiedzialności, wysokości sum ubezpieczenia, składek ochronnych, kryterium podziału na podgrupy, obowiązujące 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 w postaci papierowej (forma pisemna) lub postaci elektronicznej (forma dokumentowa) do dnia rocznicy polisy, jest równoznaczna ze złożeniem przez Ubezpieczającego oświadczenia o nieprzedłużaniu Umowy 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 i składek ochronnych, częstotliwość opłacania składek, kryterium podziału na podgrupy lub zakres pakietu w podgrupie 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 lub
 - 3) zaproponować Ubezpieczonemu objęcie go ochroną ubezpieczeniową z inną sumą ubezpieczenia lub składką.
8. W przypadku podjęcia przez Towarzystwo decyzji, o której mowa w ust. 7 pkt 2) - 3) Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczonego na piśmie, z tym że w przypadku zaproponowania Ubezpieczonemu objęcia go ochroną ubezpieczeniową z inną sumą ubezpieczenia Towarzystwo wskaże w piśmie proponowaną sumę ubezpieczenia oraz wyznaczy Ubezpieczonemu 7-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego, z sumą ubezpieczenia zaproponowaną przez Towarzystwo rozpoczyna się w najbliższą miesięcznicę polisy następującą po bezskutecznym upływie terminu do zgłoszenia sprzeciwu.
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);
 - 3) w przypadku skutecznego złożenia przez Ubezpieczonego sprzeciwu, o którym mowa w ust. 8.
10. Dokonanie zmian warunków w Umowie Ubezpieczenia na wniosek którejkolwiek ze stron i ich zaakceptowanie spowoduje wystawienie przez Towarzystwo stosownego aneksu potwierdzającego zakres dokonanych zmian. W przypadku niedokonywania przez strony żadnych zmian

w Umowie Ubezpieczenia, Towarzystwo nie jest zobowiązane do wystawiania aneksu, zaś Umowa Ubezpieczenia ulega przedłużeniu na kolejny roczny okres z zastosowaniem warunków ubezpieczenia obowiązujących w Umowie w danym mijającym okresie ubezpieczenia.

11. Za zgodą Towarzystwa zmiana, o której mowa w ust. 5 może być wprowadzona również poza rocznicą zawarcia Umowy ubezpieczenia.

Artykuł VII

Rozwiązanie Umowy

1. Umowa może być w każdym czasie rozwiązana za wypowiedzeniem złożonym przez Ubezpieczającego w formie pisemnej, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, z zastrzeżeniem Art. IV ust. 8.
2. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej lub w rocznicę polisy, o ile tak zdecydowano zgodnie z Art. VI ust. 5.
3. Bieg okresu wypowiedzenia Umowy rozpoczyna się w miesięcznicę polisy następującą bezpośrednio po dniu, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu.
4. W przypadku nieopłacenia pierwszej składki całkowitej w terminie prolongaty, Towarzystwo może wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, w którym ponosiło odpowiedzialność.
5. W przypadku nieopłacenia w terminie kolejnej 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 w najbliższą miesięcznicę polisy po upływie tego dodatkowego terminu.
6. Wypowiedzenie Umowy Podstawowej jest równoznaczne z wypowiedzeniem Umów Dodatkowych.
7. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.
8. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia, składając oświadczenie na piśmie. 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.
9. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia i jej rozwiązanie nie zwalniają Ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za okres udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł VIII

Prawa i obowiązki stron Umowy

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;
 - 3) udostępniania Ubezpieczonym polisy;
 - 4) informowania Ubezpieczonych o zakresie odpowiedzialności i warunkach świadczenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ze szczególnym uwzględnieniem zmian warunków Umowy, zmian wartości świadczeń lub zmian prawa właściwego dla Umowy;
 - 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 Ubezpieczonych, Uposażonych/Uposażonych Zastępczych oraz danych Ubezpieczającego;
 - 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 oraz ze wskazaniem przyczyny wystąpienia, 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;
 - 11) wyznaczenia osoby odpowiedzialnej za wykonywanie przez Ubezpieczającego zobowiązań wynikających z Umowy oraz poinformowania Ubezpieczonych i Towarzystwa o wyznaczeniu oraz każdej zmianie takiej osoby.
2. Towarzystwo jest zobowiązane do:
 - 1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań wynikających z Umowy;
 - 2) przekazywania Ubezpieczającemu w postaci papierowej (forma pisemna) lub w postaci elektronicznej (forma dokumentowa) informacji dotyczącej warunków Umowy oraz zmiany warunków Umowy, ze szczególnym uwzględnieniem zmian wartości świadczeń lub zmiany prawa właściwego dla Umowy;
 - 3) informowania Ubezpieczonego, 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 Ubezpieczonego 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 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 IX

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 grupy, struktury wiekowej, płciowej, rodzaju wykonywanego zawodu osób przystępujących do Umowy.
4. Składki mogą być płatne z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną, zgodnie z wyborem Ubezpieczającego. Termin należności składki, prolongata, wysokości składek oraz częstotliwość ich opłacania określone są w polisie.
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 z tytułu Umów Dodatkowych opłacane są wraz ze składką ochronną z tytułu Umowy Podstawowej.
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 nieopłacenia 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 składek wpłacane kwoty przeznaczone są na pokrycie pierwszej zaległej składki całkowitej.

Artykuł X

Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się od daty początku ochrony ubezpieczeniowej.
2. Z zastrzeżeniem Art. V ust. 15–17, odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
 - 1) otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu przez Ubezpieczającego od Umowy;
 - 2) śmierci Ubezpieczonego;
 - 3) otrzymania przez Towarzystwo dokumentów potwierdzających likwidację Ubezpieczającego;
 - 4) w dniu najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 70 lat, z zastrzeżeniem ust. 4;
 - 5) w miesięcznicę polisy przypadającą na koniec okresu, za jaki została opłacona składka po:
 - a) otrzymaniu oświadczenia o rezygnacji Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy;
 - 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 łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym;
 - c) otrzymaniu od Ubezpieczającego informacji o braku możliwości opłacenia składki za danego ubezpieczonego;
 - 6) upływu okresu na jaki Umowa została zawarta w przypadku jej nieprzedłużenia;
 - 7) upływu okresu wypowiedzenia Umowy;
 - 8) upływu terminu dodatkowego wskazanego w pisemnym lub elektronicznym wezwaniu do zapłaty zaległej składki, nie wcześniej jednak niż w najbliższą miesięcznicę polisy po upływie dodatkowego terminu, o ile zaległa składka nie zostanie opłacona;
 - 9) rozwiązania Umowy.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonych będących Współmałżonkiem, Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem Pracownika, 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 odpowiednio: związku małżeńskiego lub oświadczenie Pracownika o ustaniu związku partnerskiego, przy czym oświadczenie takie Pracownik ma obowiązek złożyć niezwłocznie po zajściu odpowiedniej okoliczności.
4. Ponadto odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umów Dodatkowych, obejmujących swym zakresem zdarzenia wymienione) Art. III ust. 3 pkt 5) - 8), 14), 16) - 20), 22) - 25), 27) - 29), 33) - 39), 43), 50), 52) – 56), 83), 86 – 89) kończy się w dniu najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 70 lat.

Artykuł XI

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek:
 - 1) aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w wojnie, działaniach wojennych lub stanu wojennego, w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
 - 2) samobójstwa popełnionego w okresie pierwszych 6 miesięcy od objęcia ochroną tego Ubezpieczonego.
2. Jeżeli odpowiednie warunki Umów Dodatkowych tak stanowią, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, o ile zdarzenie ubezpieczeniowe powstało wskutek:
 - 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, 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;
 - 4) samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa;
 - 5) działania czynników powodujących skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie;
 - 6) spożycia alkoholu, nadużywania alkoholu, alkoholizmu potwierdzonego w dokumentacji medycznej, pozostawania pod wpływem narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 7) poddania się eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 8) świadomego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania wskazań i zaleceń lekarskich;
 - 9) 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 zdolności 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;

- 10) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych: kolarstwa ekstremalnego, wspinaczki wysokogórskiej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, spływów sportowych, spadochroniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, bungee, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, parkur, buggykitingu, kitesurfingu, raftingu, jazdy quadami, ekstremalnej jazdy na motocyklu, off-roadu, uczestniczeniu w rajdach przeprawowych i samochodowych oraz sportów powstałych na bazie wcześniej wymienionych sportów;
 - 11) 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;
 - 12) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków;
 - 13) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem;
 - 14) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.
3. W stosunku do osób, które przystępują do Umowy po upływie 3. miesięcznicy polisy od daty nabycia prawa do przystąpienia mają zastosowanie karencje z tytułu Umowy Podstawowej i odpowiednio Umów Dodatkowych. Upływ okresu karencji liczony jest od daty przystąpienia do Umowy Podstawowej lub Umowy Dodatkowej i wynosi 6 miesięcy, a w przypadku Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka rozszerzonego o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną - 9 miesięcy.
4. W stosunku do osób, które zmieniły przynależność do podgrupy lub zmieniły zakres pakietu w ramach podgrupy, karencje, o których mowa w ust. 3, stosuje się do rozszerzonego zakresu ochrony oraz sum ubezpieczenia w zakresie ich podwyższenia w stosunku do tych, które zmieniły się na skutek zmiany przynależności do podgrupy lub zmiany zakresu pakietu.
5. 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 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 XII

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 nieszczęśliwego wypadku przy pracy, śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego, śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub katastrofy naturalnej i śmierci Ubezpieczonego wskutek 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/Uposażonego Zastępczego lub innego uprawnionego;
 - 2) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię karty zgonu, a jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe - dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
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, trwałe inwalidztwo, trwałe uszczerbek na zdrowiu, poważne zachorowanie, pobyt w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego), przeprowadzenie operacji chirurgicznej lub leczenia specjalistycznego lub zabiegu specjalistycznego, 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) oświadczenie potwierdzające dane z dokumentu tożsamości Współmałżonka/Partnera;
 - 7) oświadczenie potwierdzające dane z 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) oświadczenie potwierdzające dane z dokumentu tożsamości opiekuna prawnego Dziecka lub w przypadku Dziecka pełnoletniego oświadczenie potwierdzające dane 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 oraz kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej 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. Bezsprawną 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 nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności podanych przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego niezgodne z prawdą, o które Towarzystwo pytało we wniosku albo innych formularzach czy pismach przed zawarciem Umowy ubezpieczenia lub przystąpieniem Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia. 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.

Artykuł XIII

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 a w razie braku Uposażonych przysługuje Uposażonemu Zastępczemu, 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) – 59), 59) – 82), 84) oraz 86) – 89) przysługuje Ubezpieczonemu a w przypadku śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia przez Towarzystwo – uprawnionymi do świadczenia są spadkobiercy Ubezpieczonego 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 60), 83) i 85) przysługuje Ubezpieczonemu lub innej osobie określonej zgodnie z warunkami odpowiednich Umów Dodatkowych a w przypadku śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia przez Towarzystwo – uprawnionymi do świadczenia są spadkobiercy testamentowi powołani przez Ubezpieczonego a jeżeli ich nie ma, to spadkobiercy Ubezpieczonego w kolejności określonej w przepisach o dziedziczeniu ustawowym z wyłączeniem Gminy oraz Skarbu Państwa 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 formie pisemnej lub elektronicznej. W sytuacji, gdy suma wskazań udziałów procentowych Uposażonych/Uposażonych Zastępczych nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego świadczenia wyznaczone są przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.
5. Zmiana Uposażonych/Uposażonych Zastępczych 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 lub członek rodziny Ubezpieczonego 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 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 ochrony.

Artykuł XIV

Indywidualna kontynuacja

1. W przypadku zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy w stosunku do Ubezpieczonego z powodu ustania stosunku prawnego łączącego go z Ubezpieczającym bądź przebywania przez Ubezpieczonego na urlopie macierzyńskim, wychowawczym, bezpłatnym lub oddelegowania do pracy za granicą (pod warunkiem rezygnacji Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy), jednak nie dłużej niż do dnia powrotu do pracy z urlopu wychowawczego, macierzyńskiego bezpłatnego lub oddelegowania do pracy za granicą, Ubezpieczony ma prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) Ubezpieczony złoży w Towarzystwie wniosek przed upływem 3 miesięcy od daty zajścia któregośkolwiek z wyżej wymienionych zdarzeń;
 - 2) Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy przez co najmniej 1 miesiąc, a w przypadku obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, upływ okresu ochrony ubezpieczeniowej liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem, że okres od daty zakończenia

ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia do daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy jest nie dłuższy niż 31 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 XV

Umowy Dodatkowe

Jeżeli postanowienia niniejszego Artykułu nie stanowią inaczej, postanowienia OWU dotyczące 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:
 - 1) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11),
 - 2) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1 - 3.
4. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła przed upływem 210 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:
 - 1) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11),
 - 2) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1 - 3.
4. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek przy pracy nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy nastąpiła przed upływem 210 dni od daty zajścia tego wypadku;
 - 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:
 - 1) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11),
 - 2) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. W rozumieniu 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. W przypadku, gdy Ubezpieczony bez uzasadnionych powodów odmówi wykonania badań mających na celu ustalenie stężenia alkoholu we krwi, uznaje się, że osoba ta znajduje się w stanie po spożyciu alkoholu.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1 - 3 oraz ust. 4 pkt 3), 4).
5. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) wypadek komunikacyjny nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym nastąpiła przed upływem 210 dni od daty zajścia tego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym 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 i uderzenie pioruna, natomiast za katastrofę naturalną uznaje się huragan i 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:
 - 1) nastąpiło wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 2), 4), 6) – 8)
 - 2) miało miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej.

4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1 – 3.
5. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek lub katastrofa naturalna Ubezpieczonego nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem lub katastrofą naturalną nastąpiła przed upływem 210 dni od daty ich 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 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 - załamka T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;
 - c) nowy ubytek żywego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
 - d) obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionej 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. XI ust. 2 pkt 4), 6) – 8).
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII 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 sekcyjnym.

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, z zastrzeżeniem pkt. 4.
4. Jeżeli choroba, o której mowa w pkt 3, której następstwem jest powstanie niezdolności do pracy zarobkowej, została ujawniona 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) choroba ujawniła się lub była leczona w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem powstanie niezdolności do pracy zarobkowej;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem powstanie niezdolności do pracy zarobkowej zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem powstanie niezdolności do pracy zarobkowej 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. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca niezdolność do pracy zarobkowej nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 8), 12), 13) lub
 - 2) uszkodzenie ciała powodujące niezdolność do pracy zarobkowej:
 - a) nastąpiło wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11)
 - b) miało miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej.
6. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII 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 lub na wizytę do wskazanego lekarza orzecznika, których koszt ponosi Towarzystwo.
8. 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 i zgodnie z wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do podejmowania działalności gospodarczej i wykonywania pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, zgodnej z jego wykształceniem lub przyuczeniem lub doświadczeniem.

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 przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku oraz 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:
 - 1) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11)
 - 2) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII 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 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 i zgodnie z wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do podejmowania działalności gospodarczej i wykonywania pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, zgodnej z jego wykształceniem lub przyuczeniem lub doświadczeniem.

8. Umowa Dodatkowa dotycząca całkowitej niezdolności Ubezpieczonego 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) u Ubezpieczonego została stwierdzona niezdolność 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, z zastrzeżeniem pkt 4;
 - 3) okres niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni od daty zajścia zdarzenia powodującego niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji.
4. Jeżeli choroba, o której mowa w pkt 3 ppkt 2), której następstwem jest powstanie niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji, została ujawniona 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) choroba ujawniła się lub była leczona w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem powstanie niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem powstanie niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem powstanie niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji 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. 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. XI ust. 2 pkt 1) – 8), 12), 13) lub
 - 2) uszkodzenie ciała powodujące niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji:
 - a) nastąpiło wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11)
 - b) miało miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej.
6. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7).

9. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant I

1. W przypadku powstania trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci następujące świadczenia, określone w poniższej tabeli jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem pkt 2:

Narządy zmysłów

Utrata wzroku w obu oczach	100%
Utrata wzroku w jednym oku	35%
Utrata słuchu w obu uszach	50%
Utrata słuchu w jednym uchu	15%

Kończyny górne

Porażenie całej kończyny górnej	60%
Utrata w stawie barkowym	70%
Utrata powyżej lub na poziomie stawu łokciowego	60%
Utrata poniżej stawu łokciowego	55%
Utrata jednej dłoni	50%
Utrata kciuka w całości	20%
Utrata palca wskazującego w całości	10%
Utrata wszystkich palców ręki	40%

Kończyny dolne

Porażenie całej kończyny dolnej	60%
Utrata w stawie biodrowym	70%
Utrata powyżej lub na poziomie stawu kolanowego	60%
Utrata poniżej stawu kolanowego	50%
Utrata stopy w całości	40%
Utrata stopy z wyłączeniem pięty	30%
Utrata palucha	5%
Utrata wszystkich palców stopy	15%

Niedowład czterokończynowy

100%

2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego powstanie obowiązku wypłaty świadczenia, którego wysokość liczona łącznie z innymi wypłaconymi świadczeniami z tytułu Umowy Dodatkowej odpowiada wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia tego nieszczęśliwego wypadku.
 3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący trwałe inwalidztwo:
 - 1) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11),
 - 2) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej.
 4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 6.
 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 przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący inwalidztwo nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) trwałe inwalidztwo powstało przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym inwalidztwem.
 7. Trwałe inwalidztwo ustala się po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego, jednak nie później niż przed upływem 24 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
 8. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego inwalidztwa nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
 9. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego inwalidztwa późniejsza zmiana, zarówno w przypadku poprawy, jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
 10. W przypadku częściowej utraty, uszczywnienia, niedowładu lub porażenia części ciała, które istniały przed nieszczęśliwym wypadkiem, wymienione w pkt 1 procenty inwalidztwa dotyczące tych części ciała, zostaną zmniejszone odpowiednio o stopień inwalidztwa istniejącego przed tym nieszczęśliwym wypadkiem.
 11. W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku powodującego trwałe inwalidztwo Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu.
- 10. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant II**
1. W przypadku powstania trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci następujące świadczenia, określone w poniższej tabeli jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem pkt 2:

Narządy zmysłów

Utrata wzroku w obu oczach	100%
Utrata wzroku w jednym oku	35%
Utrata słuchu w obu uszach	50%
Utrata słuchu w jednym uchu	15%
Utrata mowy (obejmuje utratę języka oraz afazję ruchową i czuciową)	40%

Głowa

Utrata tkanki kostnej czaszki na całej jej grubości	
- na powierzchni powyżej 6 cm kw.	30%
- na powierzchni od 3 do 6 cm kw.	20%
- na powierzchni mniejszej niż 3 cm kw.	10%

Kończyny górne

Porażenie całej kończyny górnej	60%
Utrata w stawie barkowym	70%
Usztywnienie barku	35%
Utrata powyżej lub na poziomie stawu łokciowego	60%
Utrata poniżej stawu łokciowego	55%
Usztywnienie łokcia	30%
Utrata jednej dłoni	50%
Usztywnienie nadgarstka w położeniu korzystnym (w pozycji pośredniej i nawrócenie przedramienia)	20%
Usztywnienie nadgarstka w położeniu niekorzystnym (w zgięciu grzbietowym lub dłoniowym i odwrócenie przedramienia)	30%
Utrata kciuka w całości	20%
Usztywnienie kciuka	15%
Utrata palca wskazującego w całości	10%
Utrata innego palca ręki w całości	5%

Kończyny dolne

Porażenie całej kończyny dolnej	60%
Utrata w stawie biodrowym	70%
Usztywnienie stawu biodrowego	40%
Utrata powyżej lub na poziomie stawu kolanowego	60%
Usztywnienie stawu kolanowego	25%
Utrata poniżej stawu kolanowego	50%
Usztywnienie stawu skokowego	15%
Utrata stopy w całości	40%
Utrata stopy z wyłączeniem pięty	30%
Skrócenie kończyny dolnej (nie dotyczy utraty części kończyny)	
- o co najmniej 5 cm	30%
- od 3 do 5 cm	20%
- od 1 do 3 cm	10%
Utrata palucha w całości	5%
Utrata innego palca stopy w całości	2%

Porażenie czterokończynowe	100%
-----------------------------------	------

Porażenia nerwów

Całkowite porażenie nerwu pachowego	20%
Całkowite porażenie nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	30%
Całkowite porażenie nerwu promieniowego w okolicy barku	40%
Całkowite porażenie nerwu promieniowego przedramienia poniżej odejścia gałęzi głębokiej	10%

Całkowite porażenie nerwu łokciowego	20%
Całkowite porażenie nerwu udowego	30%
Całkowite porażenie nerwu kulszowego	40%
Klatka piersiowa	
Uszkodzenie serca z wydolnym układem krążenia	15%
Uszkodzenie serca prowadzące do niewydolności krążenia	40%
Uszkodzenie płuc i opłucnej	
- bez niewydolności oddechowej	5%
- z trwałą niewydolnością oddechową potwierdzoną spirometrią i badaniem gazometrycznym	25%
Utrata gruczołu piersiowego u kobiety	25%
Utrata brodawki sutkowej u kobiety	5%
Jama brzuszna	
Utrata śledziony	10%
Utrata żołądka (więcej niż 60% narządu)	20%
Utrata jelita cienkiego lub grubego (powyżej 50% długości narządów)	20%
Uszkodzenie zwieracza odbytu powodujące stałe nietrzymanie gazów i stolca	30%
Utrata wątroby (więcej niż 50% mięszu)	20%
Narządy moczopłciowe	
Utrata nerki w całości	20%
Utrata nerki przy drugiej nerce niewydolnej	60%
Uszkodzenie pęcherza lub cewki moczowej prowadzące do nietrzymania moczu	20%
Utrata prącia	40%
Utrata jądra lub jajnika	20%
Utrata macicy	
- u osoby do 45 roku życia	40%
- u osoby powyżej 45 roku życia	20%

2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego powstanie obowiązku wypłaty świadczenia, którego wysokość liczona łącznie z innymi wypłaconymi świadczeniami z tytułu Umowy Dodatkowej odpowiada wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia tego nieszczęśliwego wypadku.
 3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący trwałe inwalidztwo:
 - 1) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11),
 - 2) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej.
 4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 6.
 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 przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący inwalidztwo nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) trwałe inwalidztwo nastąpiło przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym inwalidztwem.
 7. Trwałe inwalidztwo ustala się po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego, nie później niż przed upływem 24 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
 8. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego inwalidztwa nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
 9. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego inwalidztwa późniejsza zmiana, zarówno w przypadku poprawy, jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
 10. W przypadku częściowej utraty, usztywnienia, niedowładu lub porażenia części ciała, które istniały przed nieszczęśliwym wypadkiem, wymienione w pkt 1 procenty inwalidztwa dotyczące tych części ciała, zostaną zmniejszone odpowiednio o stopień inwalidztwa istniejącego przed tym nieszczęśliwym wypadkiem.
 11. W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku powodującego trwałe inwalidztwo Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu.
- 11. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku**
1. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu nieszczęśliwego wypadku za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego:
 - 1) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11),
 - 2) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej.

3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia, rodzaju i stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 5.
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 nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) trwały uszczerbek na zdrowiu powstał przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.
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 aktualny stopień 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.
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 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.

12. 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, zwicznieniami, skręcieniami, 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:
 - 1) nastąpiło wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11),
 - 2) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej.
6. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII 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, skręcieniem, zwicznieniem lub raną.

13. 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:
 - 1) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11),
 - 2) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia, rodzaju i stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII 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 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 tego 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.

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

1. 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 serca lub udaru mózgu za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. 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. XI ust. 2 pkt 4), 6) – 8).
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia, rodzaju i stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1 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) zawał serca lub udar mózgu powodujące trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu powstał przed upływem 180 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.
6. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego jednym zawałem serca lub jednym udarem mózgu.
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 zawału serca lub udaru mózgu.
8. 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 zostaną ustalone w wyniku analizy jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po zawałe serca lub udarze mózgu.
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 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.

15. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego

1. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego wskutek wypadku komunikacyjnego Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia wypadku komunikacyjnego za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypadek komunikacyjny powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11)
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia, rodzaju i stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII 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:
 - a) wypadek komunikacyjny powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu oraz trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - b) trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany wypadkiem komunikacyjnym powstał przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;

- c) istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.
- 6. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego jednym wypadkiem komunikacyjnym.
- 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 wypadku komunikacyjnego 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 wypadku komunikacyjnym.
- 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 wypadku komunikacyjnego Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarza leczeniu.

16. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego - Wariant Podstawowy

- 1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego - Wariant Rozszerzony.
- 2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego którejkolwiek z wymienionych i zdefiniowanych w Wariantcie Podstawowym 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 Podstawowym 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. XI ust. 2 pkt 5) – 8), 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:
 - a) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11)
 - b) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej. Wyjątek stanowią nieszczęśliwe wypadki które miały miejsce w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem skutki zdarzeń tego wypadku, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się a okres od daty zakończenia a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
- 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 Wariantcie Podstawowym 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 Wariantcie Podstawowym 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. XII 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.

17. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego - Wariant Rozszerzony

- 1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego - Wariant Podstawowy.
- 2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego którejkolwiek z wymienionych i zdefiniowanych w Wariantcie Rozszerzonym 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 Wariancie Rozszerzonym Załącznika nr 2 do OWU, z zastrzeżeniem pkt 4.
4. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania związanego z angioplastyką naczyń wieńcowych, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca poważne zachorowanie Ubezpieczonego nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5) – 8), 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:
 - a) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11),
 - b) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej. Wyjątek stanowią nieszczęśliwe wypadki które miały miejsce w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem skutki zdarzeń tego wypadku, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się a okres od daty zakończenia a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
6. 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 7.
7. Jeżeli stany chorobowe, o których mowa w pkt 6, których następstwem jest wystąpienie któregośkolwiek z poważnych zachorowań wymienionych w Wariancie Rozszerzonym 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.
8. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania wymienionego i zdefiniowanego w Wariancie Rozszerzonym Załącznika nr 2 do OWU odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu tego poważnego zachorowania wygasa.
9. 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.
10. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 11.
11. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, których koszt ponosi Towarzystwo.

18. 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) hiperkeratozy, 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. XI ust. 2 pkt 5) – 8).
11. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3 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.

19. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego – choroby infekcyjne

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umowy Dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego - Wariant Podstawowy lub Umowy Dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego - Wariant Rozszerzony.
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. XI ust. 2 pkt 5) – 8).
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. XII 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.

20. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego na zawał serca lub udar mózgu

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego zawału serca lub udaru mózgu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. Prawo do świadczenia z tytułu poważnego zachorowania nie przysługuje, jeżeli zawału serca lub udaru mózgu wystąpił w następstwie stanów chorobowych ujawnionych lub leczonych w okresie 5 lat przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 3.
3. Jeżeli stany chorobowe, o których mowa w pkt 2, których następstwem jest wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu, 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 zawału serca lub udaru mózgu;

- 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu zakończyła się;
- 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
4. 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 zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej
6. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu zawału serca lub udaru mózgu odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu tego poważnego zachorowania wygasa.
7. W przypadku kolejnego poważnego zachorowania Ubezpieczonego, prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pomiędzy poważnymi zachorowaniami zachodzi związek przyczynowo-skutkowy, potwierdzony przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności jeżeli wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu jest konsekwencją okoliczności wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5) – 8).
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII 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.

21. Umowa Dodatkowa dotycząca pokrycia kosztów leków przeciwwirusowych i przeciwbakteryjnych wydawanych Ubezpieczonemu na receptę

1. Na użytek Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **aplikacja** – serwis on-line dostępny dla Ubezpieczonych po adresie www.leki.generalizycie.pl po zalogowaniu się z użyciem identyfikatora lekowego oraz dodatkowego elementu weryfikującego;
 - 2) **apteka** – każda apteka ogólnodostępna albo punkt apteczny w rozumieniu przepisów ustawy prawo farmaceutyczne działająca na terenie Polski. Aktualny wykaz aptek, z oznaczeniem w których możliwy jest zakup w bezgotówkowym modelu realizacji świadczenia, dostępny jest w aplikacji;
 - 3) **bezugotówkowy model realizacji świadczenia** – realizacja recepty w aptece, w której możliwy jest zakup leków przy użyciu identyfikatora lekowego, na przepisany Ubezpieczonemu lek z jednoczesną realizacją świadczenia lekowego, w ramach której Towarzystwo pokrywa koszt (pomniejszony o kwotę współpłacenia Ubezpieczonego) leku lub zamiennika leku;
 - 4) **gotówkowy model realizacji świadczenia** – realizacja świadczenia lekowego w formie pieniężnej na podstawie wniosku Ubezpieczonego;
 - 5) **identyfikator lekowy** – numeryczny kod identyfikacyjny nadawany przez Towarzystwo Ubezpieczonemu, przekazany za pośrednictwem sms lub maila lub na piśmie oraz udostępniony w aplikacji, umożliwiający zakup leku lub zamiennika leku. Identyfikator lekowy jest dostępny w aplikacji oraz posiada kod kreskowy;
 - 6) **kwota współpłacenia** – określony kwotowo udział Ubezpieczonego w odpłatności za opakowanie leku lub zamiennika leku;
 - 7) **lek** – gotowy produkt leczniczy bądź wyrób medyczny wymieniony w zakresie leków, którego zakup można realizować wyłącznie na podstawie recepty, który w rozumieniu przepisów ustawy prawo farmaceutyczne, posiada ważne pozwolenie wydane przez Prezesa Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską i jest wpisany do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 8) **recepta** – dokument potwierdzający wystąpienie u Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego wystawiony przez uprawnionego lekarza, spełniający wymogi powszechnie obowiązujących przepisów w sprawie recept lekarskich, którego skutkiem jest zakup leku określonego w zakresie leków;
 - 9) **świadczenie lekowe (świadczenie)** – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane na rzecz Ubezpieczonego w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, w szczególności w postaci pokrycia przez Towarzystwo po zakupie leków kwoty odpłatności za produkty z zakresu leków, do limitu i zgodnie z umową dodatkową;
 - 10) **wniosek** – formularz na podstawie, którego możliwy jest gotówkowy model realizacji świadczenia;
 - 11) **zakres leków** – wykaz leków dostępny po zalogowaniu w aplikacji;
 - 12) **zamiennik leku** – produkt leczniczy będący odpowiednikiem referencyjnego produktu leczniczego, posiadający taki sam skład jakościowy i ilościowy substancji czynnych, taką samą postać farmaceutyczną, jak referencyjny produkt leczniczy, i którego biorównoważność wobec referencyjnego produktu leczniczego została potwierdzona odpowiednimi badaniami biodostępności i który wymieniony jest w Zakresie leków;
 - 13) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie choroby potwierdzone otrzymaniem przez Ubezpieczonego recepty na lek z zakresu leków w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres umowy dodatkowej obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego choroby wirusowej lub bakteryjnej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej, potwierdzonej wystawieniem na rzecz Ubezpieczonego recepty na produkt z zakresu leków.
3. W sytuacji wystąpienia u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo realizuje na rzecz Ubezpieczonego świadczenie lekowe zgodnie z zakresem leków oraz kwotą współpłacenia, nie więcej jednak niż suma ubezpieczenia.
4. W okresie jednego roku polisowego Towarzystwo, w oparciu o datę realizacji recepty w aptece (transakcji zakupu leku), wypłaci Ubezpieczonemu nie więcej niż 100% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej łącznie dla bezgotówkowego i gotówkowego modelu realizacji świadczenia.
5. Kwota współpłacenia w umowie dodatkowej wynosi 3,00 zł.
6. W zakresie umowy dodatkowej dostępne są usługi dodatkowe:
 - a) czat z farmaceutą – rozmowa na czacie z farmaceutą dotycząca informacji o lekach na receptę i lekach OTC w zakresie specyfiki leku wynikającej z charakterystyki produktu leczniczego lub lokalizacji aptek ogólnodostępnych i punktów aptecznych zgodnie z ustawą prawo farmaceutyczne. Informacje udzielane przez farmaceutę nie są równoważne z poradami udzielanymi przez lekarza. W przypadku pytań dotyczących stanu zdrowia Użytkownika lub innej osoby, stosowanych terapii oraz zaleceń dotyczących procesu leczenia należy skorzystać z konsultacji lekarskiej;

- b) zamawianie leków do apteki – usługa polegająca na możliwości zamówienie leków przepisanych lub zaleconych przez lekarza w celu ich zakupu w Apteczce wskazanej przez ubezpieczonego. Szczegółowe zasady korzystania z usługi są opisane w Regulaminie aplikacji dostępnej pod adresem: www.leki.general.pl.
7. Ubezpieczony wybiera bezgotówkowy lub gotówkowy model realizacji świadczenia:
- 1) bezgotówkowy model realizacji świadczenia – polega na realizacji w apteczce akceptującej identyfikatory lekowe recepty. W ramach świadczenia Towarzystwo pokrywa określoną część odpłatności za lek lub zamiennik leku, wynikającą z poziomu współpłacenia, a Ubezpieczony ponosi koszt w kwocie obowiązującej go odpłatności za lek lub zamiennik leku.
 - a) W celu zakupu leków przy użyciu identyfikatora lekowego Ubezpieczony okazuje w apteczce akceptującej Identyfikatory lekowe aktywny identyfikator lekowy ubezpieczonego oraz:
 - receptę lub wydruk informacyjny wystawioną na jego rzecz lub
 - numer PESEL Ubezpieczonego oraz kod do e-recepty lub
 - w przypadku cudzoziemców paszport.
 - b) Ubezpieczony finansuje z własnych środków kwotę współpłacenia w wysokości 3,00 zł, wartość leków przekraczającą sumę ubezpieczenia lub wartość innych produktów sprzedawanych w apteczce, nie będących w zakresie leków.
 - 2) gotówkowy model realizacji świadczenia - polega na realizacji recepty, na przepisany dla Ubezpieczonego lek z płatnością z własnych środków pieniężnych. W celu otrzymania świadczenia lekowego Ubezpieczony zgłasza wniosek do Towarzystwa o wypłatę świadczenia w Aplikacji lub na adres epruf rozliczenia sp. o.o., ul. Zbąszyńska 3, 91-342 Łódź, z dopiskiem: „Generali Ubezpieczenie lekowe”. Prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia zdrowotnego zawiera:
 - wypełniony formularz wniosku dostępny w Aplikacji pod adresem www.leki.general.pl lub – w wersji papierowej formularz dostępny u Ubezpieczającego;
 - kserokopię, zdjęcie lub skan recepty lub wydruku informacyjnego;
 - dowód zakupu leku lub zamiennika leku (paragon lub faktura).
 - a) Wypłata świadczenia lekowego odbywa się w terminie do 30 dni od daty otrzymania wniosku o wypłatę. Informacja o wypłacie świadczenia przekazywana jest w aplikacji, drogą mailową/SMS - na adres/ numer podany w formularzu wniosku. Towarzystwo informuje osobę składającą wniosek o wypłatę świadczenia o odmowie wypłaty świadczenia listownie na adres korespondencyjny wskazany w formularzu wniosku. Ubezpieczony ma prawo złożyć odwołanie w terminie 30 dni od daty otrzymania decyzji. Odwołania rozpatrywane są w terminie do 14 dni od daty otrzymania.
8. Informację na temat wysokości pozostałej sumy ubezpieczenia Ubezpieczony może sprawdzić w aplikacji bądź na Infolinii.
9. Aktualny wykaz aptek z oznaczeniem, które umożliwiają tylko gotówkowy, a które gotówkowy i bezgotówkowy model realizacji świadczenia, formularz wniosku gotówkowego modelu realizacji świadczenia aktualny zakres leków, usługa zamawiania leków on-line do wybranej apteki oraz czat z farmaceutą są dostępne w aplikacji pod adresem www.leki.general.pl.
10. Informacje dotyczące świadczenia są dostępne pod numerem Infolinii 913 913 913.

22. Umowa Dodatkowa dotycząca leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego

1. Zakres odpowiedzialności obejmuje przeprowadzanie leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego, które rozpoczęło się i miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej oraz dotyczyło:
 - 1) ablacji;
 - 2) chemioterapii albo radioterapii;
 - 3) cyber knife lub gamma knife;
 - 4) dializoterapii;
 - 5) domowego leczenia tlenem;
 - 6) terapii interferonowej;
 - 7) wertybroplastyki (z każdej przyczyny)
 - 8) wszczepienie implantu ślimakowego;
 - 9) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora;
 - 10) wszczepienie pompy Baclofenowej;
 - 11) wszczepienia rozrusznika serca;
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 pierwszego zabiegu gamma knife lub cyber knife;
 - 4) wykonania pierwszej dializy w przypadku dializoterapii;
 - 5) rozpoczęcia leczenia tlenem w przypadku domowego leczenia tlenem;
 - 6) przeprowadzenia zabiegu operacyjnego w przypadku wertybroplastyki;
 - 7) wszczepienia implantu ślimakowego, kardiowertera/defibrylatora, pompy Baclofenowej, rozrusznika serca;
 - 8) 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 przeprowadzenia leczenia specjalistycznego:
 - 1) które zostało zalecone Ubezpieczonemu przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) który był 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 zakresem przeprowadzenie 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 wypłaci tylko jedno świadczenie w przypadku przeprowadzenia leceń specjalistycznych, które pozostają ze sobą w związku przyczynowo-skutkowym, co potwierdza zgromadzona dokumentacja medyczna.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli choroba powodująca przeprowadzenie danego leczenia specjalistycznego nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5) – 8), 13).
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1), 7).

23. Umowa Dodatkowa dotycząca leczenia specjalistycznego onkologicznego Ubezpieczonego

1. Zakres odpowiedzialności obejmuje przeprowadzanie leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego, które rozpoczęło się i miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej oraz dotyczyło:
 - 1) chemioterapii;
 - 2) radioterapii.
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. Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w związku z tym samym zdefiniowanym leczeniem specjalistycznym Ubezpieczonego, spośród wymienionych w ust. 1.
4. Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego obejmującego chemioterapię albo radioterapię.
5. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa nie obejmuje przeprowadzenia 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 ust. 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 zakresem przeprowadzenie danego leczenia specjalistycznego;
 - 2) wcześniejsza umowa ubezpieczenia obejmująca zakresem przeprowadzenie danego leczenia specjalistycznego została rozwiązana;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie 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 wypłaci tylko jedno świadczenie w przypadku przeprowadzenia leceń specjalistycznych, które pozostają ze sobą w związku przyczynowo-skutkowym, co potwierdza zgromadzona dokumentacja medyczna.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli choroba powodująca przeprowadzenie danego leczenia specjalistycznego nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5) – 8), 13).
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1), 7).

24. Umowa Dodatkowa dotycząca leczenia specjalistycznego kardiologicznego Ubezpieczonego

1. Zakres odpowiedzialności obejmuje przeprowadzanie leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego, które rozpoczęło się i miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej oraz dotyczyło:
 - 1) ablacji;
 - 2) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora;
 - 3) wszczepienia rozrusznika serca;
2. W przypadku leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu:
 - 1) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora, rozrusznika serca;
 - 2) wykonania ablacji.
3. Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w związku z tym samym zdefiniowanym leczeniem specjalistycznym Ubezpieczonego, spośród wymienionych w ust. 1
4. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa nie obejmuje przeprowadzenia 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 ust. 5.
5. 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 zakresem przeprowadzenie danego leczenia specjalistycznego;
 - 2) wcześniejsza umowa ubezpieczenia obejmująca zakresem przeprowadzenie danego leczenia specjalistycznego została rozwiązana;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie 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.

6. Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w przypadku przeprowadzenia leczęń specjalistycznych, które pozostają ze sobą w związku przyczynowo-skutkowym, co potwierdza zgromadzona dokumentacja medyczna.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli choroba powodująca przeprowadzenie danego leczenia specjalistycznego nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5) – 8), 13).
8. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1), 7).

25. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Ubezpieczonego

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej operacji chirurgicznych Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. 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.
3. 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.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca konieczność wykonania operacji chirurgicznej nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5) – 7), 14) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną operacji chirurgicznej:
 - a) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11),
 - b) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej. Wyjątek stanowią nieszczęśliwe wypadki które miały miejsce w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem skutki zdarzeń tego wypadku, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się a okres od daty zakończenia a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
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. Prawo do świadczenia nie przysługuje w związku z operacją chirurgiczną, na którą skierowanie zostało wystawione przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 7.
7. Jeżeli wystawienie skierowania na przeprowadzenie operacji chirurgicznej Ubezpieczonego miało miejsce przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) wystawienie skierowania na przeprowadzenie operacji chirurgicznej Ubezpieczonego miało miejsce przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej 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 – za pojedynczą operację chirurgiczną, dla której wysokość świadczenia ustalonego zgodnie z postanowieniami pkt 3 i 7 jest najwyższa, z zastrzeżeniem pkt 9.
9. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za operację chirurgiczną będącą następstwem choroby, która w różnym czasie i niezależnie od siebie atakuje narządy lub organy występujące w parze.
10. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7).

26. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej operacji chirurgicznych Ubezpieczonego.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje operacje chirurgiczne Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku 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.
3. 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.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną operacji chirurgicznej:
 - 1) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11), 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;
 - 2) operacją chirurgiczną, na którą skierowanie zostało wystawione przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 6.
6. Jeżeli wystawienie skierowania na przeprowadzenie operacji chirurgicznej Ubezpieczonego miało miejsce przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci sumę ubezpieczenia w przypadku wykonania operacji chirurgicznej, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) wystawienie skierowania na przeprowadzenie operacji chirurgicznej Ubezpieczonego miało miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji chirurgicznej Ubezpieczonego;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji chirurgicznej Ubezpieczonego zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia 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.
7. Niezależnie od liczby przeprowadzonych operacji chirurgicznych, jeżeli konieczność ich przeprowadzenia wynikała z tego samego nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie – za pojedynczą operację chirurgiczną, dla której wysokość świadczenia ustalonego zgodnie z postanowieniami pkt 3 jest najwyższą.
8. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7).

27. 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 ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca konieczność wykonania operacji chirurgicznej nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5) – 7), 14) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną operacji chirurgicznej:
 - a) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11),
 - b) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej. Wyjątek stanowią nieszczęśliwe wypadki które miały miejsce w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakres skutki zdarzeń tego wypadku, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się a okres od daty zakończenia a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
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.
7. Prawo do świadczenia nie przysługuje w związku z operacją chirurgiczną, na którą skierowanie zostało wystawione przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 8.
8. Jeżeli wystawienie skierowania na przeprowadzenie operacji chirurgicznej Ubezpieczonego miało miejsce przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) wystawienie skierowania na przeprowadzenie operacji chirurgicznej Ubezpieczonego miało miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji chirurgicznej Ubezpieczonego;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji chirurgicznej Ubezpieczonego zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia 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.

9. 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 10.
10. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za operację chirurgiczną będącą następstwem choroby, która w różnym czasie i niezależnie od siebie atakuje narządy lub organy występujące w parze.
11. 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.
12. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7).

28. Umowa Dodatkowa dotycząca zabiegów specjalistycznych Ubezpieczonego

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. XI ust. 2 pkt 5) – 7), 14) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną zabiegu specjalistycznego:
 - a) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11),
 - b) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej. Wyjątek stanowią nieszczęśliwe wypadki które miały miejsce w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem skutki zdarzeń tego wypadku, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się a okres od daty zakończenia a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
5. Prawo do świadczenia nie przysługuje w związku z zabiegiem specjalistycznym, na który skierowanie lub zalecenie wykonania zostało wystawione przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 6.
6. Jeżeli wystawienie skierowania lub zalecenia na przeprowadzenie zabiegu specjalistycznego u Ubezpieczonego miało miejsce przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) wystawienie skierowania lub zalecenie przeprowadzenia zabiegu specjalistycznego u Ubezpieczonego miało miejsce 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.
7. 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. 8 i 9.
8. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu zabiegu specjalistycznego w danym roku polisowym nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
9. 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%.
10. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1), 7).

29. 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 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 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.
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 nie przekraczający 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. XI ust. 2 pkt 5) – 7), 12) - 14) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11) lub
 - 3) pobyt w szpitalu:
 - był następstwem leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - był następstwem 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),
 - był związany z operacją kosmetyczną, plastyczną lub operacją zmiany płci z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, lub operacją niezbędną do usunięcia następstw choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa ,
 - był związany z operacją profilaktyczną u nosicieli mutacji w genach BRCA1/ BRCA2, APC i RET..
9. Prawo do świadczenia nie przysługuje, 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, porodem 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 okresie 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 pobytem w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem.
14. 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.
15. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7), 15).

30. 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 wskutek nieszczęśliwego wypadku, który rozpoczął się i miał miejsce 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. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
6. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględni okresu pobytu na przepustkach.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11).
8. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 180 dni w okresie jednego roku polisowego.
9. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
10. Prawo do świadczenia nie przysługuje, 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.
11. 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.
12. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7), 15).

31. 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 wskutek nieszczęśliwego wypadku 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:
 - 1) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11)
 - 2) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej.
6. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 30 dni w okresie 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. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku przy pracy zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7), 15).

32. 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 trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego 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:
 - 1) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11),
 - 2) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej.
6. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 30 dni w okresie 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. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 3), 4), 7), 15).

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

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu zdiagnozowanych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, który rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru 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. XI ust. 2 pkt 4), 6) – 7).
6. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 30 dni w okresie 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. Prawo do świadczenia nie przysługuje, 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. XII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1), 7).

34. 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 pkt 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. XI ust. 2 pkt 4) – 8), 12), - 13).
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII 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.

35. 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 pkt 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. XI ust. 2 pkt 4) – 8), 12) - 13)
 - 2) nieszczęśliwy wypadek powodujący pobyt w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 5), pkt 9) – 11) oraz ust. 3 lub
 - 3) pobyt w szpitalu był następstwem:
 - operacji kosmetycznych lub plastycznych (w tym operacji zmiany pęci) 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. XII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7), 15) oraz na podstawie skierowania Ubezpieczonego na leczenie uzdrowiskowe., czyli pełny zapis powinien brzmieć: 5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII 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.

36. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zachorowaniem na nowotwór złośliwy

1. Na użytek Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) pobyt w szpitalu – pobyt w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 4 kolejne dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala;
 - 2) Nowotwór złośliwy – Nowotwór złośliwy inwazyjny lub Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ);
 - 3) 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).
 - 4) 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.

1. Przedmiotem Umowy Dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zachorowaniem na nowotwór złośliwy zdiagnozowany w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, który rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zachorowaniem na nowotwór złośliwy 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.
4. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
5. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli choroba powodująca pobyt w szpitalu nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 6) – 7).
7. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 30 dni w okresie jednego roku polisowego.
8. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
9. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw zachorowania na nowotwór złośliwy zdiagnozowany w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1), 7), 15).

37. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu lub Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym, który rozpoczął się w ciągu 14 dni po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem, zawałem serca lub udarem mózgu.
3. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w pierwszym dniu pobytu, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu poprzedzający pobyt Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym:
 - 1) rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa oraz
 - 2) trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni.
4. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym nieprzekraczającymi 120 dni w okresie jednego roku polisowego.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący pobyt Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym:
 - a) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11),
 - b) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej. Wyjątek stanowią nieszczęśliwe wypadki które miały miejsce w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem skutki zdarzeń tego wypadku, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się a okres od daty zakończenia a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni lub
 - 2) zawał serca lub udar mózgu powodujące pobyt Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5) – 7), 12), 13).
6. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7) oraz kserokopii skierowania na rehabilitację.

38. 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.

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

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
2. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza możliwość zawarcia Umowy Dodatkowej dotyczącej rekonwalescencji Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje rekonwalescencję następującą bezpośrednio po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu.
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) 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. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11) lub
 - 2) choroba powodująca pobyt Ubezpieczonego na rekonwalescencji nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5) – 7), 12), 13).
7. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7) oraz kserokopii zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital.

40. Umowa Dodatkowa dotycząca rekonwalescencji Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku

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. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza możliwość zawarcia Umowy Dodatkowej dotyczącej rekonwalescencji Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby.
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. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11).
7. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7) oraz kserokopii zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital.

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

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje refundację kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych zaleconych w leczeniu następstw nieszczęśliwego wypadku, któremu Ubezpieczony uległ, i wymienionych w Tabeli przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, stanowiącej załącznik nr 5 do OWU, poniesionych przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek:
 - 1) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11),
 - 2) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej. Wyjątek stanowią nieszczęśliwe wypadki które miały miejsce w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem skutki zdarzeń tego wypadku, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się a okres od daty zakończenia a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
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, a w przypadku o którym mowa w pkt 2 ppkt. 2) – w dniu początku ochrony z tytułu Umowy Dodatkowej, pod warunkiem że naprawa, 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. XII 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.

42. 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 w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
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:
 - 1) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11);
 - 2) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej. Wyjątek stanowią nieszczęśliwe wypadki które miały miejsce w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem skutki zdarzeń tego wypadku, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się a okres od daty zakończenia a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
4. Refundacja kosztów leczenia następuje na podstawie dostarczonych rachunków lub faktur, do wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku a w przypadku o którym mowa w pkt 3 ppkt. 2) – w dniu początku ochrony z tytułu Umowy Dodatkowej, 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. XII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7) oraz faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego za wydatki poniesione w trakcie 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.

43. Umowa Dodatkowa dotycząca rehabilitacji medycznej Ubezpieczonego

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 z ustaleniem programu zabiegów rehabilitacyjnych, z wyłączeniem badań diagnostycznych;
 - 3) konsultację lekarza rehabilitacji 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:
 - 1) którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 13),
 - 2) nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego. Wyjątek stanowią nieszczęśliwe wypadki które miały miejsce w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem skutki zdarzeń tego wypadku, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się a okres od daty zakończenia a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
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. XII 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.

44. Umowa Dodatkowa dotycząca rehabilitacji medycznej Ubezpieczonego 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 z ustaleniem programu zabiegów rehabilitacyjnych, z wyłączeniem badań diagnostycznych;
 - 3) konsultację lekarza rehabilitacji 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:
 - 1) którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) - 11),
 - 2) nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej. Wyjątek stanowią nieszczęśliwe wypadki które miały miejsce w ramach wcześniejszej umowy

ubezpieczenia, obejmującej zakresem skutki zdarzeń tego wypadku, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się a okres od daty zakończenia a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.

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. XII 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.

45. 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.
2. Wszystkie postanowienia Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Współmałżonka nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 1 i odnoszących się do Współmałżonka.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 5), 7), 9).

46. 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:
 - 1) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11)
 - 2) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej, i odnoszących się do Współmałżonka.
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 210 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. XII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 5), 7), 9).

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

1. W przypadku śmierci Współmałżonka wskutek wypadku komunikacyjnego Towarzystwo wypłaci 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:
 - 1) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11)
 - 2) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej i odnoszących się do Współmałżonka.
4. W rozumieniu 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. W przypadku, gdy Współmałżonek bez uzasadnionych powodów odmówi wykonania badań mających na celu ustalenie stężenia alkoholu we krwi, uznaje się, że osoba ta znajduje się w stanie po spożyciu alkoholu.
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3 oraz 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 210 dni od daty zajścia tego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Współmałżonka.

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

1. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku za każdy 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:
 - 1) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11)
 - 2) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej i odnoszących się do Współmałżonka.

4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia, rodzaju i stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3 oraz 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 nastąpił 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, a miało to wpływ na ustalenie aktualnego stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka, rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy jako różnica 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 stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
13. W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku powodującego trwały uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu.

49. 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) **zwicznienie** – 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 samoookaleczenia.
2. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. Wszystkie postanowienia Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera
4. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu 1% sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej w przypadku złamania, zwicznienia, skręcenia lub rany wskutek nieszczęśliwego wypadku który nie spowodował trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka.
5. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej w związku ze złamaniami, zwicznieniami, skręcieniami, ranami w łącznej kwocie nieprzekraczającej 100% sumy ubezpieczenia w ciągu jednego roku polisowego.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący złamanie, zwicznienie, skręcenie, ranę u Współmałżonka:
 - 1) nastąpiło wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11)
 - 2) miało miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej.
7. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 5), 6).
8. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący złamanie, skręcenie, zwicznienie lub ranę nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a złamaniem, skręcieniem, zwicznieniem lub powstaniem rany.

50. 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. 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 w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.

5. 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.
6. 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 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 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.
8. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Współmałżonka w szpitalu Towarzystwo nie uwzględni okresu pobytu na przepustkach.
9. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca pobyt Współmałżonka w szpitalu nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5) – 7), 12) – 14) i odnoszących się do Współmałżonka lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu Współmałżonka w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11) i odnoszących się do Współmałżonka lub
 - 3) pobyt Współmałżonka w szpitalu:
 - był następstwem leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - był następstwem 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)
 - był związany z operacją kosmetyczną, plastyczną lub operacją zmiany płci, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa; lub operacją niezbędną do usunięcia następstw choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa,
 - był związany z operacją profilaktyczną u nosicieli mutacji w genach BRCA1/BRCA2, APC i RET ..
10. 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.
11. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeśli pobyt Współmałżonka w szpitalu był spowodowany usuwaniem ciąży, położeniem lub porodem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano komplikacje porodu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia Współmałżonka.
12. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z pobytami Współmałżonka w szpitalu nieprzekraczającymi 180 dni w okresie jednego roku polisowego.
13. Jeżeli w tym samym dniu Współmałżonek był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
14. 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.
15. 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.
16. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3, oraz ust. 4 pkt 1), 5), 6), 15).

51. 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, który:
 - 1) spowodowany został nieszczęśliwym wypadkiem oraz;
 - 2) rozpoczął się i trwał 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 OIOMie 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 OIOMie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOMie.
6. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej aktualnej w dniu rozpoczęcia pobytu Współmałżonka w szpitalu.
7. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Współmałżonka w szpitalu Towarzystwo nie uwzględni okresu pobytu na przepustkach.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu Współmałżonka w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11) i odnoszących się do Współmałżonka.
9. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Współmałżonka w szpitalu nieprzekraczającymi 180 dni w okresie jednego roku polisowego.
10. Jeżeli w tym samym dniu Współmałżonek był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
11. 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.
12. 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.

13. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 5), 6), 15).

52. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Współmałżonka albo Partnera – Wariant Podstawowy

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Współmałżonka albo Partnera – Wariant Rozszerzony.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Współmałżonka którejkolwiek z wymienionych i zdefiniowanych w Wariancie Podstawowym 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. Wszystkie postanowienia Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.
4. 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 Wariancie Podstawowym Załącznika nr 2 do OWU.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca poważne zachorowanie Współmałżonka nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5) – 8) i odnoszących się do Współmałżonka 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:
 - a) którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11),
 - b) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej.
 Wyjątek stanowią nieszczęśliwe wypadki które miały miejsce w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem skutki zdarzeń tego wypadku, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się a okres od daty zakończenia a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni i odnoszących się do Współmałżonka.
6. Prawo do świadczenia z tytułu poważnego zachorowania Współmałżonka 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 7.
7. Jeżeli stany chorobowe u Współmałżonka, o których mowa w pkt 6, których następstwem jest wystąpienie, któregośkolwiek z poważnych zachorowań wymienionych w Wariancie Podstawowym 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.
8. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania Współmałżonka wymienionego i zdefiniowanego w Wariancie Podstawowym Załącznika nr 2 do OWU odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu tego poważnego zachorowania Współmałżonka wygasa.
9. 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.
10. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 5), 6) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 11.
11. Towarzystwo ma prawo skierować Współmałżonka na dodatkowe badania lekarskie, których koszt ponosi Towarzystwo.

53. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Współmałżonka albo Partnera – Wariant Rozszerzony

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Współmałżonka albo Partnera – Wariant Podstawowy.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Współmałżonka którejkolwiek z wymienionych i zdefiniowanych w Wariancie Rozszerzonym 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. Wszystkie postanowienia Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.
4. 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 Wariancie Rozszerzonym Załącznika nr 2 do OWU, z zastrzeżeniem pkt 5.
5. W przypadku wystąpienia u Współmałżonka poważnego zachorowania związanego z angioplastyką naczyń wieńcowych, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca poważne zachorowanie Współmałżonka nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5) – 8) i odnoszących się do Współmałżonka 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:
 - a) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11)

- b) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej. Wyjątek stanowią nieszczęśliwe wypadki które miały miejsce w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem skutki zdarzeń tego wypadku, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się a okres od daty zakończenia a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni i odnoszących się do Współmałżonka.
7. Prawo do świadczenia z tytułu poważnego zachorowania Współmałżonka 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 8.
 8. Jeżeli stany chorobowe u Współmałżonka, o których mowa w pkt 7, których następstwem jest wystąpienie, któregośkolwiek z poważnych zachorowań wymienionych w Wariantie Rozszerzonym 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.
 9. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania Współmałżonka wymienionego i zdefiniowanego w Wariantie Rozszerzonym Załącznika nr 2 do OWU odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu tego poważnego zachorowania Współmałżonka wygasa.
 10. 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.
 11. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 5), 6) lub na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 12.
 12. Towarzystwo ma prawo skierować Współmałżonka na dodatkowe badania lekarskie, których koszt ponosi Towarzystwo.

54. Umowa Dodatkowa dotycząca leczenia specjalistycznego Współmałżonka albo Partnera

1. Zakres odpowiedzialności obejmuje przeprowadzanie leczenia specjalistycznego Współmałżonka albo Partnera, które rozpoczęło się i miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej oraz dotyczyło:
 - 1) ablacji;
 - 2) chemioterapii albo radioterapii;
 - 3) cyber knife lub gamma knife;
 - 4) dializoterapii;
 - 5) domowego leczenia tlenem;
 - 6) terapii interferonowej;
 - 7) wertebroplastyki (z każdej przyczyny);
 - 8) wszczepienie implantu ślimakowego;
 - 9) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora;
 - 10) wszczepienie pompy Baclofenowej;
 - 11) wszczepienia rozrusznika serca.
2. W przypadku leczenia specjalistycznego Współmałżonka albo Partnera, 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 pierwszego zabiegu gamma knife lub cyber knife;
 - 4) wykonania pierwszej dializy w przypadku dializoterapii;
 - 5) rozpoczęcia leczenia tlenem w przypadku domowego leczenia tlenem;
 - 6) przeprowadzenia zabiegu operacyjnego w przypadku wertebroplastyki;
 - 7) wszczepienia implantu ślimakowego, kardiowertera/defibrylatora, pompy Baclofenowej, rozrusznika serca;
 - 8) wykonania ablacji.
3. Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w związku z tym samym zdefiniowanym leczeniem specjalistycznym Współmałżonka albo Partnera, 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 przeprowadzenia leczenia specjalistycznego:
 - 1) które zostało zalecone Współmałżonkowi albo Partnerowi przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) który był następstwem stanów chorobowych ujawnionych lub leczonych u Współmałżonka albo Partnera 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 zakresem przeprowadzenie danego leczenia specjalistycznego u Współmałżonka albo Partnera.
 - 2) wcześniejsza umowa ubezpieczenia obejmująca zakresem przeprowadzenie danego leczenia specjalistycznego została rozwiązana;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie 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 wypłaci tylko jedno świadczenie w przypadku przeprowadzenia leczenia specjalistycznych, które pozostają ze sobą w związku przyczynowo-skutkowym, co potwierdza zgromadzona dokumentacja medyczna.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli choroba powodująca przeprowadzenie danego leczenia specjalistycznego nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5) – 8), 13).
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1), 6) -7).

55. 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, 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. W przypadku poddania się przez Współmałżonka operacji chirurgicznej 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 ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca konieczność wykonania operacji chirurgicznej Współmałżonka nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5) – 7), 14) i odnoszących się do Współmałżonka lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną operacji chirurgicznej Współmałżonka:
 - a) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11);
 - b) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej. Wyjątek stanowią nieszczęśliwe wypadki które miały miejsce w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem skutki zdarzeń tego wypadku, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się a okres od daty zakończenia a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni i odnoszących się do Współmałżonka.
5. Towarzystwo nie przyszuje 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 w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub operacją profilaktyczną u nosicieli mutacji w genach BRCA1/ BRCA2, APC i RET;
 - 2) operacją zmiany płci, pozabawienia 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. Prawo do świadczenia nie przyszuje w związku z operacją chirurgiczną Współmałżonka, na którą skierowanie zostało wystawione przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 7.
7. Jeżeli wystawienie skierowania na przeprowadzenie operacji chirurgicznej Współmałżonka miało miejsce przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) wystawienie skierowania na przeprowadzenie operacji chirurgicznej Współmałżonka miało miejsce 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 chirurgicznej 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 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 i 7 jest najwyższa, z zastrzeżeniem pkt 9.
9. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za operację chirurgiczną będącą następstwem choroby która w różnym czasie i niezależnie od siebie atakuje narządy lub organy występujące w parze.
10. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 5), 6).

56. 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 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. XI ust. 2 pkt 5), 7), 14) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną operacji chirurgicznej:
 - a. nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11),
 - b. miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej. Wyjątek stanowią nieszczęśliwe wypadki które miały miejsce w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem skutki zdarzeń tego wypadku, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się a okres od daty zakończenia a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
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.
7. Prawo do świadczenia nie przysługuje w związku z operacją chirurgiczną, na którą skierowanie zostało wystawione przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 8.
8. Jeżeli wystawienie skierowania na przeprowadzenie operacji chirurgicznej Współmałżonka miało miejsce przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) wystawienie skierowania na przeprowadzenie operacji chirurgicznej Współmałżonka miało miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji chirurgicznej Współmałżonka;
 - 2) ochrona 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 chirurgicznej Współmałżonka 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.
9. 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 10.
10. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za operację chirurgiczną będącą następstwem choroby, która w różnym czasie i niezależnie od siebie atakuje narządy lub organy występujące w parze.
11. 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.
12. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 5), 6).

57. 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.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Dziecka nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 1 i odnoszących się do Dziecka.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 7), 12).

58. 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:
 - 1) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11),
 - 2) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej i odnoszących się do Dziecka.
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 210 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. XII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 7), 12).

59. 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:

- 1) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11),
- 2) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. W rozumieniu 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. W przypadku, gdy Dziecko bez uzasadnionych powodów odmówi wykonania badań mających na celu ustalenie stężenia alkoholu we krwi, uznaje się, że osoba ta znajduje się w stanie po spożyciu alkoholu.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 3), 4), 7), 8).
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 210 dni od daty zajścia tego wypadku;
 - 3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Dziecka.

60. 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. XI ust. 1.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 2, ust. 4 pkt 8), 13), 14).

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

1. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka:
 - 1) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11),
 - 2) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej i odnoszących się do Dziecka.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia, rodzaju i stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII 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 nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka powstał 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 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, a miało to wpływ na ustalenie aktualnego stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka, rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka zostaną ustalone w wyniku analizy jako różnica 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 Dziecka nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Dziecko.
11. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.

62. 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) **zwinięcie** – 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, zwinięcie lub skręcenie wskutek nieszczęśliwego wypadku który nie spowodował trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka.

4. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenia w związku ze złamaniami, zwichnięciami, skręceniami 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, skręceniem, 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, kołnierż 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:
 - 1) nastąpiło wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11),
 - 2) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej.
7. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7), 8).

63. 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. XI ust. 2 pkt 5) – 8), 13) i odnoszących się do Dziecka 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:
 - a) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11)
 - b) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej. Wyjątek stanowią nieszczęśliwe wypadki które miały miejsce w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem skutki zdarzeń tego wypadku, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się a okres od daty zakończenia a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni i odnoszących się do Dziecka.
4. Prawo do świadczenia z tytułu poważnego zachorowania Dziecka 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 ust. 5.
5. Jeżeli stany chorobowe u Dziecka, o których mowa w pkt 4, których następstwem jest wystąpienie któregoś 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 ujawniły się w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania Dziecka;
 - 2) ochrona w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania Dziecka zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania Dziecka 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.
6. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu danego 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 Art. XII 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.

64. Umowa Dodatkowa dotycząca leczenia specjalistycznego Dziecka

1. Zakres odpowiedzialności obejmuje przeprowadzanie leczenia specjalistycznego Dziecka, które rozpoczęło się i miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej oraz dotyczyło:
 - 1) ablacji;
 - 2) chemioterapii albo radioterapii;
 - 3) cyber knife lub gamma knife
 - 4) dializoterapii;
 - 5) domowego leczenia tlenem;
 - 6) terapii interferonowej;
 - 7) wertebroplastyki (z każdej przyczyny);
 - 8) wszczepienie implantu ślimakowego;
 - 9) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora;
 - 10) wszczepienie pompy Baclofenowej;
 - 11) wszczepienia rozrusznika serca.

2. W przypadku leczenia specjalistycznego Dziecka, 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 pierwszego zabiegu gamma knife lub cyber knife;
 - 4) wykonania pierwszej dializy w przypadku dializoterapii;
 - 5) rozpoczęcia leczenia tlenem w przypadku domowego leczenia tlenem;
 - 6) przeprowadzenia zabiegu operacyjnego w przypadku wertebroplastyki;
 - 7) wszczepienia implantu ślimakowego, kardiowertera/defibrylatora, pompy Baclofenowej, rozrusznika serca;
 - 8) wykonania ablacji.
3. Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w związku z tym samym zdefiniowanym leczeniem specjalistycznym Dziecka, 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 przeprowadzenia leczenia specjalistycznego:
 - 1) które zostało zalecone Dziecku przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) które był następstwem stanów chorobowych ujawnionych lub leczonych u Dziecka 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 Dziecka;
 - 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 wypłaci tylko jedno świadczenie w przypadku przeprowadzenia leceń specjalistycznych, które pozostają ze sobą w związku przyczynowo-skutkowym, co potwierdza zgromadzona dokumentacja medyczna.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli choroba powodująca przeprowadzenie danego leczenia specjalistycznego nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5) – 8), 13).
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1), 7) - 8).

65. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Dziecka

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje operacje chirurgicznej 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. W przypadku poddania się przez Dziecko operacji chirurgicznej 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 ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca konieczność wykonania operacji chirurgicznej Dziecka nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5) – 7), 14) i odnoszących się do Dziecka lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną operacji chirurgicznej Dziecka:
 - a) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11);
 - b) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej. Wyjątek stanowią nieszczęśliwe wypadki które miały miejsce w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem skutki zdarzeń tego wypadku, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się a okres od daty zakończenia a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni i odnoszących się do Dziecka.
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;
 - 2) operacją zmiany pici, 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. Prawo do świadczenia nie przysługuje w związku z operacją chirurgiczną Dziecka, na którą skierowanie zostało wystawione przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 6.
6. Jeżeli wystawienie skierowania na przeprowadzenie operacji chirurgicznej Dziecka miało miejsce przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) wystawienie skierowania na przeprowadzenie operacji chirurgicznej Dziecka miało miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji chirurgicznej Dziecka;
 - 2) ochrona w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji chirurgicznej Dziecka zakończyła się;

3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji chirurgicznej Dziecka 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 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 i 6 jest najwyższa, z zastrzeżeniem pkt 8.
8. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za operację chirurgiczną będącą 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. XII ust. 1, ust. 3 oraz ust 4 pkt 1), 7), 8).

66. 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 operację chirurgiczną Dziecka 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 3 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. XI ust. 2 pkt 5), 7), 14) lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną operacji chirurgicznej:
 - a) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11);
 - b) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej. Wyjątek stanowią nieszczęśliwe wypadki które miały miejsce w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakres skutki zdarzeń tego wypadku, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się a okres od daty zakończenia a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.
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;
 - 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. Prawo do świadczenia nie przysługuje w związku z operacją chirurgiczną, na którą skierowanie zostało wystawione przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 7.
7. Jeżeli wystawienie skierowania na przeprowadzenie operacji chirurgicznej Dziecka miało miejsce przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) wystawienie skierowania na przeprowadzenie operacji chirurgicznej Dziecka miało miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji chirurgicznej Dziecka;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji chirurgicznej Dziecka zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakres przeprowadzenia danej operacji chirurgicznej Dziecka 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 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 ponosi odpowiedzialność za operację chirurgiczną będącą 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. XI ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7), 8).

67. 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 choroby lub nieszczęśliwego wypadku, który trwał nieprzerwanie co najmniej 7 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 zakres 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 wysokości 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. XI ust. 2 pkt 5) – 7), 12) – 14) i odnoszących się do Dziecka lub
 - 2) nieszczęśliwy wypadek powodujący pobyt w szpitalu:
 - a) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11) i odnoszących się do Dziecka lub
 - 3) pobyt w szpitalu:
 - był następstwem leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku
 - był związany z operacją kosmetyczną, plastyczną lub operacją zmiany płci z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub operacją niezbędną do usunięcia następstw choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa
6. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeśli pobyt Dziecka w szpitalu był spowodowany usuwaniem ciąży, położeniem 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. XII ust. 1, ust. 3 oraz 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.

68. 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, który:
 - 1) spowodowany został nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 2) 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 Dziecka w szpitalu:
 - 1) nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11) i odnoszących się do Dziecka.
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 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. XII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 1), 7), 8), 15).

69. 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 choroby lub 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 Ubezpieczonego do Umowy Dodatkoweji trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. 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 Dziecka w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
4. 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.
5. 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 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 Dziecka w szpitalu.
7. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) choroba powodująca pobyt Dziecka w szpitalu nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5) – 7), 12) – 14) lub

- 2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu Dziecka w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11) lub
- 3) pobyt Dziecka w szpitalu:
 - był następstwem leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
9. był związany z operacją kosmetyczną, plastyczną lub operacją zmiany płci, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub operacją niezbędną do usunięcia następstw choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z pobytami Dziecka w szpitalu nieprzekraczającymi 180 dni w okresie jednego roku polisowego.
10. Jeżeli w tym samym dniu Dziecko było pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust 3, ust 4 pkt 1), 7), 8), 15).
15. 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 Ubezpieczonego do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego 30 dniowego okresu pobytu Dziecka w szpitalu.

70. Umowa Dodatkowa dotycząca ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po pobycie Dziecka w szpitalu

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu bądź Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku bądź Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu – świadczenie dzienne.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje ryczałtowe pokrycie kosztów zakupu leków zaleconych Dziecku po pobycie w szpitalu, z zastrzeżeniem, że zalecenie takie powinno bezpośrednio wynikać z dokumentu potwierdzającego pobyt Dziecka w szpitalu.
3. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie tytułem ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po pobycie Dziecka w szpitalu w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Dziecka w szpitalu, z zastrzeżeniem pkt 4.
4. Jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu rozpoczął się w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem pobyt Dziecka 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 wypłaci Ubezpieczonemu, w oparciu o datę wydania zalecenia zakupu leków Dziecku w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, 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 Dziecka w szpitalu bądź Umowie Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku bądź Umowie Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu, w zależności od tego, która z tych Umów Dodatkowych została zawarta,
7. Zgłoszenie wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu bądź Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku albo Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu – świadczenie dzienne jest równoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.

71. Umowa Dodatkowa dotycząca sprawowania przez Ubezpieczonego opieki nad Dzieckiem po pobycie w szpitalu

1. Na użytek Umowy Dodatkowej wprowadza się następującą definicję:
rekonwalescencja – okres powrotu Dziecka do zdrowia, następujący bezpośrednio po pobycie w szpitalu.
2. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu bądź Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku bądź Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu – świadczenie dzienne.
3. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza możliwość zawarcia Umowy Dodatkowej dotyczącej sprawowania przez Ubezpieczonego opieki nad Dzieckiem po pobycie w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
4. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje sprawowanie przez Ubezpieczonego osobistej opieki nad chorym Dzieckiem przebywającym na rekonwalescencji.
5. Umowa Dodatkowa nie obejmuje okresu, w którym Ubezpieczony sprawował opiekę nad Dzieckiem w trakcie pobytu w szpitalu.
6. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za pobyt Dziecka na rekonwalescencji w trakcie trwania ochrony w ramach Umowy Dodatkowej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w pierwszym dniu rekonwalescencji, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu poprzedzający rekonwalescencję Dziecka:
 - 1) rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa oraz
 - 2) trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni.
7. W okresie jednego roku polisowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu nie więcej niż 2 świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący pobyt Dziecka na rekonwalescencji nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11) i odnoszących się do Dziecka lub
 - 2) choroba powodująca pobyt Dziecka na rekonwalescencji nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 5) – 8), 12), 13) i odnoszących się do Dziecka.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7), 8) oraz kserokopii zwolnienia lekarskiego uprawniającego Ubezpieczonego do zasiłku opiekuńczego z tytułu sprawowania opieki nad chorym dzieckiem wydanego przez szpital.

72. Umowa Dodatkowa dotycząca sprawowania przez Ubezpieczonego opieki nad Dzieckiem po pobycie w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Na użytek Umowy Dodatkowej wprowadza się następującą definicję:
rekonwalescencja – okres powrotu Dziecka do zdrowia, następujący bezpośrednio po pobycie w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza możliwość zawarcia Umowy Dodatkowej dotyczącej sprawowania przez Ubezpieczonego opieki nad Dzieckiem po pobycie w szpitalu.
4. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje sprawowanie przez Ubezpieczonego osobistej opieki nad chorym Dzieckiem przebywającym na rekonwalescencji.
5. Umowa Dodatkowa nie obejmuje okresu w którym Ubezpieczony sprawował opiekę nad Dzieckiem w trakcie pobytu w szpitalu.
6. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za pobytu Dziecka na rekonwalescencji w trakcie trwania ochrony w ramach Umowy Dodatkowej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w pierwszym dniu rekonwalescencji, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu poprzedzający rekonwalescencję Dziecka:
 - 1) rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa oraz
 - 2) trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni.
7. W okresie jednego roku polisowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu nie więcej niż 2 świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący pobyt Dziecka na rekonwalescencji nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11) i odnoszących się do Dziecka.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7), 8) oraz kserokopii zwolnienia lekarskiego uprawniającego Ubezpieczonego do zasiłku opiekuńczego z tytułu sprawowania opieki nad chorym dzieckiem wydanego przez szpital.

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

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje refundację kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych zaleconych w leczeniu następstw nieszczęśliwego wypadku któremu uległo Dziecko i wymienionych w Tabeli przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, stanowiącej załącznik nr 5 do OWU, poniesionych przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek Dziecka:
 - 1) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11)
 - 2) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej. Wyjątek stanowią nieszczęśliwe wypadki które miały miejsce w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem skutki zdarzeń tego wypadku, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się a okres od daty zakończenia a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni i odnoszących się do Dziecka.
3. Zwrot kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych następuje na podstawie dostarczonych faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Dziecko, do wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku Dziecka a w przypadku o którym mowa w pkt 2 ppkt. 2) – w dniu początku ochrony z tytułu Umowy Dodatkowej, pod warunkiem, że naprawa, zakup lub wypożyczenie przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych został zalecony przez lekarza, a wydatek został poniesiony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku Dziecka.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7), 8) oraz faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Dziecko (bądź opiekuna prawnego Dziecka) dotyczących naprawy, zakupu lub wypożyczenia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wraz z zaleceniem zakupu lub wypożyczenia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych 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.

74. Umowa Dodatkowa dotycząca refundacji kosztów leczenia Dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje refundację kosztów leczenia poniesionych przez Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, któremu uległo Dziecko.
2. Refundacja kosztów leczenia Dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku obejmuje koszty leczenia powstałe w trakcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z:
 - 1) udzieleniem pierwszej pomocy lekarskiej lub ambulatoryjnej Dziecku;
 - 2) pobytem w szpitalu, przeprowadzeniem badań, zabiegów (z wyłączeniem zabiegów rehabilitacyjnych) i operacji (z wyłączeniem operacji plastycznych) Dziecka;
 - 3) nabyciem lekarstw i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza Dziecku;
 - 4) przewozem Dziecka do szpitala lub ambulatorium, jeżeli stan zdrowia Dziecka uniemożliwia samodzielne dotarcie do szpitala lub ambulatorium.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek Dziecka:
 - 1) nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11)
 - 2) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej. Wyjątek stanowią nieszczęśliwe wypadki które miały miejsce w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem skutki zdarzeń tego wypadku, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się a okres od daty zakończenia a datą przystąpienia do Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni i odnoszących się do Dziecka.

4. Refundacja kosztów leczenia następuje na podstawie dostarczonych rachunków lub faktur, do wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku Dziecka a w przypadku o którym mowa w pkt 3 ppkt. 2) – w dniu początku ochrony z tytułu Umowy Dodatkowej, pod warunkiem że koszty zostały poniesione przez Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1, ust. 3, ust. 4 pkt 1), 7), 8) oraz faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Dziecko (bądź opiekuna prawnego Dziecka) za wydatki poniesione w trakcie 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.

75. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka rozszerzonej 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, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu 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. XII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 7), 8), 13).

76. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka rozszerzona 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 urodzenia żywego Dziecka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Dziecka, z zastrzeżeniem pkt 3.
3. Świadczenie z tytułu urodzenia Dziecka, o którym mowa w pkt 2 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 4 oraz pkt 6.
4. Świadczenie z tytułu urodzenia Dziecka z wadą wrodzoną, o którym mowa w pkt 3 ppkt 2) zostanie wypłacone jeżeli:
 - 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.
5. 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.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli urodzenie Dziecka z wadą wrodzoną, o którym mowa w pkt 3 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 zarażenia 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. XII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1), 7), 8), 13).

77. 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 z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci 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. XII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 7), 18).

78. 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 odpowiednio w dniu poronienia, z zastrzeżeniem, że w przypadku poronienia w trakcie tej samej ciąży więcej niż jednego zarodka lub 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 zarodka lub płodu lub poronienie, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 7), 18), 19).

79. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców

1. W przypadku śmierci Rodzica w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Rodzica.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyzna albo Macochy, pod warunkiem że odpowiednio biologiczny ojciec albo biologiczna matka Ubezpieczonego nie żyją i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca albo matki.
3. Z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Rodziców Towarzystwo wypłaci danemu Ubezpieczonemu nie więcej niż dwa świadczenia
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 7), 10).

80. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów lub rodziców Partnera

1. W przypadku śmierci Teścia w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Teścia.
2. Wszystkie postanowienia Umowy Dodatkowej dotyczące Współmałżonka stosuje się odpowiednio do Partnera.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyrna albo Macochy Współmałżonka, pod warunkiem, że odpowiednio biologiczny ojciec albo biologiczna matka Współmałżonka nie żyją i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci odpowiednio ojca albo matki Współmałżonka.
4. Z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Teściów Towarzystwo wypłaci danemu Ubezpieczonemu nie więcej niż dwa świadczenia.
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1 oraz ust. 4 pkt 5) – 7), 11).

81. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Rodzica wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci 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
 - 1) wskutek któregoś z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11) i odnoszących się do Rodzica.
 - 2) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej
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 210 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 albo Macochy wskutek nieszczęśliwego wypadku pod warunkiem, że odpowiednio biologiczny ojciec albo biologiczna matka Ubezpieczonego 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. XII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 7), 10).

82. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów lub rodziców Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Teścia wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci 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:
 - 1) nastąpił wskutek któregoś z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 6), 9) – 11) i odnoszących się do Teścia,
 - 2) miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej
4. Z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Teściów wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci nie więcej niż dwa świadczenia.
5. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyrna albo Macochy Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku pod warunkiem, że odpowiednio biologiczny ojciec albo biologiczna 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 210 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. XII ust. 1, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 5) – 7), 11).

83. 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 Ubezpieczonego, 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 Ubezpieczonego;
 - 6) **Lekarz Centrum Pomocy Generali** – lekarz współpracujący z CPG;
 - 7) **miejsce zamieszkania** – wskazane przez Ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia do Umowy miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 8) **nagle zachorowanie** – stan chorobowy Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego 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 Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego, 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 – 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 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 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 Partner 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 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 niezbędnych zabiegów pielęgnacyjnych 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. Świadczenie udzielane jest 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 oraz pokrywa koszt rehabilitacji Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego na zlecenie przez lekarza zabiegi w poradni rehabilitacyjnej najbliższego miejsca 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 zapewnia 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 na życzenie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego:
 - a) osobisty asystent – na życzenie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego CPG organizuje wybrane świadczenie:
 - telefoniczna konsultacja z lekarzem – CPG zapewni Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu całonocowy dostęp do infolinii medycznej polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem CPG, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ustnej informacji co do dalszego toku postępowania oraz telefoniczny dostęp do informacji o lekach, ich działaniu, interakcjach z innymi środkami, przeciwwskazaniach, dawkowaniu, ich zamiennikach;
 - organizacja wizyty u lekarza specjalisty – jeżeli lekarz wysłany przez CPG zaleci wizytę u lekarza specjalisty, CPG zorganizuje wizytę w najbliższym możliwym terminie wskazanym przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego. Koszt wizyty ponosi osoba wnioskująca o świadczenie;
 - osoba towarzysząca przy transporcie ze szpitala do szpitala – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony korzysta ze świadczenia transportu ze szpitala do szpitala, opisanego w pkt 6 ppkt 1) lit. e), CPG organizuje i pokrywa koszt transportu osoby towarzyszącej.
 - b) infolinia medyczna – CPG zapewni Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu możliwość rozmowy z lekarzem CPG, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu informacji. Informacje udzielone przez lekarza CPG nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń. Ponadto CPG udostępni Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu następujące informacje:
 - baza danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów;
 - baza danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia;
 - baza danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych;
 - baza danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych);
 - baza danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju;
 - baza danych placówek opieki społecznej;
 - baza danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
 - działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia);
 - informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań;
 - informacja medyczna o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów);
 - informacja farmaceutyczna o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne; interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów;
 - informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach;
 - informacja o grupach wsparcia i telefonach zaufania w Polsce dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, samotnych matek, cierpiących na określone schorzenia lub dotkniętych narkomanią, alkoholizmem, nikotynizmem, przemocą domową, chorobą nowotworową, cukrzycą, otyłością, anoreksją, bulimią, depresją;
 - informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia;
 - informacja o ciąży;
 - informacje dla młodych matek dotyczące pielęgnacji niemowląt;
 - informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy;
 - instrukcja przygotowania do zabiegów i badań medycznych;
 - profilaktyka zachorowań na grypę.
- 6) 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 ważnych wiadomości jego rodzinie lub pracodawcy, zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa 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;
 - 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 zaistniałymi 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 pasażerski przewoźnika lotniczego w rozumieniu przepisów prawa lotniczego;
 - 10) spożycia lub spożywania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza;
 - 11) niestosowania się Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza CPG;
 - 12) chorób przewlekłych;
 - 13) uprawianiem przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarstwa, spływów sportowych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkur, 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 uniemożliwiającą 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).

84. Umowa Dodatkowa dotycząca assistance fitness

1. Na użytek Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **Awaria roweru** – nagłe 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 lekarstw 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, przecięcia 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:
 - i 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;
 - ii 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;
 - iii 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 raz w roku polisowym. Transport odbywa się z drogi utwardzonej. Transport roweru oraz Ubezpieczonego może być zorganizowany tylko w zasięgu dróg publicznych.
- iv usługi realizowane na życzenie Ubezpieczonego:
- 1 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
 - 2 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 golfa, 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
 - 3 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.

85. 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 porożu (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.

86. 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 nieznanym etiologii, charakteryzująca się postępującym zwyrodnieniem szlaków korowo-rdzeniowych, 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.
 - 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 Alzheimera)** – 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:
 - do zakażenia doszło w okresie ubezpieczenia, podczas przetaczania ze wskazań medycznych krwi lub preparatów krwiopochodnych;
 - Ubezpieczony nie był leczony z powodu hemofilii;
 - do 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, jeżeli rozpoznano u niego chorobę lub uszkodzenie ciała powodujące trwałą, krytyczną, nieodwracalną utratę zdrowia tj:
 - 1) chorobę Alzheimera;
 - 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) udar mózgu;
 - 12) utratę mowy;
 - 13) utratę słuchu;
 - 14) utratę wzroku;
 - 15) zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimera);
 - 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) - 4) jeżeli 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 uszkodzenie ciała lub transplantacja organów:
 - 1) nastąpiła w związku z którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1)-4), 6 i 9) – 12).
 - 2) nieszczęśliwy wypadek miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej.
 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) 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 określony 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.

87. Umowa Dodatkowa assistance onkologiczny

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 w zakresie usług pomocy medycznej (medycznego assistance) oraz niezwłocznie organizuje wykonanie wymaganej usługi (zwane dalej „Centrum Pomocy”). Numer telefonu Centrum Pomocy wskazany jest w certyfikacie;
 - 2) **Hospitalizacja** – leczenie w Szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 2 doby, licząc od momentu przyjęcia do Szpitala;
 - 3) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, niebędąca członkiem najbliższej rodziny Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
 - 4) **Lekarz konsultant** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza, zgodnie z prawem obowiązującym w kraju wykonywania przez niego zawodu lekarza, wskazana przez konsultanta Centrum Pomocy w celu sporządzenia drugiej opinii medycznej;
 - 5) **Guz wewnątrzczaszkowy łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy** – Histologicznie łagodny guz nowotworowy mózgu, nerwów czaszkowych lub opon, zlokalizowany wewnątrzczaszkowo, spełniający wszystkie poniższe warunki:

- jego istnienie zagraża życiu;
- wymaga usunięcia chirurgicznego, a w przypadku zaniechania operacji, powoduje trwały ubytek neurologiczny;
- jego istnienie zostało potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga na podstawie wyniku badania magnetycznego rezonansu jądrowego, tomografii komputerowej lub innych badań wizualizacyjnych.

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są:

- guzy przysadki mózgowej;
- naczyniaki.

- 6) **Miejsce zamieszkania** – wskazany przez Ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia do Umowy adres zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 7) **Nowotwór** – Nowotwór złośliwy inwazyjny lub Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ), lub Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy;
 - 8) **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);
 - 9) **Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ)** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórek nowotworowych, nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi i niepowodujący 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. hiperkeratozy, dysplazji, stanów przedrakowych;
 - c. nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
 - 10) **Ubezpieczony** – osoba, która przystąpiła do ubezpieczenia;
 - 11) **Szpital** – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej – na terenie krajów Unii Europejskiej lub krajów Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu – o ile wynika to z zakresu usług realizowanych na podstawie niniejszej Umowy dodatkowej. W rozumieniu niniejszej definicji Szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek sanatoryjny, rehabilitacyjny lub wypoczynkowy ani jakakolwiek placówka, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
 - 12) **Usługi medycznego assistance** – zorganizowanie przez Centrum Pomocy pomocy medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, o ile wynika to z zakresu usługi opisanego w OWUD, opieki nad ludźmi, a także świadczenie usług informacyjnych w związku z zachorowaniem przez Ubezpieczonego na Nowotwór.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
 3. Zakres ubezpieczenia obejmuje Usługi medycznego assistance, wskazane w pkt. 4 z których ma prawo skorzystać Ubezpieczony.
 4. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Usługi medycznego assistance, w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Nowotworu:
 - 1) Konsultacja telefoniczna albo wideokonsultacja medyczna z Lekarzem.
 - a. Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji medycznej z Lekarzem.
 - b. Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance przysługuje konsultacja telefoniczna z Lekarzem albo wideokonsultacja medyczna z Lekarzem, zgodnie z wyborem Ubezpieczonego.
 - c. Przed konsultacją telefoniczną lub wideokonsultacją Ubezpieczony może przesłać Lekarzowi drogą mailową albo w inny uzgodniony sposób, dokumentację medyczną dotyczącą stanu swojego zdrowia.
 - d. Lekarz, po przeprowadzonej konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji medycznej, może przesłać Ubezpieczonemu, drogą mailową albo w inny uzgodniony z nią sposób, recepty pełnopłatne lub skierowanie na zalecone podczas konsultacji badania.
 - 2) Pomoc onkopscychologa.
 - a. Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty wizyty Ubezpieczonego u onkopscychologa.
 - 3) Wizyta pielęgniarska po Hospitalizacji.
 - a. W przypadku gdy Ubezpieczony, był hospitalizowany i zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza potrzebuje opieki pielęgniarskiej po zakończeniu Hospitalizacji, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty wizyty pielęgniarskiej po Hospitalizacji. Wizyta pielęgniarska obejmuje następujące czynności:
 - a) wykonywanie zabiegów leczniczych: ćwiczeń terapeutycznych, okładów, opatrunków, rehabilitacji oddechowej, zastrzyków
 - b) podawanie leków – zgodnie z zaleceniem Lekarza Ubezpieczonego;
 - c) wykonywanie czynności diagnostycznych: pomiaru ciśnienia i tętna – zgodnie z zaleceniem Lekarza Ubezpieczonego.
 - 4) Pomoc domowa po Hospitalizacji.
 - a. W przypadku gdy Ubezpieczony, był hospitalizowany i zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza potrzebuje pomocy w domu po zakończeniu Hospitalizacji, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty pomocy domowej w jej miejscu zamieszkania.
 - b. Zakres świadczenia pomocy domowej po Hospitalizacji obejmuje następujące czynności:
 - a) utrzymanie czystości w domu: sprzątanie podłóg na sucho i na mokro, ścieranie kurzy z mebli i parapetów, odkurzanie dywanów lub wykładzin, czyszczenie ceramiki łazienkowej, czyszczenie wanny lub kabiny prysznicowej z ewentualnym brodzikiem, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu, czyszczenie płyty kuchennej;

- b) przyrządzanie codziennych posiłków (również dla niepełnoletniego dziecka zamieszkującego razem z Ubezpieczonym lub osoby niesamodzielnej zamieszkującej razem z Ubezpieczonym, która ze względu na zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie przygotować posiłków);
 - c) robienie zakupów, niezbędnych do realizacji wyżej wymienionych czynności, w miejscach wskazanych przez Ubezpiezonego, o ile odległość do nich nie będzie większa niż 50 km od jej Miejsca zamieszkania; robienie zakupów nie obejmuje pokrycia kosztów tych zakupów;
 - d) podlewanie kwiatów;
 - e) wyrzucanie śmieci.
- 5) Transport medyczny.
- a. W przypadku gdy powstanie konieczność przywiezienia Ubezpiezonego z jego Miejsca zamieszkania do szpitala lub innej placówki medycznej odpowiednio wyposażonej do udzielenia jej pomocy medycznej oraz transportu powrotnego Ubezpiezonego do jej Miejsca zamieszkania, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu medycznego.
 - b. Centrum Pomocy nie zorganizuje transportu medycznego, jeżeli z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia Ubezpiezonego konieczne będzie pilne wezwanie pogotowia ratunkowego. W takim przypadku Centrum Pomocy wyjaśni Ubezpiezonemu przyczynę odmowy zorganizowania transportu medycznego oraz ustali z nią sposób zawiadomienia pogotowia ratunkowego.
 - c. Decyzję o wyborze czasu, celu i środka transportu podejmuje Centrum Pomocy po konsultacji z Lekarzem konsultantem, uwzględniając stan zdrowia Ubezpiezonego, dostępne środki transportu oraz czas i cel transportu.
 - d. W celu umożliwienia spełnienia świadczenia transportu medycznego, Ubezpieczony zobowiązany jest do zapewnienia Centrum Pomocy dostępu do wszelkich informacji pozwalających na ocenę stanu zdrowia.
- 6) Konsultacja dietetyka.
- a. W przypadku gdy zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza istnieje konieczność konsultacji dietetyka, Centrum pomocy zorganizuje i pokryje koszty takiej konsultacji z dietetykiem w celu przekazania informacji o zasadach zdrowego żywienia i dietach (bezglutenowej, bogatoresztkowej, cukrzycowej, ubogobiałkowej, bogatobiałkowej, niskocholesterolowej, niskokalorycznej, redukcyjnej, wątrobowej, wrzodowej).
- 7) Dostarczenie leków.
- a. W przypadku gdy powstanie konieczność dostarczenia leków, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia leków dla Ubezpiezonego do wskazanego przez nią miejsca.
 - b. Świadczenie dostarczenia leków nie obejmuje pokrycia kosztów tych leków.
- 8) Organizacja i dostawa sprzętu rehabilitacyjnego.
- a. W przypadku, gdy zgodnie ze wskazaniami Lekarza, Ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia Ubezpiezonemu do jego Miejsca zamieszkania, sprzętu rehabilitacyjnego lub transportu tej osoby do miejsca zakupu w sytuacji, gdy niezbędne jest dopasowanie sprzętu rehabilitacyjnego przed zakupem.
 - b. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego.
- 9) Organizacja i dofinansowanie zakupu peruki lub protezy.
- a. W przypadku, gdy zgodnie ze wskazaniami w skierowaniu lekarskim bądź wskazaniami Lekarza Centrum Pomocy, powstanie konieczność używania przez Ubezpiezonego peruki lub protezy, Centrum Pomocy zorganizuje i dofinansuje zakup zaleconej peruki lub protezy.
- 10) Organizacja i pokrycie kosztu procesu rehabilitacji.
- a. Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty wizyt specjalisty fizjoterapeuty w Miejscu zamieszkania Ubezpiezonego lub zorganizuje jej transport do poradni rehabilitacyjnej wraz z pokryciem kosztów wizyt w poradni rehabilitacyjnej.
- 11) Opieka nad dziećmi/osobami starszymi w trakcie leczenia.
- a. Centrum Pomocy zorganizuje i pokrywa koszty opieki nad dziećmi/osobami starszymi w Miejscu zamieszkania Ubezpiezonego w trakcie jego leczenia.
- 12) Druga krajowa opinia medyczna.
- a. W ramach drugiej krajowej opinii medycznej Centrum Pomocy zweryfikuje kompletność dokumentacji, zorganizuje Ubezpiezonemu i pokryje koszty sporządzenia pisemnej opinii Lekarza konsultanta będącego specjalistą w danej dziedzinie, w celu weryfikacji postawionej diagnozy lub proponowanego toku leczenia.
 - b. Pisemna opinia, o której mowa w ppkt a, dotyczy diagnozy stanu zdrowia Ubezpiezonego oraz sposobu leczenia, na podstawie dostarczonej przez nią dokumentacji i zawiera:
 - a) opis historii choroby Ubezpiezonego;
 - b) opinię Lekarza konsultanta na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego procesu leczenia;
 - c) propozycje dotyczące dalszego postępowania i leczenia dostępnego na rynku krajowym lub za granicą, zalecanego przez Lekarza konsultanta;
 - d) informacje o osiągnięciach i doświadczeniach zawodowych Lekarza konsultanta, który przygotował drugą krajową opinię medyczną.
 - c. W celu realizacji świadczenia konieczne jest przekazanie przez Ubezpiezonego do Centrum Pomocy pełnej i kompletnej dokumentacji zawierającej informacje o dotychczasowej diagnostyce oraz leczeniu Ubezpiezonego. W przypadku nieprzekazania przez nią kompletnej dokumentacji medycznej, usługa drugiej krajowej opinii medycznej może nie zostać zrealizowana.
 - d. Świadczenie nie obejmuje kosztów zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych wykonanych w związku z przeprowadzeniem konsultacji.
- 13) Druga zagraniczna opinia medyczna.
- a. Ubezpiezonemu przysługuje opinia Lekarza konsultanta praktykującego poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, będącego specjalistą w danej dziedzinie.
 - b. Opinia, o której mowa w ppkt a, uzyskiwana jest w sytuacji, gdy u Ubezpiezonego wystąpił Nowotwór, który został poddany diagnostyce i zaproponowano Ubezpiezonemu plan leczenia.
 - c. Druga opinia lekarska ma na celu uzyskanie przez Ubezpiezonego następujących informacji:
 - a) czy proponowane leczenie jest zgodne z aktualną wiedzą lekarską w danej dziedzinie;
 - b) czy istnieją metody leczenia odpowiednie i zalecane w danym przypadku, a dostępne jedynie poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, wraz ze wskazaniem ośrodka stosującego tego typu leczenie. Świadczenie jest realizowane, w okresie do 25 dni roboczych od daty otrzymania kompletnej dokumentacji, przy koordynacji lekarza wybranego przez Centrum Pomocy na podstawie

pełnej dokumentacji medycznej (zawierającej informacje o dotychczasowej diagnostyce oraz leczeniu Ubezpieczonego zebranej i udostępnionej przez Ubezpieczonego).

- 14) Organizacja procesu leczenia.
 - a. Ubezpieczonemu przysługuje organizacja procesu leczenia mająca na celu wykonanie zaleceń drugiej opinii medycznej, o której mowa w ppkt 12 i 13, obejmująca:
 - a) analizę przypadku;
 - b) koordynację i wsparcie podczas realizacji indywidualnego planu leczenia;
 - c) zakończenie indywidualnego planu leczenia.
- 15) Badania genetyczne dla Dzieci po zdiagnozowaniu Nowotworu u Ubezpieczonego.
 - a. Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty diagnostyki, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza (badania genetyczne, morfologia, cytologia, PSA).
- 16) Badanie PET (pozytonowa tomografia emisyjna) - Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty badania zgodnie z zaleceniem Lekarza Ubezpieczonego.
- 17) Infolinia medyczna – informacje o chorobach i hospicjach:
 - a. Centrum Pomocy oferuje możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem infolinii, który udzieli Ubezpieczonemu ogólnej informacji na temat:
 - a) placówek hospicyjnych, w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance i rekomendowanych przez Lekarza tej osoby;
 - b) zasad występowania o opiekę hospicyjną;
 - c) możliwości dofinansowania do zakupu protez, peruk i innych środków pomocniczych;
 - d) fundacji onkologicznych.

5. Usługi medycznego assistance udzielane są do wysokości limitów wskazanych w Tabeli nr 1.

Tabela nr 1

Usługa medycznego assistance	Organizacja	Pokrycie kosztów	Limity Usług medycznego assistance obowiązujące w okresie ubezpieczenia i odnawialne, w przypadku przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia
Konsultacja telefoniczna albo wideokonsultacja medyczna z Lekarzem	✓	✓	2 konsultacje
Pomoc onkopsychologa	✓	✓	5 wizyt, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 1 000 zł
Wizyta pielęgniarska po Hospitalizacji	✓	✓	3 wizyty, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 300 zł
Pomoc domowa po Hospitalizacji	✓	✓	10 godzin (maksymalnie 4 godziny dziennie), do łącznej kwoty nieprzekraczającej 500 zł
Transport medyczny	✓	✓	2 razy do maksymalnie 350 km na każdy transport, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 1 000 zł
Konsultacja dietytyka	✓	✓	2 razy, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 500 zł
Dostarczenie leków	✓	✓	5 razy, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 500 zł
Organizacja i dostawa sprzętu Rehabilitacyjnego	✓	✓	2 razy, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 500 zł
Organizacja i dofinansowanie zakupu peruki lub protezy	✓	✓	Do kwoty nieprzekraczającej 5 000 zł
Organizacja i pokrycie kosztu procesu rehabilitacji	✓	✓	10 dni zabiegowych, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 1 500 zł
Opieka nad dziećmi/osobami starszymi w trakcie leczenia	✓	✓	2 razy, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 500 zł
Usługa medycznego assistance	Organizacja	Pokrycie kosztów	Limity Usług medycznego assistance nieulegające odnowieniu, w przypadku przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia
Druga krajowa opinia medyczna	✓	✓	1 raz
Druga zagraniczna opinia medyczna	✓	✓	1 raz
Organizacja procesu leczenia po Drugiej opinii medycznej	✓		1 raz
Badania genetyczne dla Dzieci po zdiagnozowaniu Nowotworu u Ubezpieczonego	✓	✓	1 raz
Badanie PET	✓	✓	1 raz, do kwoty nieprzekraczającej 6 000 zł
Nielimitowane Usługi medycznego assistance			
Infolinia medyczna			

6. W przypadku przekroczenia limitu kwotowego nadwyżka ponad limit pokrywana jest przez Ubezpieczonego.
7. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
8. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w certyfikacie.
9. Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej wyłącznie w przypadku, gdy jest jednocześnie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy.
10. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 3) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
 - 4) rozwiązania Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy.
11. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub brak możliwości wykonania świadczeń zaistniałe z przyczyn zewnętrznych niezależnych od Centrum Pomocy i mogących powodować brak dyspozycyjności usługodawców realizujących dane świadczenie.
12. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje kosztów usług powstałych z tytułu lub w następstwie:
 - 1) chorób przewlekłych Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, istniejących lub zdiagnozowanych przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 2) chorób, z którymi związana była hospitalizacja Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance w ciągu ostatnich sześciu miesięcy przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 3) helioterapii lub zabiegów zaleconych Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance ze wskazań estetycznych;
 - 4) chorób przenoszonych drogą płciową, chorób wenerycznych, AIDS, wirusa HIV pozytywnego;
 - 5) leczenia przez Lekarza będącego członkiem rodziny Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
 - 6) wypadków Ubezpieczonego wynikających z zabiegów lub leczenia nieuznanego w sposób naukowy i medyczny;
 - 7) niestosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Pomocy.
 Zakres ubezpieczenia nie obejmuje leczenia oraz transportu w przypadku, gdy stan zdrowia Ubezpieczonego wymaga natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego.
13. W przypadku zajścia zdarzenia uprawniającego do skorzystania z Usług medycznego assistance, wskazanych w pkt 4, Ubezpieczony zobowiązana jest do telefonicznego skontaktowania się z Centrum Pomocy pod numerem telefonu podanym w certyfikacie. Połączenie z powyższym numerem następuje na koszt dzwoniącego.
14. W trakcie kontaktu z Centrum Pomocy Ubezpieczony powinien podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - 3) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - 4) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - 5) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym;
 - 6) inne informacje niezbędne pracownikowi Centrum Pomocy do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
15. W przypadku, gdy podane telefonicznie informacje są niezgodne z danymi posiadanymi przez Centrum Pomocy i mogą nasuwać wątpliwości co do uprawnień do korzystania z Usług medycznego assistance, Ubezpieczony na żądanie pracownika Centrum Pomocy zobowiązana jest okazać usługodawcy przybyłemu na miejsce zdarzenia dokument tożsamości ze zdjęciem pod rygorem niezrealizowania Usługi medycznego assistance.
16. W przypadku odmowy udzielenia informacji, o których mowa w pkt 14 lub 15 lub braku współpracy z obsługą Centrum Pomocy, Centrum Pomocy może odmówić organizacji świadczeń.

88. 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 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. XI ust. 2 pkt 6) – 8), 13).
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, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
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. XII 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 których koszt ponosi Towarzystwo.

89. 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 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 urlop dla poratowania zdrowia nauczyciela powstał w wyniku którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XI ust. 2 pkt 1) – 7), 9) – 12).
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w Art. XII ust. 1 ust. 4 pkt 7) oraz
 - 1) dokumentacji medycznej wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego zalecającej leczenie poprzez udzielenie Ubezpieczonemu prawa do urlopu dla poratowania zdrowia;
 - 2) dokumentów wystawionych 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 pkt 4 lub może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, których koszt ponosi Towarzystwo.

Artykuł XVI**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 reklamację, 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.

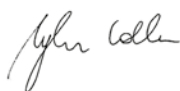
12. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Artykuł XVII

Postanowienia końcowe

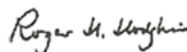
1. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Wszelkie zawiadomienia oraz oświadczenia dotyczące Umowy powinny być składane formie pisemnej lub w innej uzgodnionej z Ubezpieczającym z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w poszczególnych postanowieniach OWU.
3. Strony Umowy oraz Ubezpieczeni są zobowiązani do poinformowania się o każdej zmianie danych teleadresowych, adresu siedziby lub miejsca zamieszkania.
4. 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.
5. Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.
6. Opodatkowanie świadczeń Towarzystwa w przypadku osób fizycznych regulują przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991r. 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.
7. Towarzystwo publikuje sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń na stronie generali.pl.
8. W sprawach nieuregulowanych w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM Nr 11/2026 stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego oraz Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
9. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 1 marca 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 encefalopatię 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 agramią 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 błotkowego	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 trzaskowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20
Uwaga: Uszkodzenie nerwu trzaskowego 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 przewodów pokarmowych	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 wyluszczeniem 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 mięsaszowych 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 zeszytnieniem 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 ościstych – 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 (bólowe, 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 przerwaniem 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 mańkutów 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) Zwinięcie 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 porażeń 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 oprotegowania	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 zeszywnienie 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 śródręcza – części miękkich (skóry, mięśni, naczyń, nerwów) i kości, z obecnością blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni, trwałe zniekształcenia śródręcza, 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 śródręcza	15-20	10-15
e. utrata obu paliczków z kością śródręcza	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 śródręcza	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 śródręcza	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 śródręcza	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	

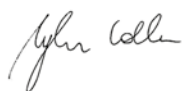
M. Uszkodzenie kończyny dolnej – ciąg dalszy	
a. ze zmianami miernego stopnia	2-20
b. ze zmianami dużego stopnia	20-40
c. z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano itp.)	40-65
146) Przykurcze i zeszywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem 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: krwiopochodne 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 oprotegowania	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: Prawidłowo funkcjonujący 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 mierząc 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 statycznie – 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

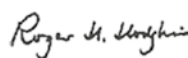
Niniejsza Tabela uszczerbków na zdrowiu stanowiąca Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM 11/2026 została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM 11/2026 od 1 marca 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 Podstawowy lub Wariant Rozszerzony, Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania Współmałżonka albo Partnera - Wariant Podstawowy lub Wariant Rozszerzony.

Lp.	Poważne zachorowanie		Wariant	
			Podstawowy	Rozszerzony
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	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.		Tak
4	bąblowiec mózgu	Usunięta chirurgicznie zmiana w mózgu, składająca się z pojedynczych lub mnogich larw typu echinococcus (pęcherz bąblowcowy), potwierdzona w rozpoznaniu histopatologicznym.		Tak
5	choroba Creutzfelda-Jakoba	Zwyrodnieniowa choroba ośrodkowego układu nerwowego (gąbczaste zapalenie mózgu), rozpoznana klinicznie przez specjalistę neurologa za życia Ubezpieczonego, powodująca niemożność samodzielnej egzystencji wyrażająca się utratą możliwości wykonywania przez Ubezpieczonego minimum 3 z listy 6 podstawowych czynności życiowych ("Activities of Daily Living"): - 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. Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki spowodowane stosowaniem leków lub substancji toksycznych.		Tak
6	choroba Crohna	Ciężka postać choroby Crohna – pełnościennne, ziarniniakowe zapalenie jelita, przebiegające wytworzeniem przetoki, niedrożnością lub perforacją jelita. Rozpoznanie potwierdzone być musi badaniem histopatologicznym.		Tak
7	choroba neuronu ruchowego	Choroba o nieznannej etiologii, charakteryzująca się postępującym zwyrodnieniem szlaków korowo – rdzeniowych, 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.		Tak

8	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
9	ciężki rzut wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (WZJG)	Zaostrzenie WZJG przebiegające z wysoką gorączką, zaburzeniami elektrolitowymi, nasiloną biegunką, w trakcie którego doszło do ostrego rozdęcia okrężnicy (megacolon toxicum), perforacji okrężnicy lub przetoki albo taka postać WZJG, która wymagała częściowego lub całkowitego chirurgicznego usunięcia jelita grubego.		Tak
10	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 – pęcherzowego, 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.		Tak
11	guz wewnątrzczaszkowy łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy	Histologicznie łagodny guz nowotworowy mózgu, nerwów czaszkowych lub opon, zlokalizowany wewnątrzczaszkowo, spełniający wszystkie poniższe warunki: - jego istnienie zagraża życiu; - wymaga usunięcia chirurgicznego, a w przypadku zaniechania operacji, powoduje trwały ubytek neurologiczny; - jego istnienie zostało potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga na podstawie wyniku badania magnetycznego rezonansu jądrowego, tomografii komputerowej lub innych badań wizualizacyjnych. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: - guzy przysadki mózgowej; - naczyniaki.	Tak	Tak
12	leczenie operacyjne choroby wieńcowej (by-pass)	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
13	neuroborelioza	Odkleszczowa choroba zakaźna wywołana przez krętki z rodzaju <i>Borrelia</i> przebiegająca z objawami neuroboreliozy w postaci: limfocytarnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenia nerwów czaszkowych, zapalenia korzeni i nerwów obwodowych, przewlekłego zapalenia mózgu i rdzenia kręgowego lub zespołem zaburzeń poznawczych i otępienia. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnimi wynikami badań serologicznych w surowicy krwi, a w przypadku zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego dodatnimi wynikami badań serologicznych w płynie mózgowo-rdzeniowym.		Tak
14	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

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. 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
16	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.	Tak	Tak
17	operacja aorty brzusznej	Laparotomia przeprowadzona z powodu choroby aorty brzusznej bez jej odgałęzień, wymagająca leczenia chirurgicznego i założenia protezy naczyniowej. Termin nie obejmuje leczenia urazowych uszkodzeń aorty brzusznej oraz zabiegów wykonywanych z dostępu wewnątrznaczyniowego.	Tak	Tak
18	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
19	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
20	ostra niewydolność wątroby	Potencjalnie odwracalna, nagła, postępująca dysfunkcja wątroby, występująca u osoby bez wcześniejszej przewlekłej choroby tego narządu i niezwiązana z zakażeniem wirusowym, charakteryzująca się wystąpieniem zaburzeń świadomości, zaburzeń krzepnięcia krwi (INR >1,5) i żółtaczką w ciągu < 4 tygodni od początków objawów. Definicja nie obejmuje przypadków niewydolności wątroby spowodowanej alkoholem lub substancjami odurzającymi.		Tak
21	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

22	pierwotne (idiopatyczne) nadciśnienie płucne	Pierwotna choroba naczyń tętniczych płuc, przebiegająca z istotnym poszerzeniem jamy prawej komory serca, skutkująca stałym i nieodwracalnym pogorszeniem wydolności fizycznej, spełniająca kryteria co najmniej III klasy wg NYHA (New York Heart Association), powodująca niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania swojej zwykłej aktywności zawodowej. Do potwierdzenia rozpoznania konieczne jest stwierdzenie podczas cewnikowania tętnicy płucnej istotnego wzrostu ciśnienia (średnio 30 mmHg lub powyżej). Definicja nie obejmuje nadciśnienia płucnego rozwijającego się wtórnie do istniejących schorzeń (wtórne nadciśnienie płucne).		Tak
23	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.		Tak
24	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
25	przewlekła niewydolność oddechowa	Stadium przewlekłych nienowotworowych chorób płuc, prowadzących do utrwalonej niewydolności oddechowej. Wymagane jest zaistnienie łącznie następujących warunków: a) badanie gazometryczne – utrzymująca się co najmniej trzy miesiące hipoksemia (ciśnienie parcjale tlenu $pO_2 < 60\text{mmHg}$) lub hiperkapnia (ciśnienie parcjale dwutlenku węgla $pCO_2 > 45\text{mmHg}$); b) badanie morfologii krwi obwodowej – utrzymująca się co najmniej trzy miesiące poliglobulia ($Ht > 55\%$).		Tak
26	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
27	przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby, spowodowane zakażeniem wirusem HBV, w którym wyznaczniki laboratoryjne uszkodzenia wątroby oraz wskaźniki immunologiczne i wirusologiczne aktywnego zakażenia utrzymują się ponad 6 miesięcy, a stopień aktywności zapalnej ocenionej w badaniu histopatologicznym ma wartość nie mniejszą niż 3 w skali od 0 do 4 gdzie stopień 0 to brak zmian zapalnych, stopień 1 to aktywność minimalna, stopień 2 to aktywność łagodna, stopień 3 to aktywność umiarkowana, a stopień 4 to aktywność duża. Uwaga – w przypadku wystąpienia wirusowego zapalenia wątroby typu B podczas wykonywania obowiązków zawodowych i przewlekłego zapalenia wątroby świadczenie wypłaca się tylko z tytułu jednego schorzenia.		Tak
28	przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby, spowodowane zakażeniem wirusem HCV, w którym wyznaczniki laboratoryjne uszkodzenia wątroby oraz wskaźniki immunologiczne i wirusologiczne aktywnego zakażenia utrzymują się ponad 6 miesięcy, a stopień aktywności zapalnej ocenionej w badaniu histopatologicznym ma wartość nie mniejszą niż 3 w skali od 0 do 4 gdzie stopień 0 to brak zmian zapalnych, stopień 1 to aktywność minimalna, stopień 2 to aktywność łagodna, stopień 3 to aktywność umiarkowana, a stopień 4 to aktywność duża. Uwaga – w przypadku wystąpienia wirusowego zapalenia wątroby typu C podczas wykonywania obowiązków zawodowych i przewlekłego zapalenia wątroby świadczenie wypłaca się tylko z tytułu jednego schorzenia.		Tak

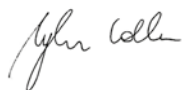
29	sepsa	Uogólniona reakcja zapalna wywołana czynnikiem infekcyjnym (zakażenie bakteryjne, wirusowe lub grzybicze), powikłana niewydolnością wielonarządową. Przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów z wymienionych 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 – PaO₂/FiO₂ <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 kreatyninemii o więcej niż 44,2 μmol/l; - przemiana materii – zwiększone stężenie mleczanu; - układ krwiotwórczy i hemostaza – płytki krwi <100 000/μl lub INR >1,5; - wątroba – bilirubina w surowicy >34,2 μmol/l (2 mg/dl); - układ nerwowy – objawy encefalopatii (niepokój, dezorientacja, pobudzenie, majaczenie, śpiączka).		Tak
30	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
31	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
32	toczeń rumieniowaty układowy z toczniowym zapaleniem nerek	Ogólnoustrojowa choroba autoimmunologiczna o nieznannej etiologii, rozwijająca się wskutek złożonych zaburzeń układu odpornościowego, prowadzących do przewlekłego procesu zapalnego w wielu tkankach i narządach. W rozumieniu niniejszych OWUD choroba musi przebiegać z zajęciem nerek (nefropatia toczniowa) i spełniać kryteria kwalifikujące ją do klasy III – VI wg aktualnej klasyfikacji Międzynarodowego Towarzystwa Nefrologicznego i Towarzystwa Chorób Nerek (ISN/RPS): - klasa I – minimalne zmiany mezangialne; - klasa II – zmiany mezangialne proliferacyjne; - klasa III – zmiany ogniskowe; - klasa IV – zmiany rozsiane; - klasa V – błoniaste kłębkowe zapalenie nerek; - klasa VI – zaawansowane zmiany stwardnieniowe. Definicja nie obejmuje innych form choroby, np. przebiegających z zajęciem skóry, stawów, czy dających jedynie zmiany w obrazie krwi.		Tak

33	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.	Tak	Tak
34	utrata kończyn	Całkowita i 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
35	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.		Tak
36	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
37	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
38	wścieklizna	Zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez wirusa wścieklizny (Rabies wirus).		Tak
39	zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimera)	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.		Tak

40	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
41	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
42	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.		Tak
43	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: a) objawy kliniczne niedokrwienia serca; b) 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); 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.	Tak	Tak
44	zespół apaliczny	Uogólniona trwała i nieodwracalna martwica kory mózgowej bez uszkodzenia pnia mózgu. Ostateczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez konsultanta neurologa. Stan ten musi trwać co najmniej jeden miesiąc w oparciu o dokumentację medyczną.		Tak
45	zgorzel gazowa	Zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych, z powodu rozpoznanego w dokumentacji medycznej ciężkiego zakażenia przyrannego, przebiegającego z rozległym obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowanego przez bakterie: Clostridium perfringens, Clostridium Novyi (oedematiens) lub Clostridium septicum. Rozpoznanie musi być potwierdzone wyhodowaniem z materiału pobranego z miejsca zachorowania kolonii ww. bakterii.		Tak

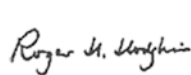
Niniejszy Katalog poważnych zachorowań stanowiący Załącznik nr 2 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM 11/2026, został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM 11/2026 od 1 marca 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 klamrowaniem	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 szklстого	C
87	Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	E
88	Zniszczenie zmiany siatkówki	D
89	Korekta deformacji powieki	E

90	Operacje gruczołu łzowego	E
91	Zespolenie 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	Wszczerpienie 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	Operacje przepukliny przeponowej	C
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	Odprowadzenie moczu przez przetokę	E
338	Ponowne wszczępienie 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 nasennego	D
377	Operacja żyłaków powrózka nasennego	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 (jajnik i/lub jajowód)	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

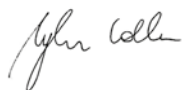
414	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	E
415	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	E
416	Operacja przepukliny pępkowej	E
417	Pierwotna operacja przepukliny udowej	E
418	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	E
419	Pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
420	Plastyka nawrotowej 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	Wszczerpienie 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

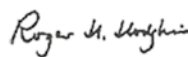
Niniejszy Katalog operacji chirurgicznych stanowiący Załącznik nr 3 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM 11/2026 został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM 11/2026 od 1 marca 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)	Histeroskopowe usunięcie polipa	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)	Pozaustrojowa 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)	Zewnątrztorebkowe 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

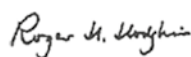
Niniejszy Katalog zabiegów specjalistycznych stanowiący Załącznik nr 4 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM 11/2026, został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM 11/2026 od 1 marca 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	Protezowa 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	Protezowe 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 zapiętku 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 podrzępkowym, 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 śródręczno-palcowych lub śródręczno-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 chomacie 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 podciągiem 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 podciągiem sprężynowym
101	Orteza na opadającą stopę: z mocowaniem do zapiętka obuwia albo z uchwytem żabkowym za obcas, albo z regulowanym podciągiem 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 Engelmanna
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 śródrečno-palcowych lub śródrečno-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 śródrečna, 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 chomacie 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 półsztywna 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 półsztywna 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 krótką 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	Czwóróg

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)

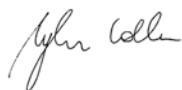
2) ŚRODKI POMOCNICZE**Lp. Wyszczególnienie**

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	Obturatorium 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, wycisowaniem 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

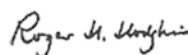
Niniejsza Tabela przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stanowiąca Załącznik nr 5 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM 11/2026 została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM 11/2026 od 1 marca 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

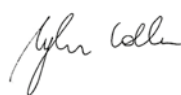
Niniejszy katalog stosuje się dla osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania Dziecka.

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	Przewlekła choroba metaboliczna o podłożu autoimmunologicznym, przebiegająca ze zniszczeniem komórek beta trzustki, wymagająca leczenia insuliną przez co najmniej 3 miesiące.
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, nerwów czaszkowych lub opon, zlokalizowany wewnątrzczaszkowo, spełniający wszystkie poniższe warunki: - jego istnienie zagraża życiu; - wymaga usunięcia chirurgicznego, a w przypadku zaniechania operacji, powoduje trwały ubytek neurologiczny; - jego istnienie zostało potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga na podstawie wyniku badania magnetycznego rezonansu jądrowego, tomografii komputerowej lub innych badań wizualizacyjnych. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: a) guzy przysadki mózgowej; b) naczyniaki.
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, charakteryzującą 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. 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. nowotworów złośliwych o stopniu zaawansowania mniejszym niż I zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC oraz nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) o niskim ryzyku (wg klasyfikacji NCCN); c. nowotworów skóry, innych niż chłoniak i czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC; d. wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
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.

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 łaseczki 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.

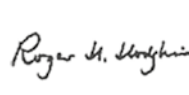
Niniejszy Katalog poważnych zachorowań Dziecka stanowiący Załącznik nr 6 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM 11/2026, został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM 11/2026 od 1 marca 2026 roku.

Agnieszka Callen



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

Roger Hodgkiss



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

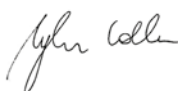
ZAŁĄCZNIK NR 7 KATALOG WAD WRODZONYCH

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

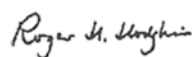
Niniejszy Katalog wad wrodzonych stanowiący Załącznik nr 7 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM 11/2026 został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM 11/2026 od 1 marca 2026 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	Choroba wywołana zakażeniem wirusem polio, objawiająca się porażeniem mięśni, uszkodzeniem rogów przednich rdzenia kręgowego i / lub komórek pnia mózgu. Świadczenie zostanie wypłacone, jeśli łącznie zostaną spełnione poniższe warunki: – rozpoznanie zostało udokumentowane specyficznymi badaniami serologicznymi; – doszło do trwałego porażenia (0 lub 1 w skali Lovetta) przynajmniej jednej kończyny lub do zaburzenia połykania oraz osłabienia mięśni oddechowych, utrzymujących się łącznie przez co najmniej 3 miesiące od rozpoznania choroby.
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 neurologicznych, skutkujących 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 virus</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.

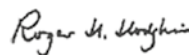
Niniejszy Katalog chorób infekcyjnych stanowiący Załącznik nr 8 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM 11/2026, został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i ma zastosowanie do Umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM 11/2026 od 1 marca 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, ateryktomii lub wszczepienia stentu w celu korekcy 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 zgodne 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 zastępowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy;
16. **Schyłkowa niewydolność oddechowa** – schyłkowe stadium choroby płuc powodujące przewlekłą niewydolność oddechową. Choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów: i. natężona pierwowo-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 parcjalne tlenu we krwi tętnicznej 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 słyszącym 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	
5	Konsultacja okulisty	
6	Konsultacja otolaryngologa	
7	Konsultacja ortopedy	
8	Konsultacja kardiologa	
9	Konsultacja neurologa	
10	Konsultacja pulmonologa	
11	Konsultacja lekarza rehabilitacji	do wyczerpania Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania
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	
24	Transport pomiędzy Placówkami medycznymi	
25	Transport z Placówki medycznej	
26	Transport na komisję lekarską oraz transport powrotny	do wyczerpania Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania
27	Transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny	
28	Dostarczenie rzeczy osobistych do szpitala	
29	Dostarczenie lekarstw	
30	Pomoc domowa po Hospitalizacji	Maks. 3 wizyty po 3 godziny każda w okresie kolejnych 14 dni (stanowiące łącznie 1 świadczenie)

* 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 któregośkolwiek 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 leczenia 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, niepokojów 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 złoгу 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 (opatrunek 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-obończykowe
38.	Badanie radiologiczne; stawy barkowo-obończykowe

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 bezwzględnej niedoboru insuliny na skutek uszkodzenia komórek beta wysp Langerhansa trzustki, z obecnością markerów procesu autoimmunologicznego, takich jak – przeciwciała przeciwwyspowe, przeciwinulinowe 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 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 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 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 ;
- 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 uzasadnionym stanie 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 pokoiku – organizacja wizyty architekta wewnątrz, 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-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)	✓
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 złoгу w obrębie układu łzowego, przewody łzowe	✓
14.	Wstrzyknięcie podspojówkowe	✓
15.	Zamknięte nastawienie zwinięcia bez znieczulenia (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)	✓
16.	Zamknięte nastawienie zwinięcia bez znieczulenia (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)	✓
17.	Zamknięte nastawienie zwinięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)	✓
18.	Zamknięte nastawienie zwinięcia 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 (opatrunek 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.	Kineziotaping	✓
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; odcinek szyjny, 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; odcinek szyjny, 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	✓

