

warta.



Ogólne Warunki Ubezpieczenia
Indywidualne ubezpieczenie na życie

WARTA DLA CIEBIE I RODZINY

Czym jest Warta Dla Ciebie i Rodziny

- Warta Dla Ciebie i Rodziny to indywidualne ubezpieczenie na życie oferowane w formie gotowych wariantów pakietów. Daje wsparcie ubezpieczonemu i jego najbliższym w trudnych sytuacjach losowych, w chorobie lub po wypadku.
- Zakres ochrony ustalamy na podstawie potrzeb ubezpieczeniowych osoby zawierającej umowę ubezpieczenia.

Dlaczego należy przeczytać Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU)

Zanim zawrzesz umowę ubezpieczenia, przeczytaj Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU). Zostały one przygotowane po to, abyś w prosty i przejrzysty sposób mogła/mógł dowiedzieć się, jak działa nasza ochrona.

Jakie informacje znajdują się w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia:

- pojęcia i definicje, których używamy w umowie,
- zakres ochrony w ramach umowy i ryzyk ubezpieczeniowych,
- sposoby realizacji świadczeń,
- ograniczenia i wyłączenia naszej odpowiedzialności,
- prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia.

To ważne, aby w pełni zrozumieć, na jakich zasadach chronimy życie i zdrowie w ramach udzielanej ochrony.

Kto jest kim w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia



Ty

osoba, która zawiera umowę ubezpieczenia, oraz współubezpieczeni



My

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A.

Gdzie uzyskać dodatkowe informacje

- U agenta oraz w dostępnych materiałach informacyjnych.

Jeśli masz pytania, skontaktuj się z nami:

502 308 308

Centrum Obsługi Klienta Warty (opłata wg taryfy operatora).

Jak zawrzeć umowę ubezpieczenia

- Skontaktuj się z agentem, a on przeprowadzi Cię przez szybki proces zawarcia umowy ubezpieczenia. Dobierze też zakres ochrony ubezpieczeniowej.

Czym jest serwis warta.pl/mojawarta

Moja Warta to serwis, w którym ubezpieczający ma dostęp online do swojej polisy.

Taki bezpośredni dostęp daje Ci możliwość:

- zdalnej weryfikacji tożsamości na potrzeby dostępu do serwisu, a także w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia,
- akceptacji warunków umowy ubezpieczenia,
- wglądu w informacje o polisach i zakresie ochrony – wszystko w jednym miejscu, 24 h/7,
- weryfikacji i aktualizacji wybranych danych osobowych podanych do umowy ubezpieczenia,
- wskazania lub zmiany uprawnionego,
- zgłoszenia roszczenia i sprawdzenia statusu świadczenia,
- potwierdzenia terminu oraz dokonania wpłaty składki.

Jak zgłosić świadczenie

Wniosek o wypłatę/realizację świadczenia Ty lub uprawniony składacie bezpośrednio do nas:



za pomocą formularza
dostępnego na stronie:
www.warta.pl/pomoc-i-obsluga/zgloszenie-szkody/formularz-zycie



moja
warta

w serwisie warta.pl/
mojawarta



w dowolnej
naszej placówce

Jak skorzystać ze świadczeń w ramach pakietu medycznego



Zadzwoń do Centrum
Obsługi Klienta Warty:
502 308 308
(opłata wg taryfy operatora)



Wybierz **1 – pomoc assistance**,
a następnie **assistance**
z ubezpieczenia na życie



Konsultant zorganizuje
pomoc odpowiednią
do sytuacji

Jak skorzystać ze świadczeń medycznych w ramach pakietu Zdrowie Psychiczne



Portal Pacjenta
warta.telemedi.com

- umawianie, odwoływanie e-konsultacji (chat, wideokonferencja)
- dostęp do historii leczenia i dokumentacji medycznej



Infolinia
222 722 722
(opłata wg taryfy operatora)

- umawianie i odwoływanie e-konsultacji, wizyt stacjonarnych i badań
 - pełne wsparcie informacyjne
- Czynne od 8.00 do 23.00 w dni robocze
oraz od 8.00 do 20.00 w soboty, niedziele i święta.



**Centrum
Operacyjne**
22 458 46 47
(opłata wg taryfy operatora)

Jeśli potrzebujesz drugiej opinii medycznej

Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie „Warta Dla Ciebie i Rodziny”

SPIS TREŚCI

Postanowienia ogólne	5
Co oznaczają użyte przez nas zwroty	5
Co obejmujemy ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia	6
Jakie są zasady zawarcia Umowy ubezpieczenia	6
Czy jest możliwość zmiany Wariantów ubezpieczenia w ramach Umowy ubezpieczenia	6
Czy jest możliwość rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiety dodatkowe w Umowie ubezpieczenia	6
W jaki sposób można odstąpić od Umowy ubezpieczenia	7
W jaki sposób można rozwiązać Umowę ubezpieczenia	7
Jak i kiedy można zgłosić oraz zmienić Partnera w Umowie ubezpieczenia	7
Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności	7
Składka i Suma ubezpieczenia	8
W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia	8
Kto jest uprawnionym do otrzymania Świadczenia z tytułu Twojej śmierci	9
Jakie są zasady wypłaty Świadczenia	9
Wariant ubezpieczenia „Dla Ciebie 80 Plus – Życie”	10
Ryzyka ubezpieczeniowe	10

OCHRONA DLA UBEZPIECZONEGO:

Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku	10
Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	11
Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy	12
Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy	13
Śmierć ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu	15
Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku	16
Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	18
Uraz niepowodujący powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku	19
Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym	21
Powstanie niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego	23
Powstanie niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku	25
Powstanie czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy	26
Pobyt ubezpieczonego w szpitalu	28
Pobyt ubezpieczonego w szpitalu PLUS	30
Pobyt ubezpieczonego w szpitalu „Dla Ciebie 66 Plus – Życie”	33
Ubezpieczenie lekowe związane z pobytem ubezpieczonego w szpitalu	35
Wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania	36
Zachorowanie ubezpieczonego na łagodny nowotwór mózgu	38
Zachorowanie ubezpieczonego na łagodny nowotwór rdzenia kręgowego	39
Zachorowanie ubezpieczonego na nowotwór złośliwy	41
Zachorowanie ubezpieczonego na nowotwór w stadium przedinwazyjnym	42
Zachorowanie ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne	44
Leczenie specjalistyczne ubezpieczonego	45
Operacje ubezpieczonego	47
Druga opinia medyczna ubezpieczonego	49
Złamanie kości ubezpieczonego w wyniku wypadku	50
Dodatkowe wsparcie finansowe dla ubezpieczonego po udarze mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym	52
Dodatkowe wsparcie finansowe dla ubezpieczonego po udarze mózgu	54
Dodatkowe wsparcie finansowe dla ubezpieczonego po zawale serca	55
Dodatkowe wsparcie finansowe dla ubezpieczonego po niestabilnej dusznicy bolesnej	56
Dodatkowe wsparcie finansowe dla ubezpieczonego po przemijającym napadzie niedokrwiennym	58
Wsparcie w zdrowiu psychicznym ubezpieczonego	59
Zachorowanie ubezpieczonego na zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania leczone szpitalnie	61

OCHRONA DLA MAŁŻONKA ALBO PARTNERA:

Śmierci małżonka albo partnera	62
Śmierć małżonka albo partnera w wyniku wypadku	63
Śmierć małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego	64
Śmierć małżonka albo partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu	66
Powstanie niezdolności małżonka albo partnera do pracy w wyniku wypadku	67
Złamanie kości małżonka albo partnera w wyniku wypadku	68
Pobyt w szpitalu małżonka albo partnera	70
Pobyt w szpitalu małżonka albo partnera PLUS	72
Ubezpieczenie lekowe małżonka albo partnera związane z pobytem w szpitalu	76
Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu u małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego	77
Uraz niepowodujący powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku wypadku	79
Wystąpienie u małżonka albo partnera poważnego zachorowania	80
Druga opinia medyczna małżonka albo partnera	82

OCHRONA DLA DZIECKA:

Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego	84
Śmierć dziecka	85
Śmierć dziecka w wyniku wypadku	86
Śmierć noworodka	87
Urodzenie się dziecka	88
Urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną	89
Urodzenie się wnuka	89
Powstanie u dziecka trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku	90
Pobyt dziecka w szpitalu	92
Ubezpieczenie lekowe związane z pobytem dziecka w szpitalu	94
Rekonwalescencja dziecka	95
Wystąpienie u dziecka poważnego zachorowania	97
Leczenie specjalistyczne dziecka	99
Druga opinia medyczna dziecka	100

OCHRONA DLA RODZICA:

Śmierć rodzica oraz rodzica małżonka albo partnera	102
Śmierć rodzica oraz rodzica małżonka albo partnera w wyniku wypadku	103
Pakiet medyczny	105
Pakiet medyczny Teleopieka kardiologiczna	123
Postanowienia końcowe	125

ZAŁĄCZNIKI DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA:

Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku	127
Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym dotycząca powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym	141
Katalog poważnych zachorowań	145
Katalog nowotworów w stadium przedinwazyjnym (in situ) oraz innych nowotworów złośliwych	156
Katalog chorób cywilizacyjnych	157
Katalog metod leczenia specjalistycznego rozszerzonego	159
Katalog metod leczenia specjalistycznego onkologicznego	161
Katalog metod leczenia specjalistycznego kardiologicznego	162
Katalog operacji	163
Tabela stanów chorobowych uprawniających do skorzystania z Teleopieki kardiologicznej	172
Katalog wad wrodzonych	174
Katalog poważnych zachorowań dziecka	175
Katalog metod leczenia specjalistycznego dziecka	180

Informacja do Ogólnych Warunków ubezpieczenia na życie „Warta Dla Ciebie i Rodziny”, zatwierdzonych Uchwałą nr 157/2026 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z dnia 30 czerwca 2026 roku i wprowadzonych w życie z dniem 1 października 2026 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2, § 3, § 13, § 14, § 17 ust. 1-2, 5-7, § 18 ust. 1-2, 5-7, § 19 ust. 1-2, 5-7, § 20 ust. 1-2, 5-7, § 21 ust. 1-2, 10-12, § 22 ust. 1-2, 5-15, § 23 ust. 1-2, 5-13, § 24 ust. 1-2, 5-7, § 25 ust. 1-2, 10-17, § 26 ust. 1-2, 11-15, § 27 ust. 1-2, 5-9, § 28 ust. 1-2, 10-15, § 29 ust. 1-2, 10-16, § 30 ust. 1-2, 10-18, § 31 ust. 1-2, 10-22, § 32 ust. 1-3, 6-10, § 33 ust. 1-2, 10-15, § 34 ust. 1-2, 10-14, § 35 ust. 1-2, 10-14, § 36 ust. 1-2, 10-14, § 37 ust. 1-2, 10-14, § 38 ust. 1-2, 10-15, § 39 ust. 1-2, 12-19, § 40 ust. 1-3, 14-20, § 41 ust. 1-3, 11-21, § 42 ust. 1-2, 5-11, § 43 ust. 1-2, 10-13, § 44 ust. 1-2, 10-12, § 45 ust. 1-2, 10-12, § 46 ust. 1-2, 10-12, § 47 ust. 1-2, 10-12, § 48 ust. 1-2, 5-10, § 49 ust. 1-2, 10-15, § 50 ust. 1-2, 11-12, § 51 ust. 1-2, 6-8, § 52 ust. 1-2, 6-8, § 53 ust. 1-3, 12-14, § 54 ust. 1-2, 6-9, § 55 ust. 1-2, 6-12, § 56 ust. 1-2, 11-17, § 57 ust. 1-2, 11-19, § 58 ust. 1-2, 5-9, § 59 ust. 1-2, 6-14, § 60 ust. 1-2, 6-8, § 61 ust. 1-2, 11-16, § 62 ust. 1-3, 12-22, § 63 ust. 1-3, 11-12, § 64 ust. 1-2, 10-11, § 65 ust. 1-2, 5-6, § 66 ust. 1-2, 10-11, § 67 ust. 1-2, 10-13, § 68 ust. 1-2, 6-7, § 69 ust. 1-2, 10-11, § 70 ust. 1-3, 6-14, § 71 ust. 1-3, 11-19, § 72 ust. 1-2, 5-9, § 73 ust. 1-2, 10-13, § 74 ust. 1-2, 10-15, § 75 ust. 1-2, 12-17, § 76 ust. 1-3, 11-21; § 77 ust. 1-2, 11-12, § 78 ust. 1-2, 6-8, § 79 ust. 1-2, 6-15, 20, § 80 ust. 1-2, 5-16; tabela trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku, tabela trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, katalog poważnych zachorowań, katalog nowotworów w stadium przedinwazyjnym (in-situ) oraz innych nowotworów złośliwych, katalog chorób cywilizacyjnych, katalog metod leczenia specjalistycznego rozszerzonego, katalog metod leczenia specjalistycznego onkologicznego, katalog metod leczenia specjalistycznego kardiologicznego, katalog operacji, tabela stanów chorobowych uprawniających do skorzystania z teleopieki kardiologicznej, katalog wad wrodzonych, katalog poważnych zachorowań dziecka, katalog metod leczenia specjalistycznego dziecka

2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawnijające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 3, § 10, § 12, § 17 ust. 1-4, 8, § 18 ust. 1-4, 8, § 19 ust. 1-4, 8, § 20 ust. 1-4, 8, § 21 ust. 1-5, 9, 11, 13 § 22 ust. 1, 4, 9, 11, 13, 14, 16, § 23 ust. 1-4, 9, 12, 14, § 24 ust. 1-4, 8, § 25 ust. 1-5, 9, 13, 16, 18, § 26 ust. 1-2, 4-6, 10, 13, 16, § 27 ust. 1-4, 7, 10, § 28 ust. 1-5, 9-11, 14, 16, § 29 ust. 1-5, 11-12, 15, 17, § 30 ust. 1-5, 10, 12-14, 19, § 31 ust. 1-5, 12, 14-15, 19, 21, 23, § 32 ust. 1-3, 7-9 § 33 ust. 1-5, 9, 11-13, 16, § 34 ust. 1-5, 9, 11, 15, § 35 ust. 1-5, 9, 11, 15, § 36 ust. 1-5, 9, 11, 15, § 37 ust. 1-5, 9, 11, 15 § 38 ust. 1-5, 9, 11-13, 16, § 39 ust. 1-5, 11, 13-16, 20, § 40 ust. 1-6, 13-19, 21, § 41 ust. 1-7, 18, 21 § 42 ust. 1-6, 8, 10, 12, § 43 ust. 1-5, 9, 11, 14, § 44 ust. 1-5, 9, 13, § 45 ust. 1-5, 9, 13, § 46 ust. 1-5, 9, 13, § 47 ust. 1-5, 9, 13, § 48 ust. 1-4, 10-12, § 49 ust. 1-5, 9, 11, 16-17, § 50 ust. 1-6, 10, 13, 17, § 51 ust. 1-5, 7, 9, § 52 ust. 1-5, 7, 9, § 53 ust. 1-7, 11, 13, 15, § 54 ust. 1-5, 8, 10, § 55 ust. 1-7, 9, 11, 13, § 56 ust. 1-6, 12-13, 16, 18, § 57 ust. 1-6, 11, 13-15, 20, § 58 ust. 1-4, 6-8, § 59 ust. 1-5, 7, 10, 13, 15, § 60 ust. 1-7, 9, § 61 ust. 1-6, 10, 12-14, 17, § 62 ust. 1-7, 19, 22, § 63 ust. 1-6, 10, 13, 17, § 64 ust. 1-5, 9, 12, 16, § 65 ust. 1-4, 7, § 66 ust. 1-5, 9, 12, § 67 ust. 1-5, 9 § 68 ust. 1-5, § 69 ust. 1-5, 9 § 70 ust. 1-5, 7, 9, 13, 15, § 71 ust. 1-6, 12-13, 16, 18, 20, § 72 ust. 1-4, 6-8, § 73 ust. 1-5, 10, 12, 14, § 74 ust. 1-5, 9, 11-13, 16, § 75 ust. 1-6, 11, 13-16, 18, § 76 ust. 1-6, 18, 21, § 77 ust. 1-6, 10, § 78 ust. 1-5, 7, 9, § 79 ust. 1-13, 16-17, 21-25, § 80 ust. 1-6, 9, 12, 18-20; § 81 ust. 15; tabela trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku, tabela trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, katalog poważnych zachorowań, katalog nowotworów w stadium przedinwazyjnym (in-situ) oraz innych nowotworów złośliwych, katalog chorób cywilizacyjnych, katalog metod leczenia specjalistycznego, katalog metod leczenia specjalistycznego onkologicznego, katalog metod leczenia specjalistycznego kardiologicznego, katalog operacji, tabela stanów chorobowych uprawniających do skorzystania z teleopieki kardiologicznej, katalog wad wrodzonych, katalog poważnych zachorowań dziecka, katalog metod leczenia specjalistycznego dziecka
---	---

Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie „Warta Dla Ciebie i Rodziny”

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie „Warta Dla Ciebie i Rodziny” (dalej: OWU) stosuje się w Umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna (TUnŻ „WARTA” S.A.) z Ubezpieczającymi.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w OWU zwroty oznaczają:

- 1) **Choroba śmiertelna** – choroba zdiagnozowana w okresie trwania naszej odpowiedzialności, której zaawansowanie uzasadnia odstąpienie od leczenia przyczynowego i powoduje skierowanie Cię przez lekarza do opieki paliatywno-hospicyjnej;
- 2) **Karencja** – okres, w którym nasza odpowiedzialność jest ograniczona;
- 3) **Miesiąc polisowy** – pierwszy miesiąc polisowy to miesiąc rozpoczynający się w dniu Początku okresu ubezpieczenia; kolejne miesiące polisowe to miesiące rozpoczynające się w tym samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego; jeśli w danym miesiącu nie ma takiego dnia – miesiąc polisowy rozpoczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca kalendarzowego;
- 4) **Pakiet dodatkowy** – określony przez nas, wybrany przez Ciebie i wskazany we Wnioskopolisie lub w aneksie do Wnioskopolisy dodatkowy zakres ochrony ubezpieczeniowej;
- 5) **Partner** – osoba wskazana we Wnioskopolisie lub w innym dokumencie, jako osoba z Tobą niespokrewniona, pozostająca z Tobą w nieformalnym związku i prowadząca z Tobą wspólne gospodarstwo domowe, także w dniu zajścia zdarzenia. Zarówno Ty, jak i Twój Partner w dniu wskazania przez Ciebie Partnera, a także w dniu zajścia zdarzenia nie możecie pozostawać w związku małżeńskim z osobą trzecią;
- 6) **Początek okresu ubezpieczenia** – data określająca rozpoczęcie okresu ubezpieczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia lub z tytułu Pakietu dodatkowego;
- 7) **Poprzednia umowa ubezpieczenia** – umowa:
 - a) grupowego ubezpieczenia na życie,
 - b) indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie,
 - c) indywidualnego ubezpieczenia na życie,z tytułu której ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ciebie zakończyła się bezpośrednio lub nie wcześniej niż 31 dni przed początkiem okresu ubezpieczenia; jeżeli posiadałeś więcej umów, to umowy poprzedzające ostatnią umowę przed początkiem okresu ubezpieczenia muszą następować po sobie bezpośrednio;
- 8) **Rocznica polisy** – rocznica Umowy ubezpieczenia tj. dzień, który datą odpowiada dniowi Początku okresu ubezpieczenia; jeśli w danym miesiącu taki dzień nie istnieje – wtedy ostatni dzień tego miesiąca kalendarzowego;
- 9) **Rok polisowy** – dla pierwszego roku polisowego okres rozpoczynający się w dacie początku okresu ubezpieczenia i kończący się w dniu poprzedzającym pierwszą Rocznicę polisy, a dla kolejnych lat okres rozpoczynający się w Rocznicę polisy i kończący się w dniu poprzedzającym najbliższą Rocznicę polisy;
- 10) **Suma ubezpieczenia** – kwota określona we Wnioskopolisie albo w aneksie do Wnioskopolisy, będąca podstawą ustalania wysokości Świadczenia;
- 11) **Świadczenie** – kwota, którą wypłacamy lub świadczenie spełniane przez nas na rzecz: Twoją, Uprawnionego lub Uprawnionego zastępczego;
- 12) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna zawierającą Umowę ubezpieczenia;
- 13) **Ubezpieczony (Ty)** – wskazana w Umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia; może nim być jedynie Ubezpieczający;
- 14) **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawierana na podstawie OWU, której stronami jesteśmy my i Ubezpieczający, przez którą w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia zobowiązujemy się spełnić określone Świadczenie, a Ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę;
- 15) **Uprawniony** – wskazana przez Ciebie osoba fizyczna lub podmiot, któremu lub na rzecz którego w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w Umowie ubezpieczenia wypłacamy lub zrealizujemy Świadczenie;
- 16) **Uprawniony zastępczy** – wskazana przez Ciebie osoba fizyczna lub podmiot, któremu w przypadku Twojej śmierci wypłacimy Świadczenie, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wskazany przez Ciebie Uprawniony nie żyje lub utracił prawo do Świadczenia;
- 17) **Wariant ubezpieczenia** – określony przez nas, wybierany przez Ubezpieczającego i wskazany we Wnioskopolisie lub w aneksie do Wnioskopolisy zakres ochrony ubezpieczeniowej;
- 18) **Warta (my)** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA Spółka Akcyjna;
- 19) **Wnioskopolisa** – formularz wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia będący jednocześnie dokumentem potwierdzającym jej zawarcie;
- 20) **Współubezpieczony** – osoba będąca Twoim: Małżonkiem, Partnerem, Rodzicem, Rodzicem Twojego Małżonka albo Partnera, Twoim Dzieckiem lub Twoim wnukiem, wskazana w ryzykach ubezpieczeniowych, której przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie lub życie;
- 21) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu Twojego zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego naszą odpowiedzialnością i zaistniało w okresie udzielania przez nas ochrony ubezpieczeniowej.

§ 3 Co obejmujemy ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest Twoje życie i zdrowie.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje ryzyka ubezpieczeniowe w zależności od wybranego Wariantu ubezpieczeniowego oraz ewentualnie Pakietów dodatkowych.

§ 4 Jakie są zasady zawarcia Umowy ubezpieczenia

1. Umowę ubezpieczenia zawiera z nami Ubezpieczający na podstawie Wnioskopolisy.
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia nie posiada ochrony ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia na życie „Warta Dla Ciebie i Rodziny”.
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, licząc od Początku okresu ubezpieczenia.
4. Umowa ubezpieczenia przedłuża się na następny roczny okres, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o jej nieprzedłużaniu. Oświadczenie powinno być doręczone drugiej stronie najpóźniej na miesiąc przed upływem okresu ubezpieczenia.
5. Umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę okresów.
6. Możemy odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia, o czym poinformujemy Ubezpieczającego.
7. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć w następujących Wariantach ubezpieczenia:

Tabela nr 1

Zawarcie Umowy ubezpieczenia wg. kryterium wieku ubezpieczonego		
	Ukończony 18. rok życia i nieukończony 66. rok życia	Ukończony 66. rok życia i nieukończony 80. rok życia
Warianty ubezpieczenia	Warianty: „Dla Ciebie – Życie”, „Dla Ciebie VIP – Życie”, „Dla Ciebie – Życie i Zdrowie”, „Dla Ciebie – Życie i Zdrowie Plus”, „Dla Ciebie – Życie i Zdrowie Premium”, „Dla Rodziny – Życie”, „Dla Rodziny – Życie Plus”, „Dla Rodziny – Życie Premium”, „Dla Rodziny VIP – Życie”, „Dla Rodziny – Życie i Zdrowie”, „Dla Rodziny – Życie i Zdrowie Plus”, „Dla Rodziny – Życie i Zdrowie Premium”, „Dla Rodziny VIP – Życie i Zdrowie”, „Dla Ciebie i Dziecka – Życie i Zdrowie”, „Dla Ciebie i Dziecka – Życie i Zdrowie Plus”, „Dla Dwojga – Życie i Zdrowie Premium”, „Dla Dwojga – Życie i Zdrowie Plus”.	Warianty: „Dla Ciebie 66 Plus – Życie”.

§ 5 Czy jest możliwość zmiany Wariantów ubezpieczenia w ramach Umowy ubezpieczenia

1. Za naszą zgodą Ubezpieczający może zmienić Wariant ubezpieczenia.
2. Zmiana Wariantu ubezpieczenia obowiązuje od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego po dniu złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o dokupienie lub zmianę Wariantu ubezpieczenia.
3. Możesz zmienić Wariant ubezpieczenia, jeżeli jest to pierwsza zmiana w Roku polisowym danego Ubezpieczającego.
4. Do zmiany Wariantu ubezpieczenia dochodzi poprzez rozwiązanie dotychczasowej umowy ubezpieczenia i zawarcie nowej Umowy ubezpieczenia, obejmującej swym zakresem Wariant ubezpieczenia wybrany przez Ubezpieczającego. Początek okresu ubezpieczenia obejmujący nowy Wariant ubezpieczenia następuje z pierwszym dniem Miesiąca polisowego.

§ 6 Czy jest możliwość rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiety dodatkowe w Umowie ubezpieczenia

1. Za naszą zgodą Ubezpieczający może rozszerzyć lub zmienić zakres ochrony ubezpieczeniowej o Pakiety dodatkowe.
2. Rozszerzenie lub zmiana ochrony ubezpieczeniowej o Pakiety dodatkowe obowiązuje od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego po dniu złożenia wniosku.
3. Możemy zaproponować Ubezpieczającemu rozszerzenie lub zmianę zakresu ochrony ubezpieczeniowej o Pakiety dodatkowe w każdym czasie trwania Umowy ubezpieczenia.
4. Pakiet dodatkowy zawierany jest na rok licząc od dnia Początku okresu ubezpieczenia z tytułu tego Pakietu dodatkowego, nie dłużej jednak niż na okres trwania Umowy ubezpieczenia. Początek okresu ubezpieczenia z tytułu Pakietu dodatkowego wskazany jest we Wnioskopolisie albo w aneksie do Wnioskopolisy.
5. Pakiet dodatkowy przedłuża się na następny roczny okres, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nieprzedłużaniu Pakietu dodatkowego. Oświadczenie powinno być doręczone drugiej stronie najpóźniej na miesiąc przed upływem okresu ubezpieczenia Pakietu dodatkowego.

6. Okres trwania ochrony ubezpieczeniowej w ramach danego Pakietu dodatkowego wskazujemy we Wnioskopolisie albo w aneksie do Wnioskopolisy.
7. Złożenie rezygnacji z danego Pakietu dodatkowego jest możliwe w każdym czasie trwania Umowy ubezpieczenia i jest równoznaczne z wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tego Pakietu dodatkowego z upływem ostatniego dnia Miesiąca polisowego, w którym otrzymaliśmy informację o rezygnacji.
8. Rezygnacja z danego Pakietu dodatkowego nie oznacza rozwiązania Umowy ubezpieczenia.

§ 7 W jaki sposób można odstąpić od Umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, licząc od daty jej zawarcia.
2. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za okres udzielanej przez nas ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczającemu, który odstąpił od Umowy ubezpieczenia, przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

§ 8 W jaki sposób można rozwiązać Umowę ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu na skutek:
 - 1) odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z dniem złożenia wniosku o odstąpienie;
 - 2) wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia – z dniem upływu okresu wypowiedzenia;
 - 3) złożenia przez jedną ze stron oświadczenia o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia na kolejny okres – z upływem okresu ubezpieczenia;
 - 4) nieopłacenia przez Ubezpieczającego składki w dodatkowym terminie – z upływem dodatkowego terminu wskazanego w pisemnym wezwaniu;
 - 5) porozumienia stron Umowy ubezpieczenia – w terminie wskazanym w porozumieniu.
2. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia na piśmie ze skutkiem na koniec Miesiąca polisowego, w którym otrzymaliśmy pisemne zawiadomienie.
3. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku opłacenia składki za okres udzielanej przez nas ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczającemu, który wypowiedział Umowę ubezpieczenia, przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

§ 9 Jak i kiedy można zgłosić oraz zmienić Partnera w Umowie ubezpieczenia

1. Partnera jako Współubezpieczonego możesz zgłosić w dniu zawierania Umowy ubezpieczenia albo w terminie późniejszym.
2. Jeżeli zgłosisz Partnera jako Współubezpieczonego w terminie późniejszym, takie zgłoszenie następuje począwszy od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego po dniu ww. zgłoszenia.
3. Wycofać zgłoszenie Partnera jako Współubezpieczonego możesz w każdym czasie trwania Umowy ubezpieczenia ze skutkiem od dnia, w którym otrzymaliśmy takie zgłoszenie.
4. W przypadku zgłoszenia nowego Partnera jako Współubezpieczonego wskazanie poprzednio zgłoszonego Partnera staje się bezskuteczne od dnia nowego wskazania.
5. W przypadku wycofania wskazania Partnera bądź dokonania zmiany Partnera nasza odpowiedzialność z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych dotyczących wskazanego wcześniej Partnera wygasa w dniu otrzymania przez nas informacji o dokonanej zmianie.
6. W przypadku wskazania albo zmiany Partnera nasza odpowiedzialność z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych dotyczących wskazanego albo zmienionego Partnera jako Współubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zapisami w odpowiednich ryzykach ubezpieczeniowych.

§ 10 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność w zakresie określonym we Wnioskopolisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia z tytułu Twojej śmierci rozpoczyna się w dniu wskazanym jako Początek okresu ubezpieczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki oraz jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
2. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ochrony o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko śmierć ubezpieczonego, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach Pakietu dodatkowego, jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.
3. W okresie Karencji liczonej od daty Początku okresu ubezpieczenia nasza odpowiedzialność jest ograniczona do Twojej śmierci będącej następstwem Wypadku.
4. Nasza odpowiedzialność z tytułu Choroby śmiertelnej, rozpoczyna się z dniem rozpoczęcia naszej odpowiedzialności z tytułu ryzyka Twojej śmierci zawartego w Pakiecie dodatkowym, o ile taki pakiet został wybrany.
5. Jeżeli byłeś/eś objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - 1) z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.

6. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego, z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
7. W przypadku gdy byłeś/eś objęty Poprzednią umową ubezpieczenia z innym ubezpieczycielem, zaliczamy okres opłacania składek, pod warunkiem doręczenia do nas dokumentów potwierdzających:
 - 1) okres opłacania składek oraz zakres ochrony zawierający ryzyko ubezpieczeniowe, z tytułu którego następuje zaliczenie;
 - 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie;
 - 3) wysokość świadczenia z ryzyka z tytułu którego następuje zaliczenie.
8. W okresie Karencji nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantcie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.
9. Nasza odpowiedzialność kończy się w przypadku:
 - 1) Twojej śmierci – w jej dniu;
 - 2) ukończenia przez Ciebie 70. roku życia – w dniu poprzedzający pierwszą Rocznicę polisy następującą po dniu Twoich 70. urodzin;
 - 3) ukończenia przez Ciebie 80. roku życia – w dniu poprzedzający pierwszą Rocznicę polisy następującą po dniu Twoich 80. urodzin – w przypadku Wariantu ubezpieczenia „Dla Ciebie 66 Plus - Życie”;
 - 4) upływu okresu na jaki została zawarta – z upływem tego okresu, jeżeli jedna ze stron złoży oświadczenie o nieprzedłużeniu Umowy ubezpieczenia na kolejny okres;
 - 5) wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – w dniu upływu okresu wypowiedzenia;
 - 6) odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – w dniu złożenia wniosku o odstąpienie;
 - 7) nieopłacenia składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w § 11 ust. 9 – z upływem dodatkowego terminu;
 - 8) rozwiązania Umowy ubezpieczenia – w dniu poprzedzającym Początek okresu ubezpieczenia nowej Umowy ubezpieczenia.

§ 11 Składka i Suma ubezpieczenia

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia dla danego ryzyka ubezpieczeniowego wskazana jest we Wnioskopolisie albo w aneksie do Wnioskopolisy.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składki w wysokości ustalonej we Wnioskopolisie albo w aneksie do Wnioskopolisy.
3. Składka płatna jest miesięcznie, w terminach określonych we Wnioskopolisie albo w aneksie do Wnioskopolisy.
4. Ubezpieczający wpłaca pierwszą składkę najpóźniej następnego dnia roboczego po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia.
5. Każdą następną składkę Ubezpieczający zobowiązany jest wpłacić w terminie do ostatniego dnia Miesiąca polisowego poprzedzającego Miesiąc polisowy, za który składka jest należna.
6. Wysokość składki ustalona jest we Wnioskopolisie albo w aneksie do Wnioskopolisy i jest zależna od: zakresu ochrony ubezpieczeniowej i wysokości Świadczeń na danych ryzykach ubezpieczeniowych.
7. Za dzień wpłaty składek uznaje się dzień wpływu składek do nas w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia.
8. Brak wpłaty pierwszej składki w wysokości wskazanej we Wnioskopolisie w terminie 14 dni od dnia Początku okresu ubezpieczenia oznacza rezygnację Ubezpieczającego z zawarcia Umowy ubezpieczenia z upływem tego terminu.
9. W przypadku niezapłacenia przez Ubezpieczającego składki w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia we wskazanym terminie wezwiemy Ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania oraz powiadomimy go o skutkach niezapłacenia składki w dodatkowym terminie.
10. Składkę również uważa się za nieopłaconą, jeżeli wysokość wpłaconej kwoty jest niższa niż wynikająca z Umowy ubezpieczenia.

§ 12 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa w ciągu 2 lat od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Ciebie jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych.
2. Do okresu 2 lat w odniesieniu do popełnienia samobójstwa zaliczamy okres opłacania składek w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem doręczenia nam na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia dokumentów potwierdzających okres opłacania składek, zakres ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie śmierci ubezpieczonego;

- 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
3. W okresie 2 lat nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantcie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego, z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
5. Zatajenie lub podanie nam nieprawdziwych informacji przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia zwalnia nas od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

§ 13 Kto jest uprawnionym do otrzymania Świadczenia z tytułu Twojej śmierci

1. W przypadku Twojej śmierci Świadczenie wypłacimy Uprawnionemu albo Uprawnionemu zastępczemu.
2. Możesz wskazać Uprawnionego lub Uprawnionego zastępczego do otrzymania Świadczenia zarówno przed zawarciem, jak i w każdym czasie trwania Umowy ubezpieczenia.
3. Masz prawo w każdym czasie trwania Umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie Uprawnionych lub Uprawnionych zastępczych.
4. Wskazanie, odwołanie lub zmiana Uprawnionego lub Uprawnionego zastępczego obowiązuje od dnia następnego po dniu złożenia do nas wniosku.
5. Jeżeli wskażesz więcej niż jednego Uprawnionego lub Uprawnionego zastępczego, wypłacimy Świadczenie w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w Świadczeniu. Jeżeli nie wskażesz udziału tych osób, przyjmujemy, iż udziały te są równe.
6. Jeżeli Uprawniony lub Uprawniony zastępczy umyślnie spowodował Twoją śmierć lub się do niej przyczynił, to traci on prawo do Świadczenia.
7. Jeżeli Uprawniony lub Uprawniony zastępczy zmarł przed Twoją śmiercią to wskazanie Uprawnionego staje się bezskuteczne.
8. Jeżeli wskażesz więcej niż jednego Uprawnionego, w przypadku śmierci lub utraty prawa do Świadczenia jednego z nich Świadczenie wypłaca się pozostałym Uprawnionym, zwiększając ich udziały, proporcjonalnie do ich dotychczasowych udziałów w Świadczeniu. Zasada ta dotyczy również Uprawnionych zastępczych w przypadku utraty uprawnienia wszystkich wskazanych przez Ciebie Uprawnionych.
9. Jeżeli wskażesz więcej niż jednego Uprawnionego do otrzymania Świadczenia z tytułu Twojej śmierci oraz wskażesz Uprawnionego zastępczego, to w przypadku, gdy wszystkie wskazane przez Ciebie osoby uprawnione w dniu zajścia zdarzenia nie żyją lub utraciły prawo do Świadczenia, Świadczenie wypłacimy Uprawnionemu zastępczemu.
10. Jeżeli nie wskażesz Uprawnionego ani Uprawnionego zastępczego albo gdy Uprawniony lub Uprawniony zastępczy w dniu Twojej śmierci nie żył lub utracił prawo do Świadczenia, osobami uprawnionymi do Świadczenia są członkowie Twojej rodziny według następującej kolejności:
 - 1) małżonek;
 - 2) w równych częściach dzieci – jeżeli brak jest małżonka;
 - 3) w równych częściach rodzice – jeżeli brak jest małżonka i dzieci;
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po Tobie – jeżeli brak jest osób wymienionych w punktach powyżej.

§ 14 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Świadczenie z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczących Twojej śmierci wypłacamy Uprawnionemu albo Uprawnionemu zastępczemu w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia obowiązującej na dzień śmierci.
2. W przypadku rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, obejmujący dodatkowe Świadczenie z tytułu ryzyka Twojej śmierci, w tym Choroby śmiertelnej, w przypadku zachorowania przez Ciebie na Chorobę śmiertelną wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z ryzyka dotyczącego Twojej śmierci z Pakietu dodatkowego, obowiązującej w dniu zdiagnozowania Choroby śmiertelnej, w celu zapewnienia Ci opieki. Pozostałe 50% Sumy ubezpieczenia z Pakietu dodatkowego wypłacimy Uprawnionemu albo Uprawnionemu zastępczemu.
3. W czasie trwania naszej odpowiedzialności wypłacimy tylko jedno Świadczenie z tytułu Twojej Choroby śmiertelnej.
4. Świadczenie z tytułu Umowy ubezpieczenia wypłacimy Ci na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii dokumentu tożsamości Uprawnionego, Uprawnionego zastępczego lub innej osoby uprawnionej do wypłaty Świadczenia;
 - 3) odpisu aktu zgonu;
 - 4) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.
5. W terminie 7 dni od dnia otrzymania przez nas zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego informujemy o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmujemy postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informujemy osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
6. Zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego, może zostać zgłoszone również przez Ciebie, Uprawnionego, Uprawnionego zastępczego albo Twoich spadkobierców.
7. Świadczenie wypłacimy w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.

8. Gdyby w terminie 30 dni określonych powyżej wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część Świadczenia wypłacimy w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
9. Jeżeli w terminach określonych powyżej nie wypłacimy Świadczenia, zawiadomimy pisemnie osobę występującą z roszczeniem o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a także wypłacimy osobie uprawnionej bezsporną część Świadczenia.
10. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, informujemy o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
11. Za datę wypłaty Świadczenia uznaje się dzień wpłaty na rachunek bankowy osoby uprawnionej kwoty Świadczenia.
12. W przypadku gdy na dzień ustalenia wysokości Świadczenia istnieją jakiekolwiek zaległości z tytułu opłacania Składek z Umowy ubezpieczenia, mamy prawo do pomniejszenia Świadczenia o wartość zaległości wraz z należnymi odsetkami, jeżeli Ubezpieczający i Uprawniony do otrzymania Świadczenia są tą samą osobą.

§ 15 Wariant ubezpieczenia „Dla Ciebie 80 Plus – Życie”

1. Od dnia rocznicy następującej po dniu Twoich 80. urodzin ochrona ubezpieczeniowa może być kontynuowana w ramach Wariantu ubezpieczenia „Dla Ciebie 80 Plus – Życie”.
2. Co najmniej 30 dni przed Rocznicą polisy, następującą po dniu Twoich 80. urodzin, możemy zaproponować Ubezpieczającemu przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej na zmienionych warunkach.
3. W przypadku braku zgody Ubezpieczającego na zmienione warunki umowy, ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie w dzień poprzedzający najbliższą Rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez Ciebie 80. roku życia.

§ 16 Ryzyka ubezpieczeniowe

Zgodnie w wybranym przez Ubezpieczającego Wariantem ubezpieczenia lub Pakietem dodatkowym, zakres ochrony ubezpieczeniowej może obejmować ryzyka ubezpieczeniowe, wymienione w § 17 – § 80. W sprawach nieuregulowanych w paragrafach, o których mowa w zdaniu poprzednim, mają zastosowanie pozostałe zapisy OWU.

§ 17 Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne również w ramach Pakietu dodatkowego „Życie Plus”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 17 zwroty oznaczają:
 - 1) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Twoją śmierć w wyniku Wypadku w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu Twojej śmierci w wyniku Wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego rozpoczyna się od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

5. Jeżeli umrzesz w wyniku Wypadku, wypłacimy Uprawnionemu albo Uprawnionemu zastępczemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Twojej śmierci.
6. Świadczenie wypłacimy, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem a Twoją śmiercią.
7. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii dokumentu tożsamości Uprawnionego lub Uprawnionego zastępczego;
 - 3) odpisu aktu zgonu;
 - 4) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

8. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Twojej śmierci w wyniku Wypadku w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;

- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
- 4) wykonywaniem przez Ciebie jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
- 5) Twoim działaniem po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 6) wypadkiem lotniczym, jeżeli nie byłeś/eś pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 7) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 8) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 9) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
- 11) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping).

§ 18 Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne również w ramach Pakietu dodatkowego „Życie Plus”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 18 zwroty oznaczają:
 - 1) **Statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z Ustawą prawo lotnicze, należące do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadające aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych;
 - 2) **Statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodolot, poduszkowiec) przeznaczone lub używane w żegludze śródlądowej lub morskiej, w rozumieniu przepisów Ustawy o żegludze śródlądowej lub kodeksu morskiego, posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych nie jest objęty definicją statku wodnego;
 - 3) **Wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę i powstały w okresie trwania naszej odpowiedzialności, któremu uległeś/eś jako:
 - a) kierowca, pasażer, uczestnik ruchu lub pieszy – w związku z ruchem lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego, w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym oraz pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo - szynowej),
 - b) pasażer, osoba kierująca lub członek załogi – w związku z ruchem wodnym pojazdów pływających, z udziałem Statku wodnego,
 - c) pasażer lub członek załogi – w związku z ruchem lotniczym Statków powietrznych.
 Definicja Wypadku komunikacyjnego nie obejmuje Wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Twoją śmierć w wyniku Wypadku komunikacyjnego w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu Twojej śmierci w wyniku Wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu wskazanym we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego rozpoczyna się od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

5. Jeżeli umrzesz w wyniku Wypadku komunikacyjnego, wypłacimy Uprawnionemu albo Uprawnionemu zastępczemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Twojej śmierci.
6. Świadczenie wypłacimy, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem komunikacyjnym a Twoją śmiercią.
7. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii dokumentu tożsamości Uprawnionego lub Uprawnionego zastępczego;
 - 3) odpisu aktu zgonu;
 - 4) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci;
 - 5) kopii dokumentacji potwierdzającej przyczynę i okoliczności Wypadku komunikacyjnego ze straży miejskiej, policji, sądu lub prokuratury;
 - 6) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

8. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Twojej śmierci w wyniku Wypadku komunikacyjnego w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Ciebie jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) Twoim działaniem po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 6) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
 - 7) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę, przy jej współudziale lub za jej namową;
 - 9) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping).

§ 19 Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 19 zwroty oznaczają:
 - 1) **Wypadek przy pracy** – wypadek powstały w okresie trwania naszej odpowiedzialności, zakwalifikowany jako Wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku. Definicja Wypadku przy pracy nie obejmuje wypadku w drodze do pracy i z pracy, zgodnie z kwalifikacją wypadku zamieszczoną w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Twoją śmierć w wyniku Wypadku przy pracy w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu Twojej śmierci w wyniku Wypadku przy pracy rozpoczyna się w dniu wskazanym we Wnioskopolisie, jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego rozpoczyna się od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisu jako Początek okresu ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

5. Jeżeli umrzesz w wyniku Wypadku przy pracy, wypłacimy Uprawnionemu albo Uprawnionemu zastępczemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Twojej śmierci.
6. Świadczenie wypłacimy, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem przy pracy a Twoją śmiercią.
7. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii dokumentu tożsamości Uprawnionego lub Uprawnionego zastępczego;
 - 3) odpisu aktu zgonu;
 - 4) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci;
 - 5) kopii protokołu powypadkowego BHP lub karty wypadku;
 - 6) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

8. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Twojej Śmierci w wyniku Wypadku przy pracy w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Ciebie jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
 - 6) Twoim działaniem po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 7) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 8) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 9) wypadkiem lotniczym jeżeli nie byłeś pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
 - 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę, przy jej współudziale lub za jej namową;
 - 11) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping).

§ 20 Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 20 zwroty oznaczają:
 - 1) **Statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z Ustawą prawo lotnicze, należące do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadające aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych;
 - 2) **Statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodolot, poduszkowiec) przeznaczone lub używane w żegludze śródlądowej lub morskiej, w rozumieniu

przepisów Ustawy o żegludze śródlądowej lub kodeksu morskiego, posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych nie jest objęty definicją statku wodnego;

- 3) **Wypadek komunikacyjny przy pracy** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę, powstały w okresie naszej odpowiedzialności, któremu uległeś/uległaś jako:
- a) kierowca, pasażer, uczestnik ruchu lub pieszy – w związku z ruchem lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym oraz pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej),
 - b) pasażer, osoba kierująca lub członek załogi – w związku z ruchem wodnym pojazdów pływających, z udziałem Statku wodnego,
 - c) pasażer lub członek załogi – w związku z ruchem lotniczym Statków powietrznych,
- i który nastąpił w związku z wykonywaną pracą i został zakwalifikowany jako Wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku.
- Definicja Wypadku komunikacyjnego przy pracy nie obejmuje:
- i. wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch,
 - ii. wypadku w drodze do pracy lub z pracy zgodnie z kwalifikacją Wypadku zamieszczoną w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Twoją śmierć w wyniku Wypadku komunikacyjnego przy pracy w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu Twojej śmierci w wyniku Wypadku komunikacyjnego przy pracy rozpoczyna się w dniu wskazanym we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego rozpoczyna się od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisu jako Początek okresu ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

5. Jeżeli umrzesz w wyniku Wypadku komunikacyjnego przy pracy, wypłacimy Uprawnionemu albo Uprawnionemu zastępczemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Twojej śmierci.
6. Świadczenie wypłacimy, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem komunikacyjnym przy pracy a Twoją śmiercią.
7. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
- 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii dokumentu tożsamości Uprawnionego albo Uprawnionego zastępczego;
 - 3) odpisu aktu zgonu;
 - 4) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci;
 - 5) kopii protokołu powypadkowego BHP lub karty wypadku;
 - 6) kopii dokumentacji potwierdzającej przyczynę i okoliczności Wypadku komunikacyjnego przy pracy ze straży miejskiej, policji, sądu lub prokuratury;
 - 7) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

8. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Twojej śmierci w wyniku Wypadku komunikacyjnego przy pracy w związku z:
- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Ciebie jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) Twoim działaniem po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;

- 6) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 7) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 8) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 9) wypadkiem lotniczym, jeżeli nie byłeś/eś pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę, przy jej współudziale lub za jej namową;
- 11) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping).

§ 21 Śmierć ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu

Co obejmujemy ochroną

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje Twoją śmierć na skutek zawału serca lub udaru mózgu w okresie trwania naszej odpowiedzialności.
2. Zdiagnozowanie zawału serca lub udaru mózgu, musi nastąpić w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu Twojej śmierci na skutek zawału serca lub udaru mózgu, rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko śmierć ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy, jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Twojej śmierci na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
6. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała śmierć ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie śmierć ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu,
 do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
7. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
9. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantcie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

10. Jeżeli umrzesz na skutek zawału serca lub udaru mózgu, wypłacimy Uprawnionemu albo Uprawnionemu zastępczemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Twojej śmierci, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
11. Świadczenie wypłacimy, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a Twoją śmiercią.
12. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii dokumentu tożsamości Uprawnionego lub Uprawnionego zastępczego;

- 3) odpisu aktu zgonu;
- 4) wskazania w karcie zgonu, w protokole badania sekcyjnego lub innej dokumentacji medycznej zawału serca lub udaru mózgu, jako przyczyny Twojej śmierci;
- 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

13. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Twojej śmierci na skutek zawału serca lub udaru mózgu w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Ciebie jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
 - 6) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 22 Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 22 zwroty oznaczają:
 - 1) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy), wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 2) **Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku Wypadku** – tabela rodzajów trwałych uszczerbków na zdrowiu stanowiąca załącznik do OWU;
 - 3) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu polegające na jego trwałej dysfunkcji, fizycznej utracie lub całkowitej i trwałej utracie nad nim władzy, będące następstwem Twojego Wypadku, któremu uległeś w trakcie trwania naszej odpowiedzialności;
 - 4) **Uraz niepowodujący powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu** – powstałe w wyniku Wypadku uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - 5) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie u Ciebie Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku wskazanego w Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku Wypadku, w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Ciebie Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego rozpoczyna się od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

5. Jeżeli powstanie u Ciebie Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Wypadku, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień wystąpienia Wypadku, za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
6. W razie uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje były upośledzone już przed Wypadkiem, ustalony u Ciebie stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu pomniejszy o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed Wypadkiem.
7. Rodzaj i stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest przez nas na podstawie dokumentacji po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji w oparciu o Tabelę Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku Wypadku, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia Wypadku.
8. Jeżeli po wypłacie Świadczenia okaże się, że Trwały uszczerbek na zdrowiu wynikający z tego samego Wypadku powinien zostać zakwalifikowany do innego punktu Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku za który należna jest wypłata w wyższej wysokości, wypłacimy dodatkową kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy Świadczeniem należnym za ten Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyższej wysokości, a kwotą Świadczenia które już wypłaciliśmy.

9. Zmiana rodzaju i stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) po 36 miesiącach od dnia Wypadku, nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia.
10. Świadczenie z tytułu powstania u Ciebie Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku, przysługuje maksymalnie za 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu za jeden Wypadek.
11. W razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed Wypadkiem, ustalony u Ciebie stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu pomniejszy o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed Wypadkiem.
12. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie również przed Komisją lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
13. Na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich, wypłacimy Ci Świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem a Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.
14. Jeżeli wypłaciliśmy Ci Świadczenie dotyczące powstania u Ciebie Urazu niepowodującego powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku, kwota Świadczenia należna z tytułu powstania u Ciebie Trwałego uszczerbku na zdrowiu, w związku z tym samym Wypadkiem zostanie pomniejszona o wypłaconą kwotę z tytułu Urazu niepowodującego powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
15. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

16. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu powstania u Ciebie Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku w związku z:
 - 1) samookaleceniem lub okaleceniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Ciebie jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) Twoim działaniem po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 6) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 7) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
 - 8) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 9) wypadkiem lotniczym, jeżeli nie byłeś/eś pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
 - 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
 - 11) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping).

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne również w ramach Pakietu dodatkowego „Wypadek”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas zwroty w § 23 oznaczają:
 - 1) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy), wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 2) **Statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z Ustawą prawo lotnicze, należące do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadające aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych;
 - 3) **Statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodołot, poduszkowiec) przeznaczone lub używane w żegludze śródlądowej lub morskiej, w rozumieniu przepisów Ustawy o żegludze śródlądowej lub kodeksu morskiego, posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych nie jest objęty definicją statku wodnego;
 - 4) **Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku** – tabela rodzajów trwałych uszczerbków na zdrowiu stanowiąca załącznik do OWU;
 - 5) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu polegające na jego trwałej dysfunkcji, fizycznej utracie lub całkowitej i trwałej utracie nad nim władzy, będące następstwem Twojego Wypadku komunikacyjnego, któremu uległeś w trakcie trwania naszej odpowiedzialności;
 - 6) **Wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę i powstały w okresie trwania naszej odpowiedzialności, któremu uległaś/eś jako:
 - a) kierowca, pasażer, uczestnik ruchu lub pieszy – w związku z ruchem lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym oraz pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej),
 - b) pasażer, osoba kierująca lub członek załogi – w związku z ruchem wodnym pojazdów pływających, z udziałem Statku wodnego,
 - c) pasażer lub członek załogi – w związku z ruchem lotniczym Statków powietrznych.
 Definicja Wypadku komunikacyjnego nie obejmuje wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie u Ciebie Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku komunikacyjnego wskazanego w Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku Wypadku, w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Ciebie Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu wskazanym we Wnioskopolisie, jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego rozpoczyna się od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

5. Jeżeli powstanie u Ciebie Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Wypadku komunikacyjnego, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień wystąpienia Wypadku komunikacyjnego za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
6. W razie uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje były upośledzone już przed Wypadkiem komunikacyjnym, ustalony u Ciebie stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu pomniejszy o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed Wypadkiem komunikacyjnym.
7. Rodzaj i stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest przez nas po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji w oparciu o Tabelę Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia Wypadku komunikacyjnego.
8. Jeżeli po wypłacie Świadczenia okaże się, że Trwały uszczerbek na zdrowiu wynikający z tego samego Wypadku komunikacyjnego powinien zostać zakwalifikowany do innego punktu Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku za który należna jest wypłata w wyższej wysokości, wypłacimy dodatkową kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy Świadczeniem należnym za ten Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyższej wysokości, a kwotą Świadczenia które już wypłaciliśmy.
9. Zmiana rodzaju i stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) po 36 miesiącach od dnia Wypadku komunikacyjnego, nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia.
10. Świadczenie z tytułu powstania u Ciebie Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku komunikacyjnego, przysługuje maksymalnie za 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu za jeden Wypadek komunikacyjny.

11. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie również przed Komisją lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
12. Na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich wypłacimy Ci Świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem komunikacyjnym a Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.
13. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - 4) kopii dokumentacji potwierdzającej przyczynę i okoliczności Wypadku komunikacyjnego ze straży miejskiej, policji, sądu lub prokuratury;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

14. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu powstania u Ciebie Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku komunikacyjnego w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Ciebie jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) Twoim działaniem po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 6) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 7) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
 - 8) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę, przy jej współudziale lub za jej namową;
 - 10) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping).

§ 24 Uraz niepowodujący powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne również w ramach Pakietu dodatkowego „Wypadek”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 24 zwroty oznaczają:
 - 1) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy), wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 2) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu polegające na jego trwałej dysfunkcji, fizycznej utracie lub całkowitej i trwałej utracie nad nim władzy, będące następstwem Twojego Wypadku, któremu uległeś w trakcie trwania naszej odpowiedzialności;
 - 3) **Uraz niepowodujący powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu** – powstałe w wyniku Wypadku uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - 4) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie u Ciebie Urazu niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Ciebie Urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu w którym wpłynęła do nas składka.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko urazu niepowodującego powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego rozpoczyna się od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolis jako Początek okresu ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

5. W ciągu danego Roku polisowego wypłacimy Ci maksymalnie za dwa Urazy niepowodujące Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
6. Wypłacimy Ci Świadczenie jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem a Urazem niepowodującym Trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz nastąpiła stacjonarna konsultacja medyczna związana z leczeniem urazu i kontrolna konsultacja medyczna po leczeniu urazu.
7. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Urazu niepowodującego powstanie Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

8. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu powstania u Ciebie Urazu niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Ciebie jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) Twoim działaniem po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 6) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 7) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 8) wypadkiem lotniczym, jeżeli nie byłeś/eś pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
 - 10) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping).

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 25 zwroty oznaczają:
 - 1) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy), wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 2) **Lekarz specjalista** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, która udziela świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji;
 - 3) **Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym** – tabela rodzajów trwałych uszczerbków na zdrowiu stanowiąca załącznik do OWU;
 - 4) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu polegające na jego trwałej dysfunkcji, będące następstwem Twojego Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, któremu uległeś w trakcie trwania naszej odpowiedzialności;
 - 5) **Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym** – powstałe w okresie trwania naszej odpowiedzialności nagle, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej, w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmoźgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych, znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie udaru musi zostać potwierdzone wystąpieniem świeżych zmian naczyniopochodnych zaobserwowanych w badaniach obrazowych (np. w badaniu rezonansu magnetycznego, badaniu tomografii komputerowej).
Odpowiedzialnością objęte są również przypadki udaru mózdzku, rdzenia przedłużonego, rdzenia kręgowego, które spełniają powyższe kryteria.
Definicja nie obejmuje:
 - a) epizodów pourazowego krwotoku śródmózgowego oraz pourazowego krwotoku podpajęczynówkowego,
 - b) udaru mózgu dokonanego w nieokreślonej przeszłości lub takiego, którego daty wystąpienia nie można jednoznacznie określić,
 - c) przemijającego napadu niedokrwiennego (TIA) ani odwracalnego niedokrwiennego deficytu neurologicznego (RIND),
 - d) wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych;
 - 6) **Zawał serca** – powstała w okresie trwania naszej odpowiedzialności martwica części mięśnia sercowego, wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie zawału serca postawione przez lekarza prowadzącego 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. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, współistniejącego z co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - b) nowe zmiany niedokrwienne w badaniu EKG,
 - c) uwidocznione w badaniach obrazowych nowe ubytki żywego mięśnia sercowego lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej.Ochroną objęte są także zawały serca, które wystąpiły w trakcie zabiegu przeszłokrojnej angioplastyki wieńcowej oraz operacji pomostowania aortalno-wieńcowego.
Definicja nie obejmuje:
 - i. innych ostrych zespołów wieńcowych, w których nie wykazano dowodów na dokonanie się martwicy mięśnia serca,
 - ii. każdego zdarzenia, które nie zostało potwierdzone jako zawał serca przez lekarza specjalistę (kardiologa),
 - iii. podwyższenia biomarkerów sercowych, wynikających z zabiegu diagnostycznej angiografii wieńcowej.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie u Ciebie Trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym wskazanego w Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Ciebie Trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolis jako Początek okresu ubezpieczenia.

5. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym.
6. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała powstanie u Ciebie trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek zawału serca lub udaru mózgu lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie powstanie u Ciebie trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek zawału serca lub udaru mózgu,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
7. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie powstania u Ciebie Trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym.
9. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantcie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

10. Jeżeli powstanie u Ciebie Trwały uszczerbek na zdrowiu na skutek Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
11. W razie uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje były upośledzone już przed zdiagnozowaniem Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, ustalony u Ciebie stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu pomniejszymy o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed Zawałem serca lub Udarem mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym.
12. Rodzaj i stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalimy po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji w oparciu o Tabelę trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od zdiagnozowania u Ciebie Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym.
13. Zmiana rodzaju i stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu po 36 miesiącach od dnia Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia.
14. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie również przed Komisją lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
15. Świadczenie przysługuje maksymalnie za 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu za jeden Zawał serca lub Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym.
16. Świadczenie wypłacimy, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Zawałem serca lub Udarem mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym a Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.
17. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

18. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu powstania u Ciebie Trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Ciebie jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;

- 6) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 26 Powstanie niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne również w ramach:

- Pakietu dodatkowego „Zdrowie Plus” oraz
- Pakietu dodatkowego „Niezdolność do pracy”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 26 zwroty oznaczają:
 - 1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu Twojego organizmu, niezależne od Twojej woli, które zostały zdiagnozowane w okresie trwania naszej odpowiedzialności;
 - 2) **Czynności życia codziennego**:
 - a) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób,
 - b) ubieranie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli będzie istniał konieczność ich używania,
 - c) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku,
 - d) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie,
 - e) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni;
 - 3) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy), wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 4) **Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – trwała i bezpowrotna utrata zdolności do samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu Czynności życia codziennego w wyniku Choroby lub Wypadku, potwierdzona orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji, wydanym przez podmiot uprawniony zgodnie z przepisami prawa lub Komisję lekarską;
 - 5) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie u Ciebie Niezdolności do samodzielnej egzystencji w wyniku Choroby lub Wypadku w okresie trwania naszej odpowiedzialności.
3. W ramach Wariantu ubezpieczenia „Dla Ciebie 80 Plus – Życie” udzielamy ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania u Ciebie Niezdolności do samodzielnej egzystencji w wyniku Wypadku.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

4. Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Ciebie Niezdolności do samodzielnej egzystencji rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
5. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko niezdolności do samodzielnej egzystencji w wyniku choroby lub wypadku, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.
6. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie jeżeli, Niezdolność do samodzielnej egzystencji została spowodowana Wypadkiem.
7. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała powstanie niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie powstanie niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, poprzedniego Pakietu dodatkowego.
8. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
9. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie powstania Niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego.
10. W okresie Karencji do którego zaliczamy okres opłacania składek, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej

umowie ubezpieczenia, poprzednim Warancie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym, a wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

11. Świadczenie z tytułu powstania u Ciebie Niezdolności do samodzielnej egzystencji w wyniku Choroby lub Wypadku, wypłacimy Ci w wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień powstania Niezdolności do samodzielnej egzystencji lub na dzień wydania orzeczenia, jeżeli nie wskazano w jego treści dnia powstania Niezdolności do samodzielnej egzystencji, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
12. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie również przed Komisją lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
13. Świadczenie wypłacimy, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem lub Chorobą a Niezdolnością do samodzielnej egzystencji.
14. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Niezdolności do samodzielnej egzystencji;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.
15. Po wypłacie Świadczenia nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka wygasa.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

16. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu powstania u Ciebie Niezdolności do samodzielnej egzystencji w wyniku Choroby lub Wypadku w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Ciebie jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
 - 6) Twoim działaniem po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 7) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 8) wypadkiem lotniczym, jeżeli nie byłeś/eś pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
 - 9) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
 - 11) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping).

*Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne również
w ramach Pakietu dodatkowego
„Niezdolność do pracy”*

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 27 zwroty oznaczają:
 - 1) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy), wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 2) **Niezdolność do pracy** – trwale zmiany w stanie Twojego zdrowia spowodowane Wypadkiem, powodujące, że jesteś całkowicie niezdolna/y do wykonywania jakiejkolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, co zostało potwierdzone orzeczeniem o niezdolności do pracy wydanym przez podmiot uprawniony zgodnie z przepisami prawa lub Komisję lekarską;
 - 3) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie u Ciebie Niezdolności do pracy w wyniku Wypadku w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Ciebie Niezdolności do pracy w wyniku Wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko powstania u ubezpieczonego niezdolności do pracy w wyniku wypadku, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego rozpoczyna się od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

5. Z tytułu powstania u Ciebie Niezdolności do pracy w wyniku Wypadku wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień powstania Niezdolności do pracy lub na dzień wydania orzeczenia, jeżeli nie wskazano w jego treści dnia powstania Niezdolności do pracy.
6. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie również przed Komisją lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
7. Świadczenie wypłacimy, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a Twoją Niezdolnością do pracy.
8. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zająsci zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Niezdolności do pracy;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.
9. Po wypłacie Świadczenia nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka wygasa.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

10. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Twojej Niezdolności do pracy w wyniku Wypadku w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Ciebie jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) Twoim działaniem po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;

- 6) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 7) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 8) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 9) wypadkiem lotniczym, jeżeli nie byłeś/eś pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
- 11) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping).

§ 28 Powstanie czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne również w ramach Pakietu dodatkowego „Niezdolność do pracy”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 28 zwroty oznaczają:
 - 1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu Twojego organizmu, niezależne od Twojej woli, które zostały zdiagnozowane w okresie trwania naszej odpowiedzialności;
 - 2) **Czasowa niezdolność do pracy** – niezdolność do pracy, która trwa nieprzerwanie przez okres co najmniej 31 dni kalendarzowych oraz została poświadczona Zwolnieniami lekarskimi, pod warunkiem że zostały one wydane z powodu tej samej Choroby lub Wypadku;
 - 3) **Dni robocze** – wszystkie dni, z wyjątkiem sobót, niedziel oraz świąt określonych w Ustawie o dniach wolnych od pracy z dnia 18 stycznia 1951 r. z późn. zm;
 - 4) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy), wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 5) **Wypadek** – zdarzenie nagle, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności;
 - 6) **Zwolnienie lekarskie** – zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu Choroby lub Wypadku, spełniające warunki do uzyskania świadczenia pieniężnego z ubezpieczenia społecznego w razie choroby lub wypadku.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie u Ciebie Czasowej niezdolności do pracy w wyniku Choroby lub Wypadku, w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Ciebie Czasowej niezdolności do pracy rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko powstanie u ubezpieczonego czasowej niezdolności do pracy, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie z tytułu powstania u Ciebie Czasowej niezdolności do pracy w wyniku Wypadku.
6. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała powstanie czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie powstanie czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
7. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy

okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.

8. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie powstania czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy.
9. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantcie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

10. Jeżeli powstanie u Ciebie Czasowa niezdolność do pracy, wypłacimy Ci Świadczenie za każdy dzień roboczy Czasowej niezdolności do pracy, poczynawszy od 1. dnia roboczego następującego po upływie 31 dni kalendarzowych trwania Czasowej niezdolności do pracy, a skończywszy na ostatnim dniu roboczym poprzedzającym 180. dzień kalendarzowy trwania Czasowej niezdolności do pracy pod warunkiem trwania Czasowej niezdolności do pracy w okresie naszej odpowiedzialności.
11. Jeżeli 1. Dzień roboczy Czasowej niezdolności do pracy w wyniku Choroby rozpocznie się w okresie Karencji, wypłacimy Ci Świadczenie wyłącznie za Dni robocze Czasowej niezdolności do pracy w wyniku Choroby przypadające po zakończeniu tego okresu.
12. Z tytułu powstania u Ciebie Czasowej niezdolności do pracy wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia obowiązującej na dzień rozpoczęcia przez Ciebie Zwolnienia lekarskiego, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
13. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie również przed Komisją lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
14. Świadczenie wypłacimy, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Chorobą lub Wypadkiem a Twoją Czasową niezdolnością do pracy.
15. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Czasowej niezdolności do pracy;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

16. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Twojej Czasowej niezdolności do pracy w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Ciebie jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) Twoim działaniem po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 6) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 7) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z,
 - 8) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 9) wypadkiem lotniczym, jeżeli nie byłeś/eś pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
 - 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
 - 11) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotniarstwo, szybownictwo,

lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping).

§ 29 Pobyt ubezpieczonego w szpitalu

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne również
w ramach Pakietu dodatkowego „Wypadek”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 29 zwroty oznaczają:
 - 1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu Twojego organizmu, niezależne od Twojej woli;
 - 2) **Dzień pobytu w Szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym miał miejsce Twój pobyt w Szpitalu, przy czym za pierwszy Dzień pobytu w Szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze Szpitala;
 - 3) **OIOM** – (oddział intensywnej opieki medycznej) – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia, objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzeni w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia. Za OIOM uważa się również OIOK – oddział intensywnej opieki kardiologicznej, OIT – oddział intensywnej terapii oraz OION – oddział intensywnej opieki neurologicznej. W przypadku leczenia kardiologicznego – za pobyt na OIOK uznaje się też pobyt na oddziale kardiologicznym z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, a także na oddziale kardiologicznym na sali intensywnego nadzoru kardiologicznego, o ile stan zdrowia wymagał intensywnego nadzoru kardiologicznego i zostało to potwierdzone w karcie informacyjnej lub zaświadczeniu ze Szpitala o leczeniu w sali intensywnego nadzoru kardiologicznego;
 - 4) **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, w którym przez całą dobę wykonywane są kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem w rozumieniu tej definicji nie jest dom opieki, dom pomocy społecznej, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład opiekuńczo-leczniczy, ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
 - 5) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) Twój pobyt w Szpitalu w wyniku Choroby lub Wypadku;
 - 2) Twój pobyt na OIOM w wyniku Choroby lub Wypadku, w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu Twojego pobytu w Szpitalu lub na OIOM, w wyniku Choroby rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko pobyt ubezpieczonego w szpitalu lub na OIOM w wyniku Choroby, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy, jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie z tytułu Twojego pobytu w Szpitalu lub na OIOM, w wyniku Wypadku.
6. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała pobyt ubezpieczonego w szpitalu lub na OIOM, w wyniku Choroby lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie pobyt ubezpieczonego w szpitalu lub na OIOM, w wyniku Choroby,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
7. W przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony, okres opłacania składek oraz datę zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie pobytu w Szpitalu lub na OIOM w wyniku choroby.
9. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek wypłacimy Świadczenie w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

10. Jeżeli Twój pobyt w Szpitalu rozpoczął się przed dniem Początku okresu ubezpieczenia i zakończył się po ww. dniu, otrzymasz Świadczenie wyłącznie za pobyt przypadający po dacie Początku okresu ubezpieczenia, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego i wypłaty Świadczenia w okresie Karencji.
11. Jeżeli Twój pobyt w Szpitalu, którego przyczyną będzie Choroba rozpocznie się w okresie Karencji, wypłacimy Ci Świadczenie wyłącznie za Dni pobytu w szpitalu przypadające po zakończeniu tego okresu.
12. Świadczenie wypłacimy Ci, pod warunkiem że Twój pobyt w Szpitalu w wyniku Choroby lub Wypadku będzie trwał co najmniej 1 dzień.
13. Jeżeli będziesz przebywał w Szpitalu, którego przyczyną jest Wypadek lub Choroba, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień rozpoczęcia pobytu w Szpitalu, za każdy Dzień pobytu w Szpitalu.
14. Jeżeli będziesz przebywać na OIOM, wypłacimy Ci Świadczenie za pobyt na OIOM w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień rozpoczęcia pobytu na OIOM.
15. W przypadku kilkukrotnych pobytów na OIOM w trakcie jednego nieprzerwanego pobytu w Szpitalu, Świadczenie przysługuje za jeden pobyt na OIOM.
16. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

17. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Twojego pobytu w Szpitalu lub na OIOM w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Ciebie jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) Twoim działaniem po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 6) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 7) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
 - 8) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
 - 10) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
 - 11) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw Wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym lub w związku z chorobami nowotworowymi;
 - 12) pozostawianiem przez Ciebie:
 - a) na oddziale dziennym, w hospicjum, w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej,
 - b) w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym,
 - c) na oddziale rehabilitacyjnym,
 - d) na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującą dalszą hospitalizacją;
 - 13) pełnieniem przez Ciebie służby wojskowej w jakimkolwiek kraju.

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne również
w ramach Pakietu dodatkowego
„Kardiologicznego”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 30 zwroty oznaczają:

- 1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu Twojego organizmu, niezależne od Twojej woli;
- 2) **Dzień pobytu w Szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym miał miejsce Twój pobyt w Szpitalu, przy czym za pierwszy Dzień pobytu w Szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze Szpitala;
- 3) **Udar mózgu** – powstałe w okresie trwania naszej odpowiedzialności nagłe, ogniskowe uszkodzenie tkanki mózgowej, w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmożgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu). Konieczne jest wystąpienie świeżych zmian naczyniopochodnych zaobserwowanych w badaniach obrazowych (np. w badaniu rezonansu magnetycznego lub badaniu tomografii komputerowej) i co najmniej jednego z poniższych kryteriów:
 - a) stwierdzenie obecności ogniskowych objawów neurologicznych trwających ponad 24 godziny, ale krócej niż 60 dni; albo
 - b) stwierdzenie obecności ogniskowych objawów neurologicznych trwających krócej niż 24 godziny, jeżeli zastosowano leczenie trombolityczne. Odpowiedzialnością objęte są również przypadki udaru mózdzku, rdzenia przedłużonego, rdzenia kręgowego, które spełniają powyższe kryteria.

Definicja udaru mózgu nie obejmuje:

- i. epizodów pourazowego krwotoku śródmózgowego oraz pourazowego krwotoku podpajęczynówkowego,
- ii. udaru mózgu dokonanego w nieokreślonej przeszłości lub takiego, którego daty wystąpienia nie można jednoznacznie określić,
- iii. przemijającego napadu niedokrwiennego (TIA), ani odwracalnego niedokrwiennego deficytu neurologicznego (RIND),
- iv. wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych;
- 4) **Rekonwalescencja szpitalna** – Twój pobyt na nieprzerwanym zwolnieniu lekarskim, następujący bezpośrednio po zakończonym pobycie w Szpitalu;
- 5) **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, w którym przez całą dobę wykonywane są kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem w rozumieniu tej definicji nie jest dom opieki, dom pomocy społecznej, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład opiekuńczo-leczniczy, ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
- 6) **Statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z Ustawą prawo lotnicze, należące do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadające aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych;
- 7) **Statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodorolot, poduszkowiec) przeznaczone lub używane w żegludze śródlądowej lub morskiej, w rozumieniu przepisów Ustawy o żegludze śródlądowej lub kodeksu morskiego, posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych nie jest objęty definicją statku wodnego;
- 8) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym;
- 9) **Wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę i powstały w okresie trwania naszej odpowiedzialności, któremu uległaś/eś jako:
 - a) kierowca, pasażer, uczestnik ruchu lub pieszy – w związku z ruchem lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym oraz pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej),
 - b) pasażer, osoba kierująca lub członek załogi – w związku z ruchem wodnym pojazdów pływających, z udziałem Statku wodnego,
 - c) pasażer lub członek załogi – w związku z ruchem lotniczym Statków powietrznych.
 Definicja Wypadku komunikacyjnego nie obejmuje wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch;
- 10) **Wypadek komunikacyjny przy pracy** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę, powstały w okresie naszej odpowiedzialności, któremu uległaś/ uległeś jako:
 - a) kierowca, pasażer, uczestnik ruchu lub pieszy – w związku z ruchem lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym oraz pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej),
 - b) pasażer, osoba kierująca lub członek załogi – w związku z ruchem wodnym pojazdów pływających, z udziałem Statku wodnego,
 - c) pasażer lub członek załogi – w związku z ruchem lotniczym Statków powietrznych
 i który nastąpił w związku z wykonywaną pracą i został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku.

Definicja Wypadku komunikacyjnego przy pracy nie obejmuje:

- i. wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch,
- ii. wypadku w drodze do pracy lub z pracy zgodnie z kwalifikacją wypadku zamieszczoną w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku;

11) **Wypadek przy pracy** – wypadek powstały w okresie trwania naszej odpowiedzialności, zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku. Definicja Wypadku przy pracy nie obejmuje wypadku w drodze do pracy i z pracy, zgodnie z kwalifikacją wypadku zamieszczoną w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku;

12) **Zawał serca** – powstała w okresie trwania naszej odpowiedzialności martwica części mięśnia sercowego, wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Zdiagnozowanie zawału serca przez Lekarza specjalistę 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. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, współistniejącego z co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
- b) nowe zmiany niedokrwienne w badaniu EKG,
- c) uwidocznione w badaniach obrazowych nowe ubytki żywotnego mięśnia sercowego lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej.

Ochroną objęte są także zawały serca, które wystąpiły w trakcie zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej oraz operacji pomostowania aortalno-wieńcowego.

Definicja nie obejmuje:

- i. innych ostrych zespołów wieńcowych, w których nie wykazano dowodów na dokonanie się martwicy mięśnia serca,
- ii. każdego zdarzenia, które nie zostało potwierdzone jako zawał serca przez lekarza specjalistę (kardiologa); podwyższenia biomarkerów sercowych, wynikających z zabiegu diagnostycznej angiografii wieńcowej.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- 1) Twój pobyt w Szpitalu w wyniku:
 - a) Wypadku komunikacyjnego,
 - b) Wypadku przy pracy,
 - c) Wypadku komunikacyjnego przy pracy,
 - d) Zawału serca lub Udaru mózgu;
- 2) Twoją Rekonwalescencję poszpitalną w wyniku Wypadku lub Choroby, w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu Twojego pobytu w Szpitalu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu oraz z tytułu Twojej Rekonwalescencji poszpitalnej w wyniku Choroby rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie, jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu oraz z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej w wyniku choroby, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie z tytułu Twojego pobytu w Szpitalu w wyniku Wypadku komunikacyjnego, Wypadku przy pracy, Wypadku komunikacyjnego przy pracy oraz z tytułu Twojej Rekonwalescencji poszpitalnej w wyniku Wypadku.
6. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała ryzyko pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu lub rekonwalescencji poszpitalnej w wyniku choroby albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie ryzyko pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, rekonwalescencji poszpitalnej w wyniku choroby,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
7. W przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony, okres opłacania składek oraz datę zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu lub rekonwalescencji poszpitalnej w wyniku choroby.
9. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek, wypłacimy Świadczenie w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

10. Świadczenie wypłacimy Ci, pod warunkiem, że Twój pobyt w Szpitalu w wyniku:
 - 1) Zawału serca lub Udaru mózgu:
 - a) będzie trwał powyżej 3 dni oraz
 - b) rozpocznie się nie później niż 14 dni po zdiagnozowaniu Zawału serca lub Udaru mózgu;
 - 2) Wypadku komunikacyjnego, Wypadku przy pracy lub Wypadku komunikacyjnego przy pracy:
 - a) będzie trwał co najmniej 1 dzień oraz
 - b) rozpocznie się nie później niż 14 dni po wystąpieniu Wypadku komunikacyjnego, Wypadku przy pracy, Wypadku komunikacyjnego przy pracy oraz
 - c) jest pierwszym pobytem w Szpitalu spowodowanym danym Wypadkiem komunikacyjnym, Wypadkiem przy pracy lub Wypadkiem komunikacyjnym przy pracy.
11. Za pierwszy pobyt w Szpitalu spowodowany Wypadkiem komunikacyjnym, Wypadkiem przy pracy lub Wypadkiem komunikacyjnym przy pracy nie uważa się wcześniejszego pobytu na oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującego dalszą hospitalizacją związaną z tym samym Wypadkiem komunikacyjnym, Wypadkiem przy pracy lub Wypadkiem komunikacyjnym przy pracy.
12. Jeżeli Twój pobyt w Szpitalu, w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu rozpocznie się w okresie Karencji, wypłacimy Ci Świadczenie wyłącznie za Dni pobytu w Szpitalu przypadające po zakończeniu tego okresu.
13. Świadczenie z tytułu Rekonwalescencji poszpitalnej wypłacimy Ci, pod warunkiem że:
 - 1) pobyt w Szpitalu oraz pobyt na zwolnieniu lekarskim będą trwały w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego oraz
 - 2) pobyt w Szpitalu bezpośrednio poprzedzający zwolnienie lekarskie będzie trwał powyżej 9 dni oraz
 - 3) otrzymasz od nas Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu.
14. Świadczenie z tytułu Rekonwalescencji poszpitalnej przysługuje począwszy od dnia następnego po dniu wypisu ze Szpitala w okresie pierwszych 30 dni zwolnienia lekarskiego.
15. W przypadku osób, które nie odprowadzają składek chorobowych, emerytów, osób bezrobotnych, rencistów oraz osób otrzymujących świadczenie rehabilitacyjne, Świadczenie z tytułu Rekonwalescencji poszpitalnej przysługuje w wysokości odpowiadającej 15-krotności Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień rozpoczęcia przez Ciebie Rekonwalescencji poszpitalnej.
16. Jeżeli będziesz przebywać w Szpitalu, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień rozpoczęcia pobytu w Szpitalu, za każdy Dzień pobytu w Szpitalu.
17. Jeżeli będziesz przebywać na Rekonwalescencji poszpitalnej, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień rozpoczęcia przez Ciebie Rekonwalescencji poszpitalnej, za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim.
18. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego;
 - 4) zwolnienia lekarskiego wydanego przez Szpital w przypadku Rekonwalescencji poszpitalnej;
 - 5) kopii dokumentacji potwierdzającej przyczynę i okoliczności Wypadku komunikacyjnego ze straży miejskiej, policji, sądu lub prokuratury;
 - 6) kopii protokołu powypadkowego BHP lub karty wypadku;
 - 7) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

19. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Twojego pobytu w Szpitalu w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Ciebie jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) Twoim działaniem po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 6) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
 - 7) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;

- 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
- 9) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 10) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw Wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym lub w związku z chorobami nowotworowymi;
- 11) pozostawianiem przez Ciebie:
 - a) na oddziale dziennym, w hospicjum, w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej;
 - b) w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym;
 - c) na oddziale rehabilitacyjnym;
 - d) na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującym dalszą hospitalizacją;
- 12) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem.

§ 31 Pobyt ubezpieczonego w szpitalu „Dla Ciebie 66 Plus – Życie”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 31 zwroty oznaczają:
 - 1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu Twojego organizmu, niezależne od Twojej woli;
 - 2) **Dzień pobytu w Szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym miał miejsce Twój pobyt w Szpitalu, przy czym za pierwszy Dzień pobytu w Szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze Szpitala;
 - 3) **OIOM** – (oddział intensywnej opieki medycznej) – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia, objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzeni w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia. Za OIOM uważa się również OIOK – oddział intensywnej opieki kardiologicznej, OIT – oddział intensywnej terapii oraz OION – oddział intensywnej opieki neurologicznej. W przypadku leczenia kardiologicznego – za pobyt na OIOK uznaje się też pobyt na oddziale kardiologicznym z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, a także na oddziale kardiologicznym na sali intensywnego nadzoru kardiologicznego, o ile stan zdrowia wymagał intensywnego nadzoru kardiologicznego i zostało to potwierdzone w karcie informacyjnej lub zaświadczeniu ze Szpitala o leczeniu w sali intensywnego nadzoru kardiologicznego;
 - 4) **Rekonwalescencja poszpitalna** – Twój pobyt na nieprzerwanym zwolnieniu lekarskim, następujący bezpośrednio po zakończonym pobycie w Szpitalu;
 - 5) **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, w którym przez całą dobę wykonywane są kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem w rozumieniu tej definicji nie jest dom opieki, dom pomocy społecznej, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład opiekuńczo-leczniczy, ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
 - 6) **Statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z Ustawą prawo lotnicze, należące do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadające aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych;
 - 7) **Statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodolot, poduszkowiec) przeznaczone lub używane w żegludze śródlądowej lub morskiej, w rozumieniu przepisów Ustawy o żegludze śródlądowej lub kodeksu morskiego, posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych nie jest objęty definicją statku wodnego;
 - 8) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym;
 - 9) **Wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę i powstały w okresie trwania naszej odpowiedzialności, któremu uległaś/eś jako:
 - a) kierowca, pasażer, uczestnik ruchu lub pieszy – w związku z ruchem lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym oraz pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej),
 - b) pasażer, osoba kierująca lub członek załogi – w związku z ruchem wodnym pojazdów pływających, z udziałem Statku wodnego,
 - c) pasażer lub członek załogi – w związku z ruchem lotniczym Statków powietrznych.
 Definicja Wypadku komunikacyjnego nie obejmuje wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) Twój pobyt w Szpitalu w wyniku:
 - a) Choroby,

- b) Wypadku,
- c) Wypadku komunikacyjnego;
- 2) Twój pobyt w Szpitalu na OIOM w wyniku Wypadku;
- 3) Twoją Rekonwalescencję poszpitalną w wyniku Wypadku, w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

- 3. Nasza odpowiedzialność z tytułu Twojego pobytu w Szpitalu w wyniku Choroby rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
- 4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko pobytu w szpitalu w wyniku Choroby, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.
- 5. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie z tytułu Twojego pobytu w Szpitalu w wyniku Wypadku, Wypadku komunikacyjnego lub Twojego pobytu w Szpitalu na OIOM w wyniku Wypadku oraz z tytułu Twojej Rekonwalescencji poszpitalnej w wyniku Wypadku.
- 6. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała ryzyko pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie ryzyko pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
- 7. W przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
- 8. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony, okres opłacania składek oraz datę zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, rekonwalescencji poszpitalnej w wyniku choroby.
- 9. W okresie Karencji do którego zaliczamy okres opłacania składek, wypłacimy Świadczenie w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

- 10. Jeżeli Twój pobyt w Szpitalu w wyniku Wypadku, Twój pobyt na OIOM w wyniku Wypadku lub Twój pobyt w Szpitalu w wyniku Choroby rozpoczął się przed dniem Początku okresu ubezpieczenia i zakończył się po ww. dniu, wypłacimy Ci Świadczenie wyłącznie za pobyt w Szpitalu przypadający po dacie Początku okresu ubezpieczenia, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego i wypłaty Świadczenia w okresie Karencji.
- 11. Jeżeli będziesz przebywać w Szpitalu w wyniku Wypadku lub Wypadku komunikacyjnego, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia za każdy Dzień pobytu w Szpitalu.
- 12. Świadczenie wypłacimy Ci, pod warunkiem że Twój pobyt w Szpitalu w wyniku:
 - 1) Wypadku albo Choroby będzie trwał co najmniej 1 dzień;
 - 2) Wypadku komunikacyjnego:
 - a) będzie trwał co najmniej 1 dzień oraz
 - b) rozpocznie się nie później niż 14 dni po wystąpieniu Wypadku komunikacyjnego,
 - c) jest pierwszym pobylem w Szpitalu spowodowanym danym Wypadkiem komunikacyjnym.
- 13. Za pierwszy pobyt w Szpitalu spowodowany Wypadkiem komunikacyjnym nie uważa się wcześniejszego pobytu na oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującego dalszą hospitalizacją związaną z tym samym Wypadkiem komunikacyjnym.
- 14. Świadczenie z tytułu Rekonwalescencji poszpitalnej wypłacimy Ci, pod warunkiem że:
 - 1) pobyt w Szpitalu oraz pobyt na zwolnieniu lekarskim będą trwały w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu niniejszego ryzyka oraz
 - 2) pobyt w Szpitalu bezpośrednio poprzedzający zwolnienie lekarskie będzie trwał powyżej 9 dni.
- 15. Świadczenie z tytułu Rekonwalescencji poszpitalnej przysługuje począwszy od dnia następnego po dniu wypisu ze Szpitala w okresie pierwszych 30 dni zwolnienia lekarskiego.
- 16. W przypadku osób, które nie odprowadzają składek chorobowych, emerytów, osób bezrobotnych, rencistów lub osób otrzymujących świadczenie rehabilitacyjne, Świadczenie z tytułu Rekonwalescencji poszpitalnej przysługuje w wysokości odpowiadającej 15-krotności Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień rozpoczęcia przez Ciebie Rekonwalescencji poszpitalnej.
- 17. Jeżeli będziesz przebywać na Rekonwalescencji poszpitalnej, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia obowiązującej na dzień rozpoczęcia przez Ciebie Rekonwalescencji poszpitalnej, za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim.
- 18. Jeżeli będziesz przebywać w Szpitalu w wyniku Choroby, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia obowiązującej na dzień rozpoczęcia pobytu w Szpitalu.
- 19. Wypłacimy Ci Świadczenie maksymalnie za 3 pobyty w Szpitalu w wyniku Choroby w Roku polisowym.
- 20. Jeżeli będziesz przebywać na OIOM, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia obowiązującej na dzień rozpoczęcia pobytu na OIOM.

21. W przypadku kilkukrotnych pobytów na OIOM w trakcie jednego nieprzerwanego pobytu w Szpitalu Świadczenie przysługuje za jeden pobyt na OIOM.
22. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego;
 - 4) zwolnienia lekarskiego wydanego przez Szpital w przypadku Rekonwalescencji poszpitalnej;
 - 5) kopii dokumentacji potwierdzającej przyczynę i okoliczności Wypadku komunikacyjnego ze straży miejskiej, policji, sądu lub prokuratury;
 - 6) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

23. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Twojego pobytu w Szpitalu w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Ciebie jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) Twoim działaniem po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 6) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 7) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z,
 - 8) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
 - 10) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotnictwo, motoparalotnictwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
 - 11) pozostawianiem przez Ciebie:
 - a) na oddziale dziennym, w hospicjum, w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej,
 - b) w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym,
 - c) na oddziale rehabilitacyjnym,
 - d) na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującym dalszą hospitalizacją.

§ 32 Ubezpieczenie lekowe związane z pobytem ubezpieczonego w szpitalu

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne również w ramach Pakietu dodatkowego „Wypadek”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 32 zwroty oznaczają:
 - 1) **Dzień pobytu w Szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym miał miejsce Twój pobyt w Szpitalu, przy czym za pierwszy Dzień pobytu w Szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze Szpitala;
 - 2) **OIOM** – (oddział intensywnej opieki medycznej) – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia, objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzeni w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia. Za OIOM uważa się również OIOK – oddział intensywnej opieki kardiologicznej, OIT – oddział intensywnej terapii oraz OION – oddział intensywnej opieki neurologicznej.

W przypadku leczenia kardiologicznego – za pobyt na OIOM uznaje się też pobyt na oddziale kardiologicznym z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, a także na oddziale kardiologicznym na sali intensywnego nadzoru kardiologicznego, o ile stan zdrowia wymagał intensywnego nadzoru kardiologicznego i zostało to potwierdzone w karcie informacyjnej lub zaświadczeniu ze Szpitala o leczeniu w sali intensywnego nadzoru kardiologicznego;

- 3) **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, w którym przez całą dobę wykonywane są kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem w rozumieniu tej definicji nie jest dom opieki, dom pomocy społecznej, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład opiekuńczo-leczniczy, ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
- 4) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym;
- 5) **Wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę i powstały w okresie trwania naszej odpowiedzialności, któremu uległaś/eś jako:
 - a) kierowca, pasażer, uczestnik ruchu lub pieszy – w związku z ruchem lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym oraz pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej),
 - b) pasażer, osoba kierująca lub członek załogi – w związku z ruchem wodnym pojazdów pływających, z udziałem Statku wodnego,
 - c) pasażer lub członek załogi – w związku z ruchem lotniczym Statków powietrznych.Definicja Wypadku komunikacyjnego nie obejmuje wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje ubezpieczenie lekowe po Twoim pobycie w Szpitalu w wyniku Wypadku w okresie trwania naszej odpowiedzialności.
3. W przypadku Wariantu ubezpieczenia „Dla Ciebie 66 Plus – Życie”, zakres ubezpieczenia obejmuje ubezpieczenie lekowe po Twoim pobycie w Szpitalu:
 - 1) w wyniku Wypadku;
 - 2) na OIOM w wyniku Wypadku;
 - 3) w wyniku Wypadku komunikacyjnego.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

4. Nasza odpowiedzialność z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z Twoim pobytem w Szpitalu rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka.
5. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje niniejsze ryzyko, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego rozpoczyna się w dniu wskazanym w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

6. Jeżeli będziesz przebywać w Szpitalu wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na pierwszy dzień pobytu w Szpitalu.
7. Świadczenie wypłacimy, pod warunkiem że otrzymasz od nas Świadczenie z tytułu ryzyka pobytu ubezpieczonego w szpitalu lub z tytułu ryzyka pobyt ubezpieczonego w szpitalu „Dla Ciebie 66 Plus”.
8. Świadczenie otrzymasz od nas maksymalnie za 3 rozpoczęte pobyty w Szpitalu w Roku polisowym.
9. Jeżeli jednocześnie będziesz przebywał w Szpitalu oraz na OIOM, otrzymasz od nas jedno Świadczenie.
10. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych paragrafach mają zastosowanie postanowienia ryzyka ubezpieczeniowego – pobyt ubezpieczonego w szpitalu albo pobyt ubezpieczonego w szpitalu „Dla Ciebie 66 Plus – Życie”.

§ 33 Wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne również w ramach Pakietu dodatkowego „Zdrowie Plus”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas zwroty w § 33 oznaczają:
 - 1) **Katalog poważnych zachorowań** – katalog będący załącznikiem do OWU;
 - 2) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy), wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 3) **Lekarz specjalista** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, która udziela świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji;
 - 4) **Poważne zachorowanie** – rodzaj poważnego zachorowania wymieniony i zdefiniowany w Katalogu poważnych zachorowań;

- 5) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności;
- 6) **Wystąpienie poważnego zachorowania** – zaistnienie w okresie naszej odpowiedzialności jednej z poniższych okoliczności: postawienie diagnozy, pobranie materiału do badania histopatologicznego, które potwierdziło obecność nowotworu złośliwego, przeprowadzenie operacji, rozpoczęcie specjalistycznego leczenia, kwalifikacja do przeszczepu lub jego wykonanie, wystąpienie Wypadku, które zostały wskazane w Katalogu poważnych zachorowań.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Wystąpienie u Ciebie Poważnego zachorowania określonego w Katalogu poważnych zachorowań w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Ciebie Poważnego zachorowania rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisu jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. W okresie Karencji nasza odpowiedzialność ograniczona jest do Poważnego zachorowania będącego następstwem Wypadku.
6. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania (dany rodzaj poważnego zachorowania) lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania (dany rodzaj poważnego zachorowania),do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
7. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania.
9. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantcie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

10. Za Poważne zachorowanie z Katalogu poważnych zachorowań wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Wystąpienia poważnego zachorowania, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
11. Jeżeli wystąpi u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności ponownie ten sam rodzaj Poważnego zachorowania, wypłacimy Ci Świadczenie tylko za pierwsze z nich. Jednak, jeśli każde z tych zachorowań było wynikiem różnych Wypadków, przysługuje Ci Świadczenie za każde z nich.
12. Jeżeli wystąpią u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności co najmniej dwa różne Poważne zachorowania, nie ponosimy odpowiedzialności za te Poważne zachorowania, które pozostają w związku przyczynowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogennym, co Poważne zachorowanie, za które wypłaciliśmy Świadczenie.
13. Jeżeli wystąpią u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności co najmniej dwa Nowotwory złośliwe o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji wypłacimy Świadczenie tylko za pierwszy z nich.
14. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie również przed Komisją lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
15. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej Wystąpienie poważnego zachorowania;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

16. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu wystąpienia u Ciebie Poważnego zachorowania w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;

- 4) wykonywaniem przez Ciebie jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
- 5) Twoim działaniem po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 6) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 7) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
- 8) zdiagnozowaniem w okresie trwania naszej odpowiedzialności Nowotworu złośliwego, będącego nawrotem, wznową lub przerzutem choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie 3 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia;
- 9) zdiagnozowaniem w okresie trwania naszej odpowiedzialności Łagodnego nowotworu mózgu lub Łagodnego nowotworu rdzenia kręgowego, będących nawrotem lub wznową choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie 3 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia;
- 10) zdiagnozowaniem w okresie trwania naszej odpowiedzialności Nowotworu złośliwego, będącego nawrotem, wznową lub przerzutem choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie 3 lat przed rozszerzeniem zakresu ochrony o Pakiet dodatkowy zawierający to ryzyko ubezpieczeniowe;
- 11) zdiagnozowaniem w okresie trwania naszej odpowiedzialności Łagodnego nowotworu mózgu lub łagodnego nowotworu rdzenia kręgowego, będących nawrotem lub wznową, choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie 3 lat przed rozszerzeniem zakresu ochrony o Pakiet dodatkowy zawierający to ryzyko ubezpieczeniowe.

§ 34 Zachorowanie ubezpieczonego na łagodny nowotwór mózgu

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne w ramach Pakietu dodatkowego „Onkologicznego”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas zwroty w § 34 oznaczają:
 - 1) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy), wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 2) **Łagodny nowotwór mózgu** – wewnątrzczaszkowy, niezłośliwy nowotwór mózgu, opon lub nerwów czaszkowych, rozpoznany na podstawie wyników badań neuroobrazowych, immunologicznych lub histopatologicznych, wymagający usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego powodujący trwałe ubytek neurologiczny.

Definicja nie obejmuje: guzów przysadki i szyszynki, torbieli, ziarniniaków, malformacji naczyniowych.

Za wystąpienie Łagodnego nowotworu mózgu uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zachorowanie przez Ciebie na Łagodny nowotwór mózgu w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu zachorowania przez Ciebie na Łagodny nowotwór mózgu rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko zachorowanie ubezpieczonego na łagodny nowotwór mózgu, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień postawienie diagnozy w zakresie Łagodnego nowotworu mózgu.
6. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała zachorowanie ubezpieczonego na łagodny nowotwór mózgu lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie zachorowanie ubezpieczonego na łagodny nowotwór mózgu,

do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.

7. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie zachorowanie ubezpieczonego na łagodny nowotwór mózgu.
9. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantie ubezpieczenia, poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

10. W przypadku zachorowania przez Ciebie na łagodny nowotwór mózgu wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień postawienia diagnozy w zakresie łagodnego nowotworu mózgu, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
11. Z tytułu zachorowania przez Ciebie na łagodny nowotwór mózgu, wypłacimy jedno Świadczenie w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia.
12. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie również przed Komisją lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
13. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej zachorowanie przez Ciebie na łagodny nowotwór mózgu;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.
14. Po wypłacie Świadczenia nasza odpowiedzialność z tytułu zachorowania ubezpieczonego na łagodny nowotwór mózgu wygasa.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

15. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu zachorowania przez Ciebie na łagodny nowotwór mózgu w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) Twoim działaniem po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 5) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 6) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
 - 7) chorobą związaną z infekcją wirusem HIV;
 - 8) zdiagnozowaniem w okresie trwania naszej odpowiedzialności łagodnego nowotworu mózgu będącego nawrotem lub wznową, choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie 3 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia;
 - 9) zdiagnozowaniem w okresie trwania naszej odpowiedzialności łagodnego nowotworu mózgu, będącego nawrotem lub wznową, choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie 3 lat przed rozszerzeniem zakresu ochrony o Pakiet dodatkowy zawierający to ryzyko ubezpieczeniowe.

§ 35 Zachorowanie ubezpieczonego na łagodny nowotwór rdzenia kręgowego

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne w ramach
Pakietu dodatkowego „Onkologicznego”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas zwroty w § 35 oznaczają:
 - 1) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy), wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 2) **Łagodny nowotwór rdzenia kręgowego** – wewnątrzkanałowy, niezłośliwy nowotwór rdzenia kręgowego i opon rdzenia, wymagający usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego powodujący trwały ubytek

neurologiczny, rozpoznany na podstawie pozytywnych wyników badań dodatkowych obrazowych, immunologicznych lub histopatologicznych. Za wystąpienie Łagodnego nowotworu rdzenia kręgowego uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zachorowanie przez Ciebie na Łagodny nowotwór rdzenia kręgowego w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu zachorowania przez Ciebie na Łagodny nowotwór rdzenia kręgowego rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko zachorowanie ubezpieczonego na łagodny nowotwór rdzenia kręgowego, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisys jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień postawienia diagnozy w zakresie Łagodnego nowotworu rdzenia kręgowego.
6. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała zachorowanie ubezpieczonego na łagodny nowotwór rdzenia kręgowego lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie zachorowanie Ubezpieczonego na Łagodny nowotwór rdzenia kręgowego,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
7. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie zachorowania Ubezpieczonego na Łagodny nowotwór rdzenia kręgowego.
9. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantcie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

10. W przypadku zachorowania przez Ciebie na Łagodny nowotwór rdzenia kręgowego wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień postawienia diagnozy w zakresie Łagodnego nowotworu rdzenia kręgowego, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
11. Z tytułu zachorowania przez Ciebie na Łagodny nowotwór rdzenia kręgowego wypłacimy jedno Świadczenie w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia.
12. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie również przed Komisją lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
13. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej zachorowanie przez Ciebie na Łagodny nowotwór mózgu;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.
14. Po wypłacie Świadczenia nasza odpowiedzialność z tytułu zachorowania Ubezpieczonego na Łagodny nowotwór rdzenia kręgowego wygasa.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

15. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu zachorowania przez Ciebie na Łagodny nowotwór rdzenia kręgowego w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) Twoim działaniem po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 5) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o

- przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 6) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
 - 7) chorobą związaną z infekcją wirusem HIV;
 - 8) zdiagnozowaniem w okresie trwania naszej odpowiedzialności łagodnego nowotworu rdzenia kręgowego będącego nawrotem lub wznową choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie 3 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia;
 - 9) zdiagnozowaniem w okresie trwania naszej odpowiedzialności łagodnego nowotworu rdzenia kręgowego, będącego nawrotem lub wznową choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie 3 lat przed rozszerzeniem zakresu ochrony o Pakiet dodatkowy zawierający to ryzyko ubezpieczeniowe.

§ 36 Zachorowanie ubezpieczonego na nowotwór złośliwy

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne w ramach Pakietu dodatkowego „Onkologicznego”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas zwroty w § 36 oznaczają:
 - 1) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy), wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 2) **Nowotwór złośliwy** – zachorowanie na nowotwór złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi nastąpić w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu zachorowania ubezpieczonego na nowotwór złośliwy oraz musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka (w tym mięsaka skóry). Definicja zachorowania na nowotwór złośliwy nie obejmuje:
 - a) raka nieinwazyjnego, raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji, raka o granicznej złośliwości, raka o niskim stopniu złośliwości oraz wszelkich zmian przedrakowych,
 - b) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0, T1c N0M0),
 - c) wszelkich nowotworów skóry, z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM, chłoniaka skóry oraz mięsaka skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1N0M0 według klasyfikacji TNM,
 - d) raka brodawkowatego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0),
 - e) przewlekłej białaczki limfatycznej według klasyfikacji Rai w stadium niższym niż III wg klasyfikacji Rai,
 - f) wczesnego stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM,
 - g) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV.Za datę rozpoznania nowotworu przyjmuje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego. Jeśli z medycznego punktu widzenia wykonanie badania histopatologicznego nie jest możliwe lub jest ryzykowne, za Wystąpienie poważnego zachorowania przyjmuje się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia przez lekarza onkologa na podstawie dokumentacji medycznej.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zachorowanie przez Ciebie na Nowotwór złośliwy w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu zachorowania przez Ciebie na Nowotwór złośliwy rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko zachorowania przez Ciebie na nowotwór złośliwy, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. W okresie Karencji do którego zaliczamy okres opłacania składek, wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień rozpoznania Nowotworu złośliwego.
6. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała zachorowanie ubezpieczonego na nowotwór złośliwy lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie zachorowanie ubezpieczonego na nowotwór złośliwy,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.

7. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie zachorowania ubezpieczonego na nowotwór złośliwy.
9. W okresie Karencji do którego zaliczamy okres opłacania składek, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantcie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

10. W przypadku zachorowania przez Ciebie na Nowotwór złośliwy wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia obowiązującej na dzień rozpoznania Nowotworu złośliwego, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
11. Jeżeli wystąpią u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności co najmniej dwa Nowotwory złośliwe o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji wypłacimy Świadczenie tylko za pierwszy z nich.
12. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie również przed Komisją lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
13. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej zachorowanie przez Ciebie na Nowotwór złośliwy;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.
14. Po wypłacie Świadczenia, nasza odpowiedzialność z tytułu zachorowania ubezpieczonego na nowotwór złośliwy wygasa, jednocześnie wygasa ochrona ubezpieczeniowa z Pakietu dodatkowego „Onkologiczny”.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

15. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu zachorowania przez Ciebie na Nowotwór złośliwy w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 5) chorobą związaną z infekcją wirusem HIV;
 - 6) zdiagnozowaniem w okresie trwania naszej odpowiedzialności Nowotworu złośliwego, będącego nawrotem, wznową lub przerzutem choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie 3 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia;
 - 7) zdiagnozowaniem w okresie trwania naszej odpowiedzialności Nowotworu złośliwego będącego nawrotem, wznową lub przerzutem choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie 3 lat przed rozszerzeniem zakresu ochrony o Pakiet dodatkowy zawierający to ryzyko ubezpieczeniowe.

§ 37 Zachorowanie ubezpieczonego na nowotwór w stadium przedinwazyjnym

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne w ramach Pakietu dodatkowego „Onkologicznego”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas zwroty w § 37 oznaczają:
 - 1) **Katalog nowotworów w stadium przedinwazyjnym (in-situ) oraz innych nowotworów złośliwych** – katalog będący załącznikiem do OWU;
 - 2) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy), wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 3) **Nowotwór w stadium przedinwazyjnym** – nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym in-situ (wymieniony w Katalogu nowotworów w stadium przedinwazyjnym (in-situ) oraz innych nowotworów złośliwych objętych ochroną ubezpieczeniową), charakteryzujący się ogniskowym, niekontrolowanym, miejscowym rozrostem komórek nowotworowych, ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i niepowodujący naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych. Rozpoznanie musi nastąpić w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu zachorowania ubezpieczonego na nowotwór w stadium przedinwazyjnym oraz musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.
Za datę rozpoznania nowotworu przyjmuje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zachorowanie przez Ciebie na Nowotwór w stadium przedinwazyjnym w okresie trwania naszej odpowiedzialności wymieniony w Katalogu nowotworów w stadium przedinwazyjnym (in-situ) oraz innych nowotworów złośliwych, będących załącznikiem do OWU.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu zachorowania przez Ciebie na Nowotwór w stadium przedinwazyjnym rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko zachorowanie ubezpieczonego na nowotwór w stadium przedinwazyjnym, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisu jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień zdiagnozowania Nowotworu w stadium przedinwazyjnym.
6. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała zachorowanie ubezpieczonego na nowotwór w stadium przedinwazyjnym lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie zachorowanie ubezpieczonego na nowotwór w stadium przedinwazyjnym,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
7. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie zachorowania ubezpieczonego na nowotwór w stadium przedinwazyjnym.
9. W okresie Karencji do którego zaliczamy okres opłacania składek, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantcie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

10. W przypadku zachorowania przez Ciebie na Nowotwór w stadium przedinwazyjnym wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień zdiagnozowania Nowotworu w stadium przedinwazyjnym, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
11. Jeżeli wystąpią u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności dwa Nowotwory w stadium przedinwazyjnym, wypłacimy Świadczenie tylko za pierwszy z nich.
12. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie również przed Komisją lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
13. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej zachorowanie przez Ciebie na Nowotwór w stadium przedinwazyjnym;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.
14. Po wypłacie Świadczenia nasza odpowiedzialność z tytułu zachorowania ubezpieczonego na nowotwór w stadium przedinwazyjnym wygasa.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

15. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu zachorowania przez Ciebie na Nowotwór w stadium przedinwazyjnym w związku z:
 - 1) samookaleceniem lub okaleceniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 5) chorobą związaną z infekcją wirusem HIV;
 - 6) zdiagnozowaniem w okresie trwania naszej odpowiedzialności Nowotworu w stadium przedinwazyjnym będącego nawrotem lub wznową, choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie 3 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia;
 - 7) zdiagnozowaniem w okresie trwania naszej odpowiedzialności Nowotworu w stadium przedinwazyjnym, będącego nawrotem lub wznową, choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie 3 lat przed rozszerzeniem zakresu ochrony o Pakiet dodatkowy zawierający to ryzyko ubezpieczeniowe.

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas zwroty w § 38 oznaczają:
 - 1) **Choroba cywilizacyjna** – rodzaj choroby wymienionej i zdefiniowanej w Katalogu Chorób cywilizacyjnych;
 - 2) **Katalog chorób cywilizacyjnych** – wykaz Chorób cywilizacyjnych wraz z ich definicjami oraz odpowiadające im wysokości Świadczeń wyrażone jako wartości procentowe Sumy ubezpieczenia, stanowiący załącznik do OWU;
 - 3) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy), wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 4) **Lekarz specjalista** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, która udziela świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji;
 - 5) **Wystąpienia choroby cywilizacyjnej** – postawienie diagnozy choroby lub wystawienie skierowania na operację, które zostały wskazane w Katalogu Chorób cywilizacyjnych.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Wystąpienie u Ciebie Choroby cywilizacyjnej w okresie trwania naszej odpowiedzialności określone w Katalogu chorób cywilizacyjnych.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu zachorowania przez Ciebie na Choroby cywilizacyjne rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisu jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Wystąpienia choroby cywilizacyjnej.
6. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała zachorowanie ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie zachorowanie ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
7. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne.
9. W okresie Karencji do którego zaliczamy okres opłacania składek nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantcie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

10. Jeżeli zachorujesz na jedną z Chorób cywilizacyjnych wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Wystąpienia choroby cywilizacyjnej, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
11. Jeżeli wypłacimy Świadczenie za Cukrzycę niewymagającą podawania insuliny – Typ 2 w wysokości 15% Sumy ubezpieczenia, wypłata Świadczenia za Cukrzycę o ciężkim przebiegu – Typ 2 związaną z pogorszeniem stanu zdrowia będzie wynosić 85% Sumy ubezpieczenia. Łączna kwota Świadczeń wypłaconych w związku z zachorowaniem na Cukrzycę nie może przekroczyć 100% Sumy ubezpieczenia.
12. Jeżeli wystąpi u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności ten sam rodzaj Choroby cywilizacyjnej, wypłacimy Ci Świadczenie tylko za pierwszą z nich.
13. W przypadku wystąpienia u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności co najmniej dwóch różnych Chorób cywilizacyjnych, nie ponosimy odpowiedzialności za te Choroby cywilizacyjne, które pozostają w związku przyczynowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogennym, co Choroba cywilizacyjna, za którą wypłaciliśmy Świadczenie.

14. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie również przed Komisją lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
15. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej zachorowanie na Chorobę cywilizacyjną;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

16. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu zachorowania przez Ciebie na Choroby cywilizacyjne w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Ciebie jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką.

§ 39 Leczenie specjalistyczne ubezpieczonego

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne również w ramach:

- Pakietu dodatkowego „Kardiologicznego”
- Pakietu dodatkowego „Onkologicznego”
- Pakietu dodatkowego „Zdrowie Plus”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas zwroty w § 39 oznaczają:
 - 1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu Twojego organizmu, niezależne od Twojej woli, które zostały zdiagnozowane w okresie trwania naszej odpowiedzialności;
 - 2) **Katalog metod leczenia specjalistycznego rozszerzonego** – wykaz metod Leczenia specjalistycznego wraz z ich definicjami oraz odpowiadającymi im wysokościami Świadczeń wyrażonymi jako procent Sumy ubezpieczenia, stanowiący załącznik do OWU;
 - 3) **Katalog metod leczenia specjalistycznego onkologicznego** – wykaz metod Leczenia specjalistycznego onkologicznego wraz z ich definicjami oraz odpowiadającymi im wysokościami Świadczeń wyrażonymi jako procent Sumy ubezpieczenia, stanowiący załącznik do OWU;
 - 4) **Katalog metod leczenia specjalistycznego kardiologicznego** – wykaz metod Leczenia specjalistycznego kardiologicznego, wraz z ich definicjami oraz odpowiadającymi im wysokościami Świadczeń wyrażonymi jako procent Sumy ubezpieczenia, stanowiący załącznik do OWU;
 - 5) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy), wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 6) **Leczenie specjalistyczne** – jedna z metod leczenia przeprowadzona u Ciebie, wymieniona i zdefiniowana w jednym z Katalogów metod Leczenia specjalistycznego;
 - 7) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje przeprowadzenie u Ciebie Leczenia specjalistycznego na skutek Choroby lub Wypadku w okresie trwania naszej odpowiedzialności, określonego w jednym z Katalogów metod Leczenia specjalistycznego, będących załącznikami do OWU. Katalog metod Leczenia specjalistycznego wskazany jest we Wnioskopolisie albo w aneksie do Wnioskopolisy.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu przeprowadzenia u Ciebie Leczenia specjalistycznego rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko leczenia specjalistyczne, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona

w okresie 6 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.

5. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień przeprowadzenia Leczenia specjalistycznego.
6. W okresie Karencji nie odpowiadamy za przeprowadzenie u Ciebie Leczenia specjalistycznego na skutek Choroby, jak również za rozpoczęte Leczenie specjalistyczne w tym okresie.
7. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała leczenie specjalistyczne ubezpieczonego lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie leczenie specjalistyczne ubezpieczonego,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
8. Ponosimy odpowiedzialność za Twoje Leczenie specjalistyczne na skutek Choroby zdiagnozowanej przez lekarza lub Wypadku zaistniałego w okresie obowiązywania: Poprzedniej umowy ubezpieczenia która w swoim zakresie zawierała niniejsze ryzyko ubezpieczeniowe, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, który w swoim zakresie zawierał niniejsze ryzyko ubezpieczeniowe.
9. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
10. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie leczenia specjalistycznego ubezpieczonego.
11. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantcie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

12. Jeżeli zostanie u Ciebie przeprowadzone Leczenie specjalistyczne, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień przeprowadzenia Leczenia specjalistycznego, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikające z porównania Sum ubezpieczenia. Procent Sumy ubezpieczenia dla właściwej metody Leczenia specjalistycznego jest wskazany w danym Katalogu metod leczenia specjalistycznego.
13. Wypłacimy Ci tylko jedno Świadczenie z tytułu tej samej przeprowadzonej u Ciebie metody Leczenia specjalistycznego.
14. Wypłacimy Świadczenie wyłącznie za metody Leczenia specjalistycznego, które nie są powiązane przyczynowo z wcześniej zastosowanymi u Ciebie metodami Leczenia specjalistycznego, za które wypłaciliśmy Świadczenie, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego czynnika patogennego.
15. W przypadku przeprowadzenia u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności radioterapii i chemioterapii wypłacimy Ci Świadczenie wyłącznie za jedną ze wskazanych metod, która została przeprowadzona jako pierwsza.
16. W przypadku przeprowadzenia u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności ablacji wypłacimy wyłącznie jedno Świadczenie za metodę, która została przeprowadzona jako pierwsza, niezależnie od tego, jaką metodę przeprowadzono, tj. użycie prądu o częstotliwości radiowej, krioablacja punktowa lub krioablacja balonowa.
17. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie u Ciebie Leczenia specjalistycznego;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.
18. Po wypłacie Świadczenia z wszystkich metod Leczenia specjalistycznego w zakresie Katalogu metod Leczenia specjalistycznego onkologicznego, nasza odpowiedzialność z tytułu leczenia specjalistycznego w zakresie ww. katalogu wygasa.
19. Po wypłacie Świadczenia, z wszystkich metod Leczenia specjalistycznego w zakresie Katalogu metod Leczenia specjalistycznego kardiologicznego, nasza odpowiedzialność z tytułu leczenia specjalistycznego w zakresie ww. katalogu wygasa.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

20. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu przeprowadzenia u Ciebie Leczenia specjalistycznego w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Ciebie jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;

- 5) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką.

§ 40 Operacje ubezpieczonego

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas zwroty w § 40 oznaczają:
 - 1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu Twojego organizmu, niezależne od Twojej woli, które zostały zdiagnozowane w okresie trwania naszej odpowiedzialności;
 - 2) **Katalog operacji** – wykaz Operacji oraz odpowiadające im poziomy skali trudności od 1 (Operacje najłżejsze) do 5 (Operacje najcięższe), stanowiący załącznik do OWU;
 - 3) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy), wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 4) **Operacja** – operacja chirurgiczna wykonana w Placówce medycznej przez zespół lekarzy lub lekarza o specjalności zabiegowej, mająca na celu zmniejszenie ryzyka zachorowania lub niezbędną z medycznego punktu widzenia w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu: usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny, wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu;
 - 5) **Placówka medyczna** – miejsce wykonywania Operacji, spełniające kryteria medyczne i prawne dla zachowania odpowiedniego bezpieczeństwa pacjenta. Przez Placówkę medyczną rozumie się również placówkę chirurgii jednego dnia;
 - 6) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) przeprowadzenie u Ciebie Operacji w wyniku Choroby lub Wypadku, wymienionej w Katalogu operacji;
 - 2) przeprowadzenie Operacji mającej na celu zmniejszenie ryzyka zachorowania, wymienionej w Katalogu operacji w zakresie sekcji R „Operacje prewencyjne”, w okresie naszej odpowiedzialności.
3. W przypadku Wariantu ubezpieczenia „Dla Ciebie 66 Plus – Życie”, udzielamy ochrony w zakresie:
 - 1) przeprowadzenia u Ciebie Operacji w wyniku Wypadku;
 - 2) przeprowadzenia Operacji, mającej na celu zmniejszenie ryzyka zachorowania, wymienionej w Katalogu operacji w zakresie sekcji R „Operacje prewencyjne”, w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

4. Nasza odpowiedzialność z tytułu przeprowadzenia u Ciebie Operacji rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
5. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko operacje ubezpieczonego, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.
6. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w przypadku przeprowadzenia u Ciebie Operacji, której przyczyną był Wypadek.
7. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała przeprowadzenie u Ciebie Operacji lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie przeprowadzenie u Ciebie Operacji,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
8. Ponosimy odpowiedzialność za przeprowadzenie u Ciebie Operacji w wyniku Choroby zdiagnozowanej przez lekarza lub Wypadku zaistniałego w okresie obowiązywania: Poprzedniej umowy ubezpieczenia która w swoim zakresie zawierała niniejsze ryzyko ubezpieczeniowe, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, który w swoim zakresie zawierał niniejsze ryzyko ubezpieczeniowe.
9. W przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
10. Jeżeli w ciągu dwóch lat licząc od daty Początku okresu ubezpieczenia nie nastąpiła u Ciebie wypłata Świadczenia z tytułu przeprowadzenia Operacji, nasza odpowiedzialność obejmuje przeprowadzenie u Ciebie Operacji związanej z Chorobą stwierdzoną przez Lekarza przed dniem Początku okresu ubezpieczenia lub skutkami Wypadków zaistniałych przed tym dniem.
11. Do okresu dwóch lat zalicza się również okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, przewidującej w swym zakresie ryzyko operacje ubezpieczonego.
12. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony, okres opłacania składek oraz datę zakończenia Twojej ochrony w zakresie przeprowadzenia u Ciebie Operacji.

13. W okresie Karencji do którego zaliczamy okres opłacania składek, wypłacimy Świadczenie w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia, obowiązującej na dzień przeprowadzenia Operacji.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

14. Jeżeli zostanie u Ciebie przeprowadzona Operacja w wyniku Choroby lub Wypadku, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień przeprowadzenia Operacji, na podstawie Katalogu operacji zgodnie z podanym poziomem trudności jej wykonania w skali od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe):
- 1) poziom 1 – 10% Sumy ubezpieczenia;
 - 2) poziom 2 – 25% Sumy ubezpieczenia;
 - 3) poziom 3 – 50% Sumy ubezpieczenia;
 - 4) poziom 4 – 75% Sumy ubezpieczenia;
 - 5) poziom 5 – 100% Sumy ubezpieczenia.
15. Wypłacimy Świadczenie maksymalnie za 3 Operacje przeprowadzone w Roku polisowym, wymienione w Katalogu operacji.
16. W przypadku wykonania Operacji niewymienionej w Katalogu operacji, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia.
17. Wypłacimy Świadczenie maksymalnie za 3 Operacje przeprowadzone w Roku polisowym, niewymienione w Katalogu operacji.
18. Jeżeli w trakcie jednego zabiegu została wykonana więcej niż jedna Operacja, wypłacimy Ci tylko jedno Świadczenie w wysokości odpowiadającej najcięższej Operacji.
19. Jeżeli zostanie u Ciebie przeprowadzonych kilka Operacji w okresie krótszym niż 30 dni, wypłacimy Ci Świadczenie wyłącznie za jedną Operację, za którą należne jest najwyższe Świadczenie. Ograniczenie to nie dotyczy kolejnej Operacji wykonanej na drugim narządzie, który anatomicznie występuje w parze.
20. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
- 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii karty informacyjnej z Placówki medycznej potwierdzającej wykonanie Operacji;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

21. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu przeprowadzenia u Ciebie Operacji w związku z:
- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Ciebie jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) Twoim działaniem po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 6) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 7) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
 - 8) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 9) wypadkiem lotniczym, jeżeli nie byłeś/eś pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
 - 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
 - 11) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping),
 - 12) pełnieniem przez Ciebie służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,

- 13) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami plastycznymi i kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji:
 - a) rekonstrukcyjnych następstw Wypadków lub
 - b) wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym lub
 - c) w związku z chorobami nowotworowymi;
- 14) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami zmniejszenia lub powiększenia piersi (z wyjątkiem wskazań medycznych) lub przeprowadzeniem operacji korekty płci;
- 15) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami w celach diagnostycznych;
- 16) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków;
- 17) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami mającymi na celu zmniejszenie ryzyka zachorowania, niewymienionymi w Katalogu operacji w zakresie sekcji R „Operacje prewencyjne”.

§ 41 Druga opinia medyczna ubezpieczonego

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne w ramach Pakietu dodatkowego „Dруга opinia medyczna”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas zwroty w § 41 oznaczają:
 - 1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu Twojego organizmu, niezależne od Twojej woli, które zostały zdiagnozowane w okresie trwania naszej odpowiedzialności;
 - 2) **Друга opinia medyczna** – pisemna opinia Lekarza konsultanta, wydawana na Twój wniosek, która oparta jest na analizie dokumentacji medycznej dotyczącej Twojego zdrowia, w zakresie poprawności ustalonej przez Lekarza prowadzącego diagnozy Choroby, podjętego leczenia, jeżeli wyrazisz taką prośbę – rokowania co do możliwości wyleczenia oraz jeżeli lekarz konsultant stwierdzi, iż sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony – propozycję planu leczenia;
 - 3) **Lekarz konsultant** – lekarz medycyny, praktykującego poza terytorium Polski, o specjalności lekarskiej i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danej Choroby, który sporządza Drugą opinię medyczną;
 - 4) **Lekarz prowadzący** – lekarza, który prowadzi Twoje leczenie w związku z Chorobą;
 - 5) **Świadczenie** – w razie zajścia zdarzenia Świadczenie spełniane przez nas na Twoją rzecz;
 - 6) **Świadczeniodawca** – podmiot, z którym zawarliśmy umowę dotyczącą realizacji Świadczeń w ramach tego ryzyka ubezpieczeniowego;
 - 7) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności.

Co obejmujemy ochroną

2. W ramach umowy ubezpieczenia przysługuje Ci prawo do skorzystania z Drugiej opinii medycznej.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdiagnozowanie Choroby, które nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

4. Nasza odpowiedzialność z tytułu Drugiej opinii medycznej rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolicie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 2 miesięcy Karencji.
5. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko druga opinia medyczna, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 2 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolicy jako Początek okresu ubezpieczenia.
6. W okresie Karencji nasza odpowiedzialność dotyczy Drugiej opinii medycznej w zakresie Choroby, której przyczyną jest Wypadek.
7. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała drugą opinię medyczną lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie drugą opinię medyczną,
 do okresu karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
8. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
9. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o Świadczenie muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie drugiej opinii medycznej.
10. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek, przysługuje Ci prawo do skorzystania z Drugiej opinii medycznej.

Jakie są zasady realizacji Świadczenia

11. Zakres Świadczenia obejmuje:

- 1) wydanie opinii dotyczącej postawionej przez Lekarza prowadzącego diagnozy Choroby i dotychczas prowadzonego leczenia;
- 2) udzielenie odpowiedzi na zadane przez Ciebie pytania w związku z opiniowaną chorobą i stanem Twojego zdrowia;
- 3) propozycję planu leczenia, jeśli zdaniem Lekarza konsultanta zastosowany sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony;
- 4) rokowania co do możliwości wyleczenia – jeżeli wyrazisz taką prośbę we wniosku o wydanie Drugiej opinii medycznej.

12. W ramach Drugiej opinii medycznej, za pośrednictwem Świadczeniodawcy:

- 1) poinformujemy Cię o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie Drugiej opinii medycznej i w razie potrzeby zobowiązujemy się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów;
- 2) przetłumaczymy zebraną dokumentację na język angielski;
- 3) prześlemy zebraną dokumentację do Lekarza konsultanta specjalizującego się w danym schorzeniu;
- 4) zapewnimy sporządzenie Drugiej opinii medycznej przez Lekarza konsultanta i jej przetłumaczenie na język polski;
- 5) dostarczymy Ci Drugą opinię medyczną lub na Twój pisemny wniosek – Lekarzowi prowadzącemu.

13. W celu uzyskania Drugiej opinii medycznej, skontaktuj się telefonicznie ze Świadczeniodawcą pod numerem telefonu wskazanym we Wnioskopoliście (koszt połączenia zgodny z taryfą operatora).

14. Podczas telefonicznego zgłoszenia podaj następujące informacje:

- 1) Twoje imię i nazwisko;
- 2) Twój numer PESEL;
- 3) adres zamieszkania;
- 4) numer Wnioskopoliśy;
- 5) numer telefonu oraz adres e-mail do kontaktu zwrotnego;
- 6) krótki opis dotyczący zdiagnozowanej choroby.

15. Abyśmy mogli dostarczyć Ci Drugą opinię medyczną, zapewnij dostęp lub dostarcz do Świadczeniodawcy wszystkie wymagane dokumenty, w szczególności:

- 1) dokumentację medyczną dotyczącą zdiagnozowania choroby;
- 2) badania diagnostyczne uznane przez Lekarza konsultanta jako niezbędne do sporządzenia Drugiej opinii medycznej (nie pokrywane kosztu tych badań);
- 3) dokumentację medyczną dotyczącą leczenia zdiagnozowanej choroby z ostatnich 12 miesięcy, licząc od zgłoszenia wydania Drugiej opinii medycznej;
- 4) formularze, o których wypełnienie zwrócił się do Ciebie Świadczeniodawca;
- 5) pisemną zgodę na zasięganie informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały Ci świadczeń zdrowotnych w zakresie opiniowanej choroby;
- 6) pisemną zgodę na przekazywanie Twoich danych medycznych do Lekarza konsultanta w celu uzyskania Drugiej opinii medycznej.

16. Świadczeniodawca przekaże Ci informację o trzech placówkach medycznych działających poza terytorium Polski, specjalizujących się w danej jednostce chorobowej. Lekarz konsultant z wybranej przez Ciebie placówki medycznej wyda Drugą opinię medyczną.

17. Druga opinia medyczna zostanie sporządzona i wysłana do Ciebie w sposób z Tobą uzgodniony pocztą na adres zamieszkania lub na adres poczty elektronicznej.

18. Zarówno my, jak i Świadczeniodawca nie jesteśmy zobowiązani do dostarczenia Drugiej opinii medycznej, w przypadku gdy Lekarz prowadzący nie udostępni kopii dokumentacji medycznej i wyników badań dotyczących Twojej choroby. W przypadku, gdy Świadczeniodawca nie będzie w stanie zebrać dokumentacji medycznej dotyczącej Twojej choroby od Lekarza prowadzącego lub podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały Ci świadczeń zdrowotnych, będziesz zobowiązana/y do samodzielnego dostarczenia tej dokumentacji i wyników badań.

19. Masz prawo do jednego Świadczenia z tytułu Drugiej opinii medycznej w stosunku do zdiagnozowania tej samej choroby. W przypadku pogorszenia stanu zdrowia związanego z chorobą, dla której wydana została Druga opinia medyczna, które zostanie potwierdzone nowymi wynikami badań diagnostycznych, przysługuje Ci kolejna Druga opinia medyczna.

20. Informacje zawarte w Drugiej opinii medycznej są opinią uzupełniającą w stosunku do opinii wydanej przez Lekarza prowadzącego, a zakres wykorzystania Drugiej opinii medycznej powinien zostać uzgodniony z Lekarzem prowadzącym.

21. Zarówno my, jak i Świadczeniodawca nie odpowiadamy za skutki jakichkolwiek działań lub zaniechania działań podjętych w oparciu o informacje zawarte w Drugiej opinii medycznej oraz za skuteczność i skutki wdrożenia proponowanych przez Lekarza konsultantów planów leczenia.

§ 42 Złamanie kości ubezpieczonego w wyniku wypadku

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne w ramach
Pakietu dodatkowego „Wypadek”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 42 zwroty oznaczają:

- 1) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy), wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
- 2) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności;

- 3) **Złamanie kości** – przerwanie ciągłości kości, w tym jej pęknięcie, będące następstwem Twojego Wypadku, któremu uległeś w trakcie trwania naszej odpowiedzialności.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje złamanie u Ciebie kości w wyniku Wypadku w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu złamania u Ciebie kości w wyniku Wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko dotyczące złamania u Ciebie kości w wyniku Wypadku, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego rozpoczyna się od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisu jako Początek okresu ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

5. Jeżeli dojdzie u Ciebie do Złamania kości w wyniku Wypadku, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień wystąpienia Wypadku na podstawie poniższej Tabeli nr 2 zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach Złamania kości.

Tabela nr 2

TABELA ZDARZEŃ OBJĘTYCH OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ		
Kończyny górne		(%) Sumy ubezpieczenia
1.	Złamanie jednej kości kończyny, w tym łopatki lub obojczyka, nie objęte złamaniami wymienionymi poniżej	20%
2.	Złamanie kości jednej kończyny w zakresie: nadgarstka śródręcza (jednej lub więcej) lub kciuka	10 %
3.	Złamania palców jednej kończyny, bez kciuka (niezależnie od liczby palców)	5 %
Kończyny dolne		
4.	Złamanie jednej kości kończyny, nieobjęte złamaniami wymienionymi poniżej	20%
5.	Złamanie kości jednej kończyny w zakresie: kości stępu (jednej lub więcej), śródstopia (jednej lub więcej), bez palucha	10 %
6.	Złamania palców jednej kończyny, w tym z paluchem (niezależnie od liczby palców)	5 %
Kręgosłup		
7.	Złamanie trzonu kręgu (jednego lub więcej)	20 %
Żebra		
8.	Złamanie 3 lub więcej żeber	5 %
Mostek		
9.	Złamanie	5 %
Miednica		
10.	Złamanie niezależnie od liczby kości	20 %
Czaszka		
11.	Złamanie niezależnie od liczby kości nieobjęte złamaniami wymienionymi poniżej	15 %
12.	Złamanie kości nosa	8 %
Pozostałe złamanie nie wymienione powyżej		
13.	Złamanie niezależnie od liczby kości	2 %

6. W przypadku więcej niż jednego złamania w obrębie tej samej kości lub w obrębie tego samego stawu wypłacimy Ci jedno Świadczenie.
7. Świadczenie z tytułu Złamania kości w wyniku jednego Wypadku, przysługuje maksymalnie do 100% Sumy ubezpieczenia.
8. Wypłacimy Świadczenia z tytułu Złamania kości maksymalnie w wyniku dwóch Wypadków w Roku polisowym.
9. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie również przed Komisją lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
10. Na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich, wypłacimy Ci Świadczenie, jeśli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem a Złamaniem kości.
11. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
- 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Złamania kości;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

12. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu powstania u Ciebie Złamania kości w wyniku Wypadku w związku z:
- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Ciebie jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) Twoim działaniem po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 6) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 7) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
 - 8) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 9) wypadkiem lotniczym, jeżeli nie byłeś/eś pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
 - 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
 - 11) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotnictwo, motoparalotnictwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping).

§ 43 Dodatkowe wsparcie finansowe dla ubezpieczonego po udarze mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne w ramach Pakietu dodatkowego „Kardiologicznego”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 43 zwroty oznaczają:
 - 1) **Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym** – powstałe w okresie trwania naszej odpowiedzialności nagle, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej, w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmoźgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych, znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie udaru musi zostać potwierdzone wystąpieniem świeżych zmian naczyniopochodnych zaobserwowanych w badaniach obrazowych (np. w badaniu rezonansu magnetycznego, badaniu tomografii komputerowej). Odpowiedzialnością objęte są również przypadki udaru mózdzku, rdzenia przedłużonego lub rdzenia kręgowego, które spełniają powyższe kryteria. Definicja nie obejmuje:
 - a) epizodów pourazowego krwotoku śródmózgowego oraz pourazowego krwotoku podpajęczynówkowego;
 - b) udaru mózgu dokonanego w nieokreślonej przeszłości lub takiego, którego daty wystąpienia nie można jednoznacznie określić;
 - c) przemijającego napadu niedokrwiennego (TIA) ani odwracalnego niedokrwiennego deficytu neurologicznego (RIND);
 - d) wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ciebie Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, który nastąpił w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu dodatkowego wsparcia finansowego po Udarze mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko dodatkowe wsparcie finansowe dla ubezpieczonego po udarze mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisu jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. W okresie Karencji wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień zdiagnozowania Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym.
6. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała zachorowanie Ubezpieczonego na Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie zachorowanie Ubezpieczonego na Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
7. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie zachorowania Ubezpieczonego na Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym.
9. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantcie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

10. Jeżeli zostanie u Ciebie zdiagnozowany Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia obowiązującej na dzień zdiagnozowania Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
11. Jeżeli wypłaciliśmy Ci Świadczenie z tytułu Dodatkowego wsparcia finansowego po Udarze mózgu, kwota Świadczenia należna z tytułu Dodatkowego wsparcia finansowego po Udarze mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym w związku z tym samym udarem, zostanie pomniejszona o wypłaconą kwotę z tytułu Dodatkowego wsparcia finansowego po Udarze mózgu.
12. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie u Ciebie Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.
13. Po wypłacie Świadczenia nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka wygasa.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

14. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu dodatkowego wsparcia finansowego po Udarze mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Ciebie jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką.

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 44 zwroty oznaczają:
 - 1) **Udar mózgu** – powstałe w okresie trwania naszej odpowiedzialności nagłe, ogniskowe uszkodzenie tkanki mózgowej, w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmoźgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu). Konieczne jest wystąpienie świeżych zmian naczyniopochodnych zaobserwowanych w badaniach obrazowych (np. w badaniu rezonansu magnetycznego lub badaniu tomografii komputerowej) i co najmniej jednego z poniższych kryteriów:
 - a) stwierdzenie obecności ogniskowych objawów neurologicznych trwających ponad 24 godziny ale krócej niż 60 dni albo
 - b) stwierdzenie obecności ogniskowych objawów neurologicznych trwających krócej niż 24 godziny, jeżeli zastosowano leczenie trombolityczne. Odpowiedzialnością objęte są również przypadki udaru mózdzku, rdzenia przedłużonego lub rdzenia kręgowego, które spełniają powyższe kryteria.

Definicja udaru mózgu nie obejmuje:

 - i. epizodów pourazowego krwotoku śródmózgowego oraz pourazowego krwotoku podpajęczynówkowego,
 - ii. udaru mózgu dokonanego w nieokreślonej przeszłości lub takiego, którego daty wystąpienia nie można jednoznacznie określić,
 - iii. przemijającego napadu niedokrwiennego (TIA), ani odwracalnego niedokrwiennego deficytu neurologicznego (RIND),
 - iv. wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ciebie Udar mózgu, który nastąpił w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu dodatkowego wsparcia finansowego po Udarze mózgu rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego, po dniu w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko dodatkowe wsparcia finansowego po Udarze mózgu, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. W okresie Karencji wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień zdiagnozowania Udar mózgu.
6. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała zachorowanie Ubezpieczonego na udar mózgu lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie zachorowanie Ubezpieczonego na udar mózgu,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
7. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie zachorowania Ubezpieczonego na udar mózgu.
9. W okresie Karencji do którego zaliczamy okres opłacania składek nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

10. Jeżeli zostanie u Ciebie zdiagnozowany Udar mózgu wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia obowiązującej na dzień zdiagnozowania Udar mózgu, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
11. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;

- 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie u Ciebie Udaru mózgu;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.
12. Po wypłacie Świadczenia nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka wygasa.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

13. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu dodatkowego wsparcia finansowego po Udarze mózgu w związku z:
- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Ciebie jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką.

§ 45 Dodatkowe wsparcie finansowe dla ubezpieczonego po zawale serca

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne w ramach Pakietu dodatkowego „Kardiologicznego”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 45 zwroty oznaczają:
- 1) **Lekarz specjalista** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, która udziela świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji;
 - 2) **Zawał serca** – powstała w okresie trwania naszej odpowiedzialności martwica części mięśnia sercowego, wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie zawału serca postawione przez lekarza prowadzącego 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. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, współistniejącego z co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego;
 - b) nowe zmiany niedokrwienne w badaniu EKG;
 - c) uwidocznione w badaniach obrazowych nowe ubytki żywotnego mięśnia sercowego lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej.Ochroną objęte są także Zawały serca, które wystąpiły w trakcie zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej oraz operacji pomostowania aortalno-wieńcowego.
Definicja nie obejmuje:
 - i. innych ostrych zespołów wieńcowych, w których nie wykazano dowodów na dokonanie się martwicy mięśnia serca;
 - ii. każdego zdarzenia, które nie zostało potwierdzone jako zawał serca przez lekarza specjalistę (kardiologa);
 - iii. podwyższenia biomarkerów sercowych, wynikających z zabiegu diagnostycznej angiografii wieńcowej.

Co obejmuje ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ciebie Zawału serca, który nastąpił w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu dodatkowego wsparcia finansowego po zawale serca rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko dodatkowe wsparcie finansowego dla ubezpieczonego po zawale serca, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. W okresie Karencji wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień zdiagnozowania Zawału serca.

6. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała zachorowanie Ubezpieczonego na Zawał serca lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie zachorowanie Ubezpieczonego na Zawał serca,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
7. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie zachorowania Ubezpieczonego na zawał serca.
9. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantcie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

10. Jeżeli zostanie u Ciebie zdiagnozowany Zawał serca, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia obowiązującej na dzień zdiagnozowania Zawału serca, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
11. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie u Ciebie Zawału serca;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.
12. Po wypłacie Świadczenia nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka wygasa.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

13. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu dodatkowego wsparcia finansowego po Zawał serca w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Ciebie jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką.

§ 46 Dodatkowe wsparcie finansowe dla ubezpieczonego po niestabilnej dusznicy bolesnej

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne w ramach
Pakietu dodatkowego „Kardiologicznego”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 46 zwroty oznaczają:
 - 1) **Lekarz specjalista** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, która udziela świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji;
 - 2) **Niestabilna dusznica bolesna** – powstały w okresie naszej odpowiedzialności ostry zespół wieńcowy, w którym nie doszło do martwicy mięśnia serca, ale na skutek jego ostrego niedokrwienia konieczne było zastosowanie leczenia trombolitycznego lub przezskórnej angioplastyki.
Rozpoznanie niestabilnej dusznicy bolesnej musi być oparte na stwierdzeniu krytycznego zwężenia tętnicy wieńcowej w badaniu obrazowym (koronarografia, angiotomografia tętnic wieńcowych) i współistnieniu co najmniej jednego z niżej wymienionych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a) typowe objawy kliniczne ostrego niedokrwienia mięśnia serca,

b) nowe zmiany niedokrwienne w badaniu EKG.

W przypadku, gdy nie przeprowadzono badania obrazującego tętnice wieńcowe, a decyzję o zastosowaniu leczenia trombolitycznego podjęto w oparciu o występowanie typowego zespołu klinicznego, konieczne jest udokumentowanie obu powyższych kryteriów.

Definicja niestabilnej dusznicy bolesnej nie obejmuje:

- i. każdego zdarzenia, które nie zostało potwierdzone jako ostry zespół wieńcowy przez lekarza specjalistę (kardiologa),
- ii. podwyższenia biomarkerów sercowych wynikających bezpośrednio z wykonania procedury kardiologicznej (angiografii wieńcowej).

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ciebie Niestabilnej dusznicy bolesnej, która nastąpiła w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu dodatkowego wsparcia finansowego po Niestabilnej dusznicy bolesnej rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko dodatkowe wsparcie finansowego dla ubezpieczonego po niestabilnej dusznicy bolesnej, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. W okresie Karencji wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień zdiagnozowania Niestabilnej dusznicy bolesnej.
6. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała zachorowanie Ubezpieczonego na niestabilną dusznicę bolesną lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie zachorowanie Ubezpieczonego na niestabilną dusznicę bolesną,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
7. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie zachorowania Ubezpieczonego na niestabilną dusznicę bolesną.
9. W okresie Karencji do którego zaliczamy okres opłacania składek nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantcie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

10. Jeżeli zostanie u Ciebie zdiagnozowana Niestabilna dusznica bolesna wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia obowiązującej na dzień zdiagnozowania Niestabilnej dusznicy bolesnej, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
11. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie u Ciebie Niestabilnej dusznicy bolesnej;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.
12. Po wypłacie Świadczenia nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka wygasa.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

13. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu dodatkowego wsparcia finansowego po Niestabilnej dusznicy bolesnej w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniami popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Ciebie jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;

- 5) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką.

§ 47 Dodatkowe wsparcie finansowe dla ubezpieczonego po przemijającym napadzie niedokrwiennym

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne w ramach Pakietu dodatkowego „Kardiologicznego”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 47 zwroty oznaczają:
 - 1) **Lekarz specjalista** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, która udziela świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji;
 - 2) **Przemijający napad niedokrwienny** – powstały w okresie trwania naszej odpowiedzialności, występujący nagle oraz samoistnie ustępujący zespół kliniczny ogniskowych zaburzeń czynności mózgu, utrzymujący się nie dłużej niż 24 godziny. Konieczne jest stwierdzenie obecności co najmniej dwóch wymienionych objawów neurologicznych:
 - a) asymetrii twarzy,
 - b) zaburzenia widzenia,
 - c) spowolnienia mowy,
 - d) osłabienia siły mięśni kończyn.Odpowiedzialnością z tytułu przemijającego napadu niedokrwiennego objęte są też przypadki, w których objawy występują dłużej niż 24 godziny ale krócej niż 60 dni, jeśli w badaniach obrazowych nie uwidoczniło zmian typowych dla naczyniopochodnego uszkodzenia mózgu.
Definicja nie obejmuje:
 - i. wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych,
 - ii. zaburzenia czynności mózgu i uszkodzenia mózgu spowodowanych niedotlenieniem o przyczynie zewnętrznej lub niedotlenieniem powstałym w przebiegu nagłego zatrzymania krążenia i/lub zatrzymania oddechu,
 - iii. choroby naczyń krwionośnych powodującej zaburzenia czynności siatkówki lub nerwu wzrokowego lub błędnika.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ciebie Przemijającego napadu niedokrwiennego, który nastąpił w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu dodatkowego wsparcia finansowego po Przemijającym napadzie niedokrwiennym rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko dodatkowe wsparcie finansowe dla ubezpieczonego po przemijającym napadzie niedokrwiennym, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisys jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. W okresie Karencji wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień zdiagnozowania Przemijającego napadu niedokrwiennego.
6. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała zachorowanie Ubezpieczonego na przemijający napad niedokrwienny lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie zachorowanie Ubezpieczonego na przemijający napad niedokrwienny,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
7. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie zachorowania Ubezpieczonego na przemijający napad niedokrwienny.
9. W okresie Karencji do którego zaliczamy okres opłacania składek nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantcie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

10. Jeżeli zostanie u Ciebie zdiagnozowany Przemijający napad niedokrwienny wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia obowiązującej na dzień zdiagnozowania Przemijającego napadu niedokrwiennego, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
11. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie u Ciebie Przemijającego napadu niedokrwiennego;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.
12. Po wypłacie Świadczenia nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka wygasa.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

13. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu dodatkowego wsparcia finansowego po Przemijającym napadzie niedokrwiennym w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Ciebie jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką.

§ 48 Wsparcie w zdrowiu psychicznym ubezpieczonego

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne w ramach Pakietu dodatkowego „Zdrowie psychiczne”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 48 zwroty oznaczają:
 - 1) **E-konsultacje** – Świadczenia medyczne realizowane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności na odległość przez Operatora;
 - 2) **Infolinia** – dedykowany numer, pod którym możesz umówić Świadczenie medyczne;
 - 3) **Lekarz** – osoba posiadająca odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami polskiego prawa;
 - 4) **Operator** – podmiot koordynujący w naszym imieniu realizację Świadczeń medycznych;
 - 5) **Placówka medyczna** – podmiot leczniczy, uprawniony do udzielania Świadczeń medycznych, działający na terytorium i zgodnie z prawem obowiązującym w Polsce;
 - 6) **Portal pacjenta** – serwis internetowy udostępniany przez Operatora, którego funkcjonalność pozwala na samodzielne rezerwowanie wizyt, ich odwoływanie, odbycie E-konsultacji, dostęp do wyników badań i zrealizowanych usług, a także transfer danych pomiędzy Tobą, a lekarzem przy użyciu środków komunikacji elektronicznej;
 - 7) **Świadczenie medyczne** – w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenie spełniane przez nas na Twoją rzecz;
 - 8) **Uprawniony** – Ubezpieczony; Ty;
 - 9) **Zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania** – zaburzenie wymienione w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (kody: F00-F09 oraz F20-F99) lub ICD 11 (kody: 6A00- 6C2Z, 6C50-6C51 oraz 6C70- 6E8Z).

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje poniższe zdarzenia, które miały miejsce w okresie trwania naszej odpowiedzialności:
 - 1) rozpoznanie u Ciebie Zaburzenia psychicznego lub zaburzenia zachowania potwierdzonego dokumentacją medyczną lub
 - 2) podejrzenie wystąpienia u Ciebie Zaburzenia psychicznego lub zaburzenia zachowania potwierdzonego skierowaniem od Lekarza lub
 - 3) Twoją sytuację zdrowotną,powodujące potrzebę skorzystania ze Świadczeń medycznych w zakresie określonym w Tabeli nr 3.

Tabela nr 3

Zakres Świadczeń medycznych		Limit świadczeń w Roku polisowym	Zdarzenie ubezpieczeniowe
1.	E-konsultacje psychologa lub psychoterapeuty	3 wizyty	Sytuacja zdrowotna powodująca potrzebę skorzystania ze Świadczenia medycznego
2.	Konsultacja z psychiatrą (stacjonarna lub w formie E-konsultacji)	2 wizyt	Podejrzenie wystąpienia Zaburzenia psychicznego lub zaburzenia zachowania
3.	Psychoterapia indywidualna (stacjonarna lub w formie E-konsultacji)	5 wizyt	Rozpoznanie Zaburzenia psychicznego lub zaburzenia zachowania
4.	Wsparcie psychologa w postaci E-konsultacji w powrocie do pracy po absencji minimum 30 dni	1 wizyta	Sytuacja zdrowotna powodująca potrzebę skorzystania ze Świadczenia medycznego

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu wsparcia w zdrowiu psychicznym rozpoczyna się w dniu wskazanym we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka.
- W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko wsparcie w zdrowiu psychicznym ubezpieczonego, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego rozpoczyna się od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

- W celu skorzystania ze Świadczeń, należy po zaistnieniu zdarzenia ubezpieczeniowego skontaktować się z Operatorem za pośrednictwem Infolinii lub Portalu Pacjenta. Koszty połączeń i usług internetowych Uprawnieni ponoszą we własnym zakresie.
- Aby skorzystać z E-konsultacji za pośrednictwem Portalu pacjenta, należy:
 - posiadać urządzenie z dostępem do Internetu umożliwiające komunikację w formie w jakiej prowadzona będzie E-konsultacja (koszt usług internetowych zgodnie z taryfą dostawcy usług);
 - założyć indywidualne konto pacjenta, uzupełniając dane wymagane przez Portal pacjenta Operatora;
 - zaakceptować regulaminy Operatora dostępne w Portalu pacjenta.
- Aby umówić konsultację stacjonarną lub E-konsultację za pośrednictwem Infolinii (koszt połączeń zgodnie z taryfą operatora), podczas telefonicznego zgłoszenia należy podać następujące informacje:
 - Twoje imię i nazwisko;
 - Twój numer PESEL (w przypadku obcokrajowców seria i numer dokumentu tożsamości);
 - adres miejsca zamieszkania/pobytu;
 - serię i numer Polisy;
 - datę początku ochrony;
 - numer telefonu komórkowego oraz adres e-mail, pod którymi można się z Tobą kontaktować;
 - inne informacje konieczne do zorganizowania Świadczeń.
- Realizacja Świadczeń nastąpi w poniższych terminach, liczonych od momentu zgłoszenia potrzeby ich uzyskania (uwzględniając godziny pracy Placówek medycznych):
 - E-konsultacje psychologa lub psychoterapeuty – do 2 dni roboczych;
 - E-konsultacje z Lekarzem psychiatrą – do 5 dni roboczych;
 - Konsultacje stacjonarne z Lekarzem psychiatrą – do 5 dni roboczych;
 - Psychoterapia indywidualna (konsultacja stacjonarna lub w formie E-Konsultacji) – do 5 dni roboczych.
- Konsultacje stacjonarne lekarzy są realizowane w Placówkach medycznych wskazanych przez Operatora, po uprzednim kontakcie z Infolinią.
- Świadczenia medyczne nie obejmują: konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

- Nie zrealizujemy Świadczenia medycznego z tytułu wsparcia w zdrowiu psychicznym ubezpieczonego w związku z:
 - działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - zażywaniem przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką. Wyłączenie to dotyczy Zaburzenia psychicznego lub zaburzenia zachowania wymienionego w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (kody F10-F19) lub ICD 11 (kody 6C40-6C4Z oraz 6C5Y-6C5Z).
- Świadczenia medyczne nie obejmują sytuacji zagrażających życiu, wymagających działań w trybie nagłym, wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego.

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 49 zwroty oznaczają:
 - 1) **Zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania leczone szpitalnie** – zdiagnozowanie u Ciebie przez Lekarza specjalistę, z tytułu tego ryzyka ubezpieczeniowego, zaburzenia wymienionego w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (o kodach F00-F09 oraz F20-F99) lub ICD 11 (o kodach 6A00- 6C2Z, 6C50-6C51 oraz 6C70- 6E8Z), leczonego szpitalnie na Oddziale psychiatrycznym Szpitala w trybie całodobowym i stacjonarnym;
 - 2) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy), wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 3) **Lekarz specjalista** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, która udziela świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji;
 - 4) **Oddział psychiatryczny Szpitala** – wydzielona część Szpitala, którego zadaniem jest całodobowe leczenie chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania;
 - 5) **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, w którym przez całą dobę wykonywane są kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdiagnozowanie u Ciebie Zaburzenia psychicznego lub zaburzenia zachowania leczonego szpitalnie, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania leczone szpitalnie zostanie zdiagnozowane w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka ubezpieczeniowego;
 - 2) pobyt na Oddziale psychiatrycznym Szpitala rozpocznie się w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka ubezpieczeniowego.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu zdiagnozowania u Ciebie Zaburzenia psychicznego lub zaburzenia zachowania leczonego szpitalnie rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko zachorowanie ubezpieczonego na zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania leczone szpitalnie, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisu jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia obowiązującej na dzień zdiagnozowania Zaburzenia psychicznego lub zaburzenia zachowania leczonego szpitalnie.
6. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała ryzyko zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania leczone szpitalnie lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie ryzyko zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania leczone szpitalnie,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
7. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie Zaburzenia psychicznego lub zaburzenia zachowania leczonego szpitalnie.
9. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantcie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

10. Jeżeli zostanie zdiagnozowane u Ciebie Zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania leczone szpitalnie wypłacimy Ci jedno Świadczenie w Roku polisowym w ramach tego ryzyka ubezpieczeniowego, w wysokości Sumy ubezpieczenia

określonej w Umowie ubezpieczenia obowiązującej na dzień zdiagnozowania Zaburzenia psychicznego lub zaburzenia zachowania leczonego szpitalnie, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.

11. Jeżeli wystąpi u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka ubezpieczeniowego ponownie to samo Zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania leczone szpitalnie, wypłacimy Ci Świadczenie tylko raz, za pierwsze z nich.
12. Z tytułu zachorowania przez Ciebie na Zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania leczone szpitalnie wypłacimy dwa Świadczenia w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia.
13. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie również przed Komisją lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
14. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Zaburzenia psychicznego lub zaburzenia zachowania leczonego szpitalnie;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia
15. Wypłata dwóch Świadczeń powoduje wygaśnięcie naszej odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka ubezpieczeniowego.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

16. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu zachorowania Ubezpieczonego na Zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania leczone szpitalnie w związku z:
 - 1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 2) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 3) niestosowaniem się przez Ciebie do zaleceń lekarskich, wskazanych w dokumentacji medycznej;
 - 4) zażywaniem przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką. Wyłączenie to dotyczy Zaburzenia psychicznego lub zaburzenia zachowania wymienionego w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (kody F10-F19) lub ICD 11 (kody 6C40-6C4Z oraz 6C5Y-6C5Z).
17. Nie wypłacimy Świadczenia z tego ryzyka ubezpieczeniowego, jeżeli leczenie szpitalne Zaburzenia psychicznego lub zaburzenia zachowania miało miejsce:
 - 1) na oddziale dziennym, w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, ośrodku leczenia uzależnień (od: alkoholu, narkotyków lub leków);
 - 2) na oddziale rehabilitacyjnym w sanatorium lub w szpitalu uzdrowiskowym;
 - 3) na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującym dalszą hospitalizacją.

§ 50 Śmierci małżonka albo partnera

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas zwroty w § 50 oznaczają:
 - 1) **Małżonek** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z Tobą w związku małżeńskim;
 - 2) **Partner** – osoba wskazaną we Wnioskopolisie lub w innym dokumencie, jako osoba z Tobą niespokrewniona, pozostająca z Tobą w nieformalnym związku i prowadząca z Tobą wspólne gospodarstwo domowe. Zarówno Ty, jak i Twój Partner w dniu wskazania przez Ciebie Partnera, a także w dniu zajścia zdarzenia nie możecie pozostawać w związku małżeńskim z osobą trzecią.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Małżonka albo Partnera w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera rozpoczyna się w dniu wskazanym we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko śmierć małżonka albo partnera, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zgłosisz Partnera albo zmienisz Partnera, nasza odpowiedzialność względem zgłoszonego lub zmienionego Partnera rozpoczyna się od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego po dniu ww. zgłoszenia albo zmiany i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
6. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie, jeżeli śmierć Małżonka albo Partnera została spowodowana Wypadkiem.
7. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała śmierć małżonka albo partnera lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie śmierć małżonka albo partnera,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
8. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy

okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.

9. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie śmierci małżonka albo partnera.
10. W okresie Karencji do którego zaliczamy okres opłacania składek nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantcie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

11. Z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień śmierci.
12. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmujemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) odpisu aktu zgonu Małżonka albo Partnera;
 - 4) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka albo Partnera;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

13. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera w związku z:
 - 1) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Małżonka albo Partnera w ciągu 2 lat od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową.
14. Do okresu 2 lat w odniesieniu do popełnienia samobójstwa zaliczamy okres opłacania składek z:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała śmierć małżonka albo partnera lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie śmierć małżonka albo partnera.
15. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, do okresu 2 lat zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
16. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie śmierci małżonka albo partnera.
17. W okresie 2 lat nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantcie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

§ 51 Śmierć małżonka albo partnera w wyniku wypadku

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas zwroty w § 51 oznaczają:
 - 1) **Małżonek** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z Tobą w związku małżeńskim;
 - 2) **Partner** – osoba wskazana we Wnioskopolisie lub w innym dokumencie, jako osoba z Tobą niespokrewniona, pozostająca z Tobą w nieformalnym związku i prowadząca z Tobą wspólne gospodarstwo domowe. Zarówno Ty, jak i Twój Partner w dniu wskazania przez Ciebie Partnera, a także w dniu zajścia zdarzenia nie możecie pozostawać w związku małżeńskim z osobą trzecią;
 - 3) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Małżonka albo Partnera, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Małżonka albo Partnera w wyniku Wypadku w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera w wyniku Wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko śmierć małżonka albo partnera w wyniku wypadku, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego rozpoczyna się od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.

5. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zgłosisz Partnera albo zmienisz Partnera, nasza odpowiedzialność względem zgłoszonego lub zmienionego Partnera, rozpoczyna się od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego po dniu ww. zgłoszenia albo zmiany.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

6. Z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera w wyniku Wypadku wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień śmierci.
7. Świadczenie wypłacimy, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem a śmiercią Małżonka albo Partnera.
8. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
- 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) odpisu aktu zgonu Małżonka albo Partnera;
 - 4) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka albo Partnera;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

9. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera w wyniku Wypadku w związku z:
- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Małżonka albo Partnera samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Małżonka albo Partnera jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) działaniem Małżonka albo Partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 6) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Małżonka albo Partnera: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 7) rozpoznaniem u Małżonka albo Partnera zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
 - 8) prowadzeniem przez Małżonka albo Partnera pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 9) wypadkiem lotniczym, jeżeli Małżonek albo Partner nie był pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
 - 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka albo Partnera lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
 - 11) udziałem Małżonka lub Partnera w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping).

§ 52 Śmierć małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas zwroty w § 52 oznaczają:
- 1) **Małżonek** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z Tobą w związku małżeńskim;
 - 2) **Partner** – osoba wskazana we Wnioskopolisie lub w innym dokumencie, jako osoba z Tobą niespokrewniona, pozostająca z Tobą w nieformalnym związku i prowadząca z Tobą wspólne gospodarstwo domowe. Zarówno Ty, jak i Twój Partner w dniu wskazania przez Ciebie Partnera, a także w dniu zajścia zdarzenia nie możecie pozostawać w związku małżeńskim z osobą trzecią;
 - 3) **Statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z Ustawą prawo lotnicze, należące do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadające aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych;

- 4) **Statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodolot, poduszkowiec) przeznaczone lub używane w żegludze śródlądowej lub morskiej, w rozumieniu przepisów Ustawy o żegludze śródlądowej lub kodeksu morskiego, posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych nie jest objęty definicją statku wodnego;
- 5) **Wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę i powstały w okresie trwania naszej odpowiedzialności, któremu Małżonek albo Partner uległ jako:
 - a) kierowca, pasażer, uczestnik ruchu lub pieszy – w związku z ruchem lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego, w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym oraz pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej),
 - b) pasażer, osoba kierująca lub członek załogi – w związku z ruchem wodnym pojazdów pływających, z udziałem Statku wodnego,
 - c) pasażer lub członek załogi – w związku z ruchem lotniczym Statków powietrznych.Definicja Wypadku komunikacyjnego nie obejmuje Wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Małżonka albo Partnera w wyniku Wypadku komunikacyjnego w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera w wyniku Wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu wskazanym we Wnioskopolisie, jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego rozpoczyna się od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zgłosisz Partnera albo zmienisz Partnera, nasza odpowiedzialność względem zgłoszonego lub zmienionego Partnera rozpoczyna się od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego po dniu ww. zgłoszenia albo zmiany.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

6. Z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera w wyniku Wypadku komunikacyjnego wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia obowiązującej na dzień śmierci w wyniku Wypadku komunikacyjnego.
7. Świadczenie wypłacimy, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Małżonka albo Partnera.
8. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) odpisu aktu zgonu Małżonka albo Partnera;
 - 4) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka albo Partnera;
 - 5) kopii dokumentacji potwierdzającej przyczynę i okoliczności Wypadku komunikacyjnego ze straży miejskiej, policji, sądu lub prokuratury;
 - 6) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

9. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera w wyniku Wypadku komunikacyjnego w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Małżonka albo Partnera samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Małżonka albo Partnera jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) działaniem Małżonka albo Partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;

- 6) rozpoznaniem u Małżonka albo Partnera zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 7) prowadzeniem przez Małżonka albo Partnera pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
- 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka albo Partnera lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową,
- 9) udziałem Małżonka albo Partnera w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping).

§ 53 Śmierć małżonka albo partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 53 zwroty oznaczają:
 - 1) **Małżonek** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z Tobą w związku małżeńskim;
 - 2) **Partner** – osoba wskazana we Wnioskopolisie lub w innym dokumencie, jako osoba z Tobą niespokrewniona, pozostająca z Tobą w nieformalnym związku i prowadząca z Tobą wspólne gospodarstwo domowe. Zarówno Ty, jak i Twój Partner w dniu wskazania przez Ciebie Partnera, a także w dniu zajścia zdarzenia nie możecie pozostawać w związku małżeńskim z osobą trzecią.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Małżonka albo Partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu w okresie trwania naszej odpowiedzialności.
3. Zdiagnozowanie zawału serca lub udaru mózgu, muszą nastąpić w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

4. Nasza odpowiedzialność z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
5. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko śmierć małżonka albo partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisu jako Początek okresu ubezpieczenia.
6. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zgłosisz Partnera albo zmienisz Partnera, nasza odpowiedzialność względem zgłoszonego lub zmienionego Partnera rozpoczyna się od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego po dniu ww. zgłoszenia albo zmiany i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
7. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień śmierci na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
8. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała śmierć małżonka albo partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie śmierć małżonka albo partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu,
 do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
9. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
10. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie śmierci małżonka albo partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
11. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantcie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

12. Z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień śmierci na skutek zawału serca lub udaru mózgu.

13. Świadczenie wypłacimy, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a śmiercią Małżonka albo Partnera.
14. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) odpisu aktu zgonu Małżonka albo Partnera;
 - 4) wskazania w karcie zgonu, w protokole badania sekcyjnego lub innej dokumentacji medycznej zawału serca lub udaru mózgu, jako przyczynę śmierci Małżonka albo Partnera;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

15. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu w związku z:
 - 1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 2) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 3) wykonywaniem przez Małżonka albo Partnera jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 4) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Małżonka albo Partnera: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ułotką, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
 - 5) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka albo Partnera lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 54 Powstanie niezdolności małżonka albo partnera do pracy w wyniku wypadku

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 54 zwroty oznaczają:
 - 1) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy), wydający opinię w sprawie stanu zdrowia Małżonka albo Partnera na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 2) **Małżonek** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z Tobą w związku małżeńskim;
 - 3) **Niezdolność do pracy** – trwałe zmiany w stanie zdrowia Małżonka albo Partnera spowodowane Wypadkiem, powodujące, że Małżonek albo Partner jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, co zostało potwierdzone orzeczeniem o niezdolności do pracy wydanym przez podmiot uprawniony zgodnie z przepisami prawa lub Komisję lekarską;
 - 4) **Partner** – osoba wskazana we Wnioskopolisie lub w innym dokumencie, jako osoba z Tobą niespokrewniona, pozostająca z Tobą w nieformalnym związku i prowadząca z Tobą wspólne gospodarstwo domowe. Zarówno Ty, jak i Twój Partner w dniu wskazania przez Ciebie Partnera, a także w dniu zajścia zdarzenia nie możecie pozostawać w związku małżeńskim z osobą trzecią;
 - 5) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Małżonka albo Partnera, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie u Małżonka albo Partnera Niezdolności do pracy w wyniku Wypadku w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Małżonka albo Partnera Niezdolności do pracy w wyniku Wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko powstania u małżonka albo partnera niezdolności do pracy w wyniku wypadku, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego rozpoczyna się od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zgłosisz Partnera albo zmienisz Partnera, nasza odpowiedzialność względem zgłoszonego lub zmienionego Partnera rozpoczyna się od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego po dniu ww. zgłoszenia albo zmiany.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

6. Z tytułu powstania u Małżonka albo Partnera Niezdolności do pracy w wyniku Wypadku wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień powstania Niezdolności do pracy lub na dzień wydania orzeczenia, jeżeli nie wskazano w jego treści dnia powstania Niezdolności do pracy.
7. Mamy prawo skierować Małżonka albo Partnera na dodatkowe badania lekarskie również przed Komisją lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
8. Świadczenie wypłacimy, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a Niezdolnością do pracy Małżonka albo Partnera.
9. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Niezdolności do pracy Małżonka albo Partnera;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

10. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Niezdolności do pracy Małżonka albo Partnera w wyniku Wypadku w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Małżonka albo Partnera samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Małżonka albo Partnera jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) działaniem Małżonka albo Partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 6) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Małżonka albo Partnera: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 7) rozpoznaniem u Małżonka albo Partnera zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
 - 8) prowadzeniem przez Małżonka albo Partnera pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 9) wypadkiem lotniczym, jeżeli Małżonek albo Partner nie byli pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
 - 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka albo Partnera lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
 - 11) udziałem Małżonka albo Partnera w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping).

§ 55 Złamanie kości małżonka albo partnera w wyniku wypadku

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne w ramach
Pakietu dodatkowego „Wypadek Małżonka/Partnera”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 55 zwroty oznaczają:
 - 1) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy), wydający opinię w sprawie stanu zdrowia Małżonka albo Partnera na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 2) **Małżonek** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego pozostawała z Tobą w związku małżeńskim;
 - 3) **Partner** – osoba wskazana we Wnioskopolisie lub w innym dokumencie, jako osoba z Tobą niespokrewniona, pozostająca z Tobą w nieformalnym związku i prowadząca z Tobą wspólne gospodarstwo domowe. Zarówno Ty,

jak i Twój Partner w dniu wskazania przez Ciebie Partnera, a także w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie możecie pozostawać w związku małżeńskim z osobą trzecią;

- 4) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Małżonka albo Partnera, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności;
- 5) **Złamanie kości** – przerwanie ciągłości kości w tym jej pęknięcie, będące następstwem Wypadku, któremu Małżonek albo Partner uległ w trakcie trwania naszej odpowiedzialności.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Złamanie kości Małżonka albo Partnera w wyniku Wypadku w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu Złamania kości Małżonka albo Partnera w wyniku Wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko dotyczące złamania kości małżonka albo partnera w wyniku wypadku, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego rozpoczyna się od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zgłosisz Partnera albo zmienisz Partnera, nasza odpowiedzialność względem zgłoszonego lub zmienionego Partnera rozpoczyna się od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego po dniu ww. zgłoszenia albo zmiany.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

6. Jeżeli dojdzie do Złamania kości Małżonka albo Partnera w wyniku Wypadku, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień wystąpienia Wypadku, na podstawie poniższej Tabeli nr 4 zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach Złamania kości.

Tabela nr 4

TABELA ZDARZEŃ OBJĘTYCH OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ		
Kończyny górne		(%) Sumy ubezpieczenia
1.	Złamanie jednej kości kończyny, w tym łopatki lub obojczyka, nieobjęte złamaniami wymienionymi poniżej	20%
2.	Złamanie kości jednej kończyny w zakresie: nadgarstka śródreżcza (jednej lub więcej) lub kciuka	10 %
3.	Złamania palców jednej kończyny, bez kciuka (niezależnie od liczby palców)	10 %
Kończyny dolne		
4.	Złamanie jednej kości kończyny, nieobjęte złamaniami wymienionymi poniżej	20%
5.	Złamanie kości jednej kończyny w zakresie: kości stępu (jednej lub więcej), śródstopia (jednej lub więcej), bez palucha	10 %
6.	Złamania palców jednej kończyny (niezależnie od liczby palców), w tym z paluchem	10 %
Kręgosłup		
7.	Złamanie trzonu kręgu (jednego lub więcej)	20 %
Żebra		
8.	Złamanie 3 lub więcej żeber	5 %
Mostek		
9.	Złamanie	5 %
Miednica		
10.	Złamanie niezależnie od liczby kości	20 %
Czaszka		
11.	Złamanie niezależnie od liczby kości nieobjęte złamaniami wymienionymi poniżej	15 %
12.	Złamanie kości nosa	8 %
Pozostałe złamania nie wymienione powyżej		
13.	Złamanie niezależnie od liczby kości	2 %

7. W przypadku więcej niż jednego złamania w obrębie tej samej kości lub w obrębie tego samego stawu wypłacimy Ci jedno Świadczenie.
8. Świadczenie z tytułu Złamania kości w wyniku jednego Wypadku, przysługuje maksymalnie do 100% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
9. Wypłacimy Świadczenia z tytułu Złamania kości maksymalnie w wyniku dwóch Wypadków w Roku polisowym.
10. Mamy prawo skierować Małżonka albo Partnera na dodatkowe badania lekarskie również przed Komisją lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.

11. Na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich, wypłacimy Ci Świadczenie, jeśli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem a Złamanie kości.
12. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Złamanie kości;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

13. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Złamania kości Małżonka albo Partnera w wyniku Wypadku w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Małżonka albo Partnera samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Małżonka albo Partnera jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) działaniem Małżonka albo Partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 6) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Małżonka albo Partnera: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 7) rozpoznaniem u Małżonka albo Partnera zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
 - 8) prowadzeniem przez Małżonka albo Partnera pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka albo Partnera lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
 - 10) udziałem Małżonka albo Partnera w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
 - 11) wypadkiem lotniczym, jeżeli Małżonek albo Partner nie był pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych.

§ 56 Pobyt w szpitalu małżonka albo partnera

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne również
w ramach Pakietu dodatkowego
„Wypadek Małżonka/Partnera”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 56 zwroty oznaczają:
 - 1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu Małżonka albo Partnera, niezależne od woli Małżonka albo Partnera;
 - 2) **Dzień pobytu w Szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym miał miejsce pobyt Małżonka albo Partnera w Szpitalu, przy czym za pierwszy Dzień pobytu w Szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze Szpitala
 - 3) **Małżonek** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z Tobą w związku małżeńskim;
 - 4) **OIOM** – (oddział intensywnej opieki medycznej) – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia, objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzeni w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia. Za OIOM uważa się również **OIOK** – oddział intensywnej

opieki kardiologicznej, **OIT** – oddział intensywnej terapii oraz **OION** – oddział intensywnej opieki neurologicznej. W przypadku leczenia kardiologicznego – za pobyt na **OIOK** uznaje się też pobyt na oddziale kardiologicznym z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, a także na oddziale kardiologicznym na sali intensywnego nadzoru kardiologicznego, o ile stan zdrowia wymagał intensywnego nadzoru kardiologicznego i zostało to potwierdzone w karcie informacyjnej lub zaświadczeniu ze Szpitala o leczeniu w sali intensywnego nadzoru kardiologicznego;

- 5) **Partner** – osoba wskazana we Wnioskopolisie lub w innym dokumencie, jako osoba z Tobą niespokrewniona, pozostająca z Tobą w nieformalnym związku i prowadząca z Tobą wspólne gospodarstwo domowe. Zarówno Ty, jak i Twój Partner w dniu wskazania przez Ciebie Partnera, a także w dniu zajścia zdarzenia nie możecie pozostawać w związku małżeńskim z osobą trzecią;
- 6) **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, w którym przez całą dobę wykonywane są kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem w rozumieniu tej definicji nie jest dom opieki, dom pomocy społecznej, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład opiekuńczo-leczniczy, ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
- 7) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Małżonka albo Partnera, o charakterze losowym.

Co obejmuje ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) pobyt Małżonka albo Partnera w Szpitalu w wyniku Choroby lub Wypadku;
 - 2) pobyt Małżonka albo Partnera na OIOM w wyniku Choroby lub Wypadku, w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu pobytu Małżonka albo Partnera w Szpitalu lub na OIOM, w wyniku Choroby rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko pobytu Małżonka albo Partnera w szpitalu lub na OIOM w wyniku Choroby, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zgłosisz Partnera albo zmienisz Partnera, nasza odpowiedzialność względem zgłoszonego lub zmienionego Partnera rozpoczyna się od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego po dniu ww. zgłoszenia albo zmiany i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
6. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie z tytułu pobytu Małżonka albo Partnera w Szpitalu lub na OIOM, w wyniku Wypadku.
7. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała pobyt małżonka albo partnera w szpitalu lub na OIOM, w wyniku Choroby,
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie pobyt małżonka albo partnera w szpitalu lub na OIOM, w wyniku Choroby,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
8. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
9. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony, okres opłacania składek, datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie pobytu w Szpitalu Małżonka albo Partnera.
10. W okresie Karencji do którego zaliczamy okres opłacania składek wypłacimy Świadczenie w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

11. Jeżeli pobyt Małżonka albo Partnera w Szpitalu rozpoczął się przed dniem Początku okresu ubezpieczenia i zakończył się po ww. dniu, otrzymasz Świadczenie wyłącznie za pobyt przypadający po dacie Początku okresu ubezpieczenia, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego i wypłaty Świadczenia w okresie Karencji.
12. Jeżeli pobyt Małżonka albo Partnera w Szpitalu, którego przyczyną będzie Choroba rozpocznie się w okresie Karencji, wypłacimy Ci Świadczenie wyłącznie za Dni pobytu w szpitalu przypadające po zakończeniu tego okresu.
13. Świadczenie wypłacimy Ci, pod warunkiem że pobyt Małżonka albo Partnera w wyniku Choroby lub Wypadku będzie trwał co najmniej 1 dzień.
14. Jeżeli Małżonek albo Partner będzie przebywał w Szpitalu, którego przyczyną jest Wypadek lub Choroba, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień rozpoczęcia pobytu w Szpitalu, za każdy Dzień pobytu w Szpitalu.
15. Jeżeli Małżonek albo Partner będzie przebywać na OIOM, wypłacimy Świadczenie za pobyt na OIOM w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na 1. Dzień pobytu na OIOM.

16. W przypadku kilkukrotnych pobytów na OIOM w trakcie jednego nieprzerwanego pobytu w Szpitalu, Świadczenie przysługuje za jeden pobyt na OIOM.
17. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego Małżonka albo Partnera;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

18. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu pobytu Małżonka albo Partnera w Szpitalu lub na OIOM w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Małżonka albo Partnera samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Małżonka albo Partnera jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) działaniem Małżonka albo Partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 6) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Małżonka albo Partnera: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 7) rozpoznaniem u Małżonka albo Partnera zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
 - 8) prowadzeniem przez Małżonka albo Partnera pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka albo Partnera lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
 - 10) udziałem Małżonka albo Partnera w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
 - 11) przeprowadzonymi u Małżonka albo Partnera operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw Wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym lub w związku z chorobami nowotworowymi;
 - 12) pozostawianiem przez Małżonka albo Partnera:
 - a) na oddziale dziennym, w hospicjum, w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej,
 - b) w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym,
 - c) na oddziale rehabilitacyjnym,
 - d) na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującym dalszą hospitalizacją;
 - 13) pełnieniem przez Małżonka albo Partnera służby wojskowej w jakimkolwiek kraju.

§ 57 Pobyt w szpitalu małżonka albo partnera PLUS

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 57 zwroty oznaczają:
 - 1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu Małżonka albo Partnera, niezależne od woli Małżonka albo Partnera;
 - 2) **Dzień pobytu w Szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym miał miejsce pobyt Małżonka albo Partnera w Szpitalu, przy czym za pierwszy Dzień pobytu w Szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze Szpitala
 - 3) **Małżonek** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z Tobą w związku małżeńskim;
 - 4) **Partner** – osoba wskazana we Wnioskopisie lub w innym dokumencie, jako osoba z Tobą niespokrewniona, pozostająca z Tobą w nieformalnym związku i prowadząca z Tobą wspólne gospodarstwo domowe. Zarówno Ty, jak i Twój Partner w dniu wskazania przez Ciebie Partnera, a także w dniu zajścia zdarzenia nie możecie pozostawać w związku małżeńskim z osobą trzecią;

- 5) **Rekonwalescencja poszpitalna** – pobyt Małżonka albo Partnera na nieprzerwanym zwolnieniu lekarskim, następujący bezpośrednio po zakończonym pobycie w Szpitalu;
- 6) **Statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z Ustawą prawo lotnicze, należące do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadające aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych;
- 7) **Statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodorolot, poduszkowiec) przeznaczone lub używane w żegludze śródlądowej lub morskiej, w rozumieniu przepisów Ustawy o żegludze śródlądowej lub kodeksu morskiego, posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych nie jest objęty definicją statku wodnego;
- 8) **Szpital** – zakład leczenia zamkniętego, w którym przez całą dobę wykonywane są kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem w rozumieniu tej definicji nie jest dom opieki, dom pomocy społecznej, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład opiekuńczo-leczniczy, ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
- 9) **Udar mózgu** – powstałe w okresie trwania naszej odpowiedzialności nagłe, ogniskowe uszkodzenie tkanki mózgowej, w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmożgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu). Konieczne jest wystąpienie świeżych zmian naczyniopochodnych zaobserwowanych w badaniach obrazowych (np. w badaniu rezonansu magnetycznego lub badaniu tomografii komputerowej) i co najmniej jednego z poniższych kryteriów:
 - a) stwierdzenie obecności ogniskowych objawów neurologicznych trwających ponad 24 godziny, ale krócej niż 60 dni albo
 - b) stwierdzenie obecności ogniskowych objawów neurologicznych trwających krócej niż 24 godziny, jeżeli zastosowano leczenie trombolityczne. Odpowiedzialnością objęte są również przypadki udaru mózgu, rdzenia przedłużonego, rdzenia kręgowego, które spełniają powyższe kryteria.
 Definicja udaru mózgu nie obejmuje:
 - i. epizodów pourazowego krwotoku śródmózgowego oraz pourazowego krwotoku podpajęczynówkowego,
 - ii. udaru mózgu dokonanego w nieokreślonej przeszłości lub takiego, którego daty wystąpienia nie można jednoznacznie określić,
 - iii. przemijającego napadu niedokrwiennego (TIA), ani odwracalnego niedokrwiennego deficytu neurologicznego (RIND),
 - iiii. wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych;
- 10) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Małżonka albo Partnera, o charakterze losowym;
- 11) **Wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę i powstały w okresie trwania naszej odpowiedzialności, któremu Małżonek albo Partner uległ jako:
 - a) kierowca, pasażer, uczestnik ruchu lub pieszy – w związku z ruchem lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego, w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym oraz pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej),
 - b) pasażer, osoba kierująca lub członek załogi – w związku z ruchem wodnym pojazdów pływających, z udziałem Statku wodnego,
 - c) pasażer lub członek załogi – w związku z ruchem lotniczym Statków powietrznych.
 Definicja Wypadku komunikacyjnego nie obejmuje Wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch;
- 12) **Wypadek komunikacyjny przy pracy** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę, powstały w okresie naszej odpowiedzialności, któremu Małżonek albo Partner uległ jako:
 - a) kierowca, pasażer, uczestnik ruchu lub pieszy – w związku z ruchem lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym oraz pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej),
 - b) pasażer, osoba kierująca lub członek załogi – w związku z ruchem wodnym pojazdów pływających, z udziałem Statku wodnego,
 - c) pasażer lub członek załogi – w związku z ruchem lotniczym Statków powietrznych
 i który nastąpił w związku z wykonywaną pracą i został zakwalifikowany jako Wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku. Definicja Wypadku komunikacyjnego przy pracy nie obejmuje:
 - i. wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch,
 - ii. wypadku w drodze do pracy lub z pracy zgodnie z kwalifikacją wypadku zamieszczoną w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku;
- 13) **Wypadek przy pracy** – wypadek powstały w okresie trwania naszej odpowiedzialności, zakwalifikowany jako Wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku. Definicja Wypadku przy pracy nie obejmuje wypadku w drodze do pracy i z pracy, zgodnie z kwalifikacją wypadku zamieszczoną w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku;
- 14) **Zawał serca** – powstała w okresie trwania naszej odpowiedzialności martwica części mięśnia sercowego, wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Zdiagnozowanie zawału serca przez Lekarza specjalistę 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. percentyl zakresu

referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, współistniejącego z co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
- b) nowe zmiany niedokrwienne w badaniu EKG,
- c) uwidocznione w badaniach obrazowych nowe ubytki żywnotnego mięśnia sercowego lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej.

Ochroną objęte są także zawały serca, które wystąpiły w trakcie zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej oraz operacji pomostowania aortalno-wieńcowego.

Definicja nie obejmuje:

- i. innych ostrych zespołów wieńcowych, w których nie wykazano dowodów na dokonanie się martwicy mięśnia serca,
- ii. każdego zdarzenia, które nie zostało potwierdzone jako zawał serca przez lekarza specjalistę (kardiologa); podwyższenia biomarkerów sercowych, wynikających z zabiegu diagnostycznej angiografii wieńcowej.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) pobyt Małżonka albo Partnera w Szpitalu w wyniku:
 - a) Wypadku komunikacyjnego,
 - b) Wypadku przy pracy,
 - c) Wypadku komunikacyjnego przy pracy,
 - d) Zawału serca lub Udaru mózgu;
 - 2) Rekonwalescencję poszpitalną Małżonka albo Partnera w wyniku Wypadku lub Choroby, w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu pobytu Małżonka albo Partnera w Szpitalu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu oraz z tytułu Rekonwalescencji poszpitalnej Małżonka albo Partnera w wyniku Choroby rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko pobytu Małżonka albo Partnera w szpitalu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu oraz z tytułu Rekonwalescencji poszpitalnej Małżonka albo Partnera w wyniku Choroby, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisys jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zgłosisz Partnera albo zmienisz Partnera, nasza odpowiedzialność względem zgłoszonego lub zmienionego Partnera rozpoczyna się od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego po dniu ww. zgłoszenia albo zmiany i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
6. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie z tytułu pobytu Małżonka albo Partnera w Szpitalu w wyniku Wypadku komunikacyjnego, Wypadku przy pracy, Wypadku komunikacyjnego przy pracy oraz z tytułu Rekonwalescencji poszpitalnej Małżonka albo Partnera w wyniku Wypadku.
7. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała pobyt małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu lub rekonwalescencji poszpitalnej w wyniku choroby lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie pobyt małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu lub rekonwalescencji poszpitalnej w wyniku choroby,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
8. W przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
9. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony, okres opłacania składek, datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie pobytu małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu lub rekonwalescencji poszpitalnej w wyniku choroby.
10. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek wypłacimy Świadczenie w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

11. Świadczenie wypłacimy Ci, pod warunkiem że pobyt Małżonka albo Partnera w Szpitalu w wyniku:
 - 1) Zawału serca lub Udaru mózgu:
 - a) będzie trwał powyżej 3 dni oraz
 - b) rozpocznie się nie później niż 14 dni po zdiagnozowaniu Zawału serca lub Udaru mózgu;
 - 2) Wypadku komunikacyjnego, Wypadku przy pracy, Wypadku komunikacyjnego przy pracy:
 - a) będzie trwał co najmniej 1 dzień oraz
 - b) rozpocznie się nie później niż 14 dni po wystąpieniu Wypadku komunikacyjnego, Wypadku przy pracy, Wypadku komunikacyjnego przy pracy oraz
 - c) jest pierwszym pobytem w Szpitalu spowodowanym danym Wypadkiem komunikacyjnym, Wypadkiem przy pracy lub Wypadkiem komunikacyjnym przy pracy.

12. Za pierwszy pobyt w Szpitalu spowodowany Wypadkiem komunikacyjnym, Wypadkiem przy pracy, Wypadkiem komunikacyjnym przy pracy nie uważa się wcześniejszego pobytu na oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującego dalszą hospitalizacją związaną z tym samym Wypadkiem komunikacyjnym, Wypadkiem przy pracy, Wypadkiem komunikacyjnym przy pracy.
13. Jeżeli pobyt Małżonka albo Partnera w Szpitalu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu rozpocznie się w okresie Karencji, wypłacimy Ci Świadczenie wyłącznie za Dni pobytu w Szpitalu przypadające po zakończeniu tego okresu.
14. Świadczenie z tytułu Rekonwalescencji poszpitalnej wypłacimy Ci, pod warunkiem że:
 - 1) pobyt w Szpitalu oraz pobyt na zwolnieniu lekarskim będą trwały w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, oraz
 - 2) pobyt w Szpitalu bezpośrednio poprzedzający zwolnienie lekarskie będzie trwał powyżej 9 dni oraz
 - 3) otrzymasz od nas Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu.
15. Świadczenie z tytułu Rekonwalescencji poszpitalnej przysługuje począwszy od dnia następnego po dniu wypisu ze Szpitala w okresie pierwszych 30 dni zwolnienia lekarskiego.
16. W przypadku osób, które nie odprowadzają składek chorobowych, emerytów, osób bezrobotnych, rencistów lub osób otrzymujących świadczenie rehabilitacyjne, Świadczenie z tytułu Rekonwalescencji poszpitalnej przysługuje w wysokości odpowiadającej 15-krotności Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień rozpoczęcia przez Małżonka albo Partnera Rekonwalescencji poszpitalnej.
17. Jeżeli Małżonek albo Partner będzie przebywać w Szpitalu, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień rozpoczęcia pobytu w Szpitalu, za każdy Dzień pobytu w Szpitalu.
18. Jeżeli Małżonek albo Partner będzie przebywać na Rekonwalescencji poszpitalnej, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień rozpoczęcia przez Małżonka albo Partnera Rekonwalescencji poszpitalnej, za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim.
19. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zjściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego Małżonka albo Partnera;
 - 4) zwolnienia lekarskiego wydanego przez Szpital w przypadku Rekonwalescencji poszpitalnej Małżonka albo Partnera;
 - 5) kopii dokumentacji potwierdzającej przyczynę i okoliczności Wypadku komunikacyjnego ze straży miejskiej, policji, sądu lub prokuratury;
 - 6) kopii protokołu powypadkowego BHP lub karty wypadku;
 - 7) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

20. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu pobytu Małżonka albo Partnera w Szpitalu w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Małżonka albo Partnera samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Małżonka albo Partnera jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) działaniem Małżonka albo Partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 6) rozpoznaniem u Małżonka albo Partnera zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
 - 7) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Małżonka albo Partnera: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka albo Partnera lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
 - 9) udziałem Małżonka albo Partnera w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);

- 10) przeprowadzonymi u Małżonka albo Partnera operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw Wypadków lub wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym lub w związku z chorobami nowotworowymi;
- 11) pozostawianiem przez Małżonka albo Partnera:
 - 1) na oddziale dziennym, w hospicjum, w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej;
 - 2) w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym;
 - 3) na oddziale rehabilitacyjnym;
 - 4) na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującym dalszą hospitalizacją;
- 12) prowadzeniem przez Małżonka albo Partnera pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem.

§ 58 Ubezpieczenie lekowe małżonka albo partnera związane z pobytem w szpitalu

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne w ramach Pakietu dodatkowego „Wypadek Małżonka/Partnera”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 58 zwroty oznaczają:
 - 1) **Dzień pobytu w Szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym miał miejsce pobyt Małżonka albo Partnera w Szpitalu, przy czym za pierwszy Dzień pobytu w Szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze Szpitala;
 - 2) **OIOM** – (oddział intensywnej opieki medycznej) – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia, objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzeni w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia. Za OIOM uważa się również **OIOK** – oddział intensywnej opieki kardiologicznej, **OIT** – oddział intensywnej terapii oraz **OION** – oddział intensywnej opieki neurologicznej. W przypadku leczenia kardiologicznego – za pobyt na OIOK uznaje się też pobyt na oddziale kardiologicznym z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, a także na oddziale kardiologicznym na sali intensywnego nadzoru kardiologicznego, o ile stan zdrowia wymagał intensywnego nadzoru kardiologicznego i zostało to potwierdzone w karcie informacyjnej lub zaświadczeniu ze Szpitala o leczeniu w sali intensywnego nadzoru kardiologicznego;
 - 3) **Małżonek** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z Tobą w związku małżeńskim;
 - 4) **Partner** – osoba wskazana we Wnioskopolisie lub w innym dokumencie, jako osoba z Tobą niespokrewniona, pozostająca z Tobą w nieformalnym związku i prowadząca z Tobą wspólne gospodarstwo domowe. Zarówno Ty, jak i Twój Partner w dniu wskazania przez Ciebie Partnera, a także w dniu zajścia zdarzenia nie możecie pozostawać w związku małżeńskim z osobą trzecią;
 - 5) **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, w którym przez całą dobę wykonywane są kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem w rozumieniu tej definicji nie jest dom opieki, dom pomocy społecznej, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład opiekuńczo-leczniczy, ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
 - 6) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Małżonka albo Partnera, o charakterze losowym.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje ubezpieczenie lekowe po pobycie Małżonka albo Partnera w Szpitalu w wyniku Wypadku w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem Małżonka albo Partnera w Szpitalu rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje niniejsze ryzyko, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego rozpoczyna się w dniu wskazanym w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

5. Jeżeli Małżonek albo Partner będzie przebywał w Szpitalu, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na pierwszy dzień pobytu w Szpitalu.
6. Świadczenie wypłacimy, pod warunkiem że otrzymasz od nas Świadczenie z tytułu ryzyka pobytu małżonka albo partnera w szpitalu.
7. Świadczenie otrzymasz od nas maksymalnie za 3 rozpoczęte pobyty w Szpitalu w Roku polisowym.
8. Jeżeli jednocześnie Małżonek albo Partner będzie przebywał w Szpitalu oraz na OIOM, otrzymasz od nas jedno Świadczenie.
9. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym paragrafie mają zastosowanie zapisy ryzyka ubezpieczeniowego – pobyt małżonka albo partnera w szpitalu.

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas zwroty w § 59 oznaczają:
 - 1) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy), wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 2) **Małżonek** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z Tobą w związku małżeńskim;
 - 3) **Partner** – osoba wskazana we Wnioskopolisie lub w innym dokumencie, jako osoba z Tobą niespokrewniona, pozostająca z Tobą w nieformalnym związku i prowadząca z Tobą wspólne gospodarstwo domowe. Zarówno Ty, jak i Twój Partner w dniu wskazania przez Ciebie Partnera, a także w dniu zajścia zdarzenia nie możecie pozostawać w związku małżeńskim z osobą trzecią;
 - 4) **Statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z Ustawą prawo lotnicze, należące do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadające aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych;
 - 5) **Statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodolot, poduszkowiec) przeznaczone lub używane w żegludze śródlądowej lub morskiej, w rozumieniu przepisów Ustawy o żegludze śródlądowej lub kodeksu morskiego, posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych nie jest objęty definicją statku wodnego;
 - 6) **Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku** – tabela stanowiąca załącznik do OWU;
 - 7) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu polegające na jego trwałej dysfunkcji, fizycznej utracie lub całkowitej i trwałej utracie nad nim władzy, będące następstwem Wypadku Małżonka albo Partnera, któremu Małżonek albo Partner uległ w trakcie trwania naszej odpowiedzialności;
 - 8) **Wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę i powstały w okresie trwania naszej odpowiedzialności, któremu Małżonek albo Partner uległ jako:
 - a) kierowca, pasażer, uczestnik ruchu lub pieszy – w związku z ruchem lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego, w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym oraz pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej),
 - b) pasażer, osoba kierująca lub członek załogi – w związku z ruchem wodnym pojazdów pływających, z udziałem Statku wodnego,
 - c) pasażer lub członek załogi – w związku z ruchem lotniczym Statków powietrznych.Definicja Wypadku komunikacyjnego nie obejmuje Wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie u Małżonka albo Partnera Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku komunikacyjnego wskazanego w Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku Wypadku, w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Małżonka albo Partnera Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu wskazanym we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego rozpoczyna się od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zgłosisz Partnera albo zmienisz Partnera, nasza odpowiedzialność względem zgłoszonego lub zmienionego Partnera rozpoczyna się od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego po dniu ww. zgłoszenia albo zmiany.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

6. Jeżeli powstanie u Małżonka albo Partnera Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Wypadku komunikacyjnego, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień wystąpienia Wypadku komunikacyjnego, za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
7. W razie uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje były upośledzone już przed Wypadkiem komunikacyjnym, ustalony u Małżonka albo Partnera stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu pomniejszy o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed Wypadkiem komunikacyjnym.
8. Rodzaj i stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest przez nas po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji w oparciu o Tabelę Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia Wypadku komunikacyjnego.

9. Jeżeli po wypłacie Świadczenia okaże się, że Trwały uszczerbek na zdrowiu wynikający z tego samego Wypadku powinien zostać zakwalifikowany do innego punktu Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku, za który należna jest wypłata w wyższej wysokości, wypłacimy dodatkową kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy Świadczeniem należnym za ten Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyższej wysokości, a kwotą Świadczenia które już wypłaciliśmy.
10. Zmiana rodzaju i stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) po 36 miesiącach od dnia Wypadku komunikacyjnego, nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia.
11. Świadczenie z tytułu powstania u Małżonka albo Partnera Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku komunikacyjnego, przysługuje maksymalnie za 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu za jeden Wypadek komunikacyjny.
12. Mamy prawo skierować Małżonka albo Partnera na dodatkowe badania lekarskie również przed Komisją lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
13. Na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich wypłacimy Ci Świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem komunikacyjnym a Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.
14. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienie o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - 4) kopii dokumentacji potwierdzającej przyczynę i okoliczności Wypadku komunikacyjnego Małżonka albo Partnera ze straży miejskiej, policji, sądu lub prokuratury;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

15. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu powstania u Małżonka albo Partnera Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku komunikacyjnego w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Małżonka albo Partnera samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Małżonka albo Partnera jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) działaniem Małżonka albo Partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 6) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Małżonka albo Partnera: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 7) rozpoznaniem u Małżonka albo Partnera zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
 - 8) prowadzeniem przez Małżonka albo Partnera pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka albo Partnera Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
 - 10) udziałem Małżonka albo Partnera w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotnictwo, motoparalotnictwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping).

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 60 zwroty oznaczają:
 - 1) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy), wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 2) **Małżonek** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z Tobą w związku małżeńskim;
 - 3) **Partner** – osoba wskazana we Wnioskopolisie lub w innym dokumencie, jako osoba z Tobą niespokrewniona, pozostająca z Tobą w nieformalnym związku i prowadząca z Tobą wspólne gospodarstwo domowe. Zarówno Ty, jak i Twój Partner w dniu wskazania przez Ciebie Partnera, a także w dniu zajścia zdarzenia nie możecie pozostawać w związku małżeńskim z osobą trzecią;
 - 4) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu polegające na jego trwałej dysfunkcji, fizycznej utracie lub całkowitej i trwałej utracie nad nim władzy, będące następstwem Wypadku Małżonka albo Partnera, któremu Małżonek albo Partner uległ w trakcie trwania naszej odpowiedzialności;
 - 5) **Uraz niepowodujący powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu** – powstałe w wyniku Wypadku uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - 6) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Małżonka albo Partnera, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie u Małżonka albo Partnera Urazu niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Małżonka albo Partnera Urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko uraz niepowodujący powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku wypadku, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego rozpoczyna się od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisys jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zgłosisz Partnera albo zmienisz Partnera, nasza odpowiedzialność względem zgłoszonego lub zmienionego Partnera rozpoczyna się od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego po dniu ww. zgłoszenia albo zmiany.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

6. W ciągu danego Roku polisowego wypłacimy Ci maksymalnie za dwa Urazy niepowodujące Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
7. Wypłacimy Ci Świadczenie jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem a Urazem niepowodującym trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz nastąpiła stacjonarna konsultacja medyczna związana z leczeniem urazu i kontrolna konsultacja medyczna po leczeniu urazu.
8. Decyzję o wypłacie Świadczenia odejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienie o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Urazu niepowodującego powstanie Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

9. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu powstania u Małżonka albo Partnera Urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniami popełnienia przez Małżonka albo Partnera samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Małżonka albo Partnera jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą,

przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;

- 5) działaniem Małżonka albo Partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 6) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Małżonka albo Partnera: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 7) prowadzeniem przez Małżonka albo Partnera pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 8) wypadkiem lotniczym, jeżeli Małżonek albo Partner nie był pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka albo Partnera lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
- 10) udziałem Małżonka albo Partnera w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping).

§ 61 Wystąpienie u małżonka albo partnera poważnego zachorowania

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas zwroty w § 61 oznaczają:
 - 1) **Katalog poważnych zachorowań** – katalog będący załącznikiem do OWU;
 - 2) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy), wydający opinię w sprawie stanu zdrowia Małżonka albo Partnera na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 3) **Małżonek** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego pozostawała z Tobą w związku małżeńskim;
 - 4) **Partner** – osoba wskazana we Wnioskopolisie lub w innym dokumencie, jako osoba z Tobą niespokrewniona, pozostająca z Tobą w nieformalnym związku i prowadząca z Tobą wspólne gospodarstwo domowe. Zarówno Ty, jak i Twój Partner w dniu wskazania przez Ciebie Partnera, a także w dniu zajścia zdarzenia nie możecie pozostawać w związku małżeńskim z osobą trzecią;
 - 5) **Poważne zachorowanie** – rodzaj poważnego zachorowania wymieniony i zdefiniowany w Katalogu poważnych zachorowań;
 - 6) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Małżonka albo Partnera, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności;
 - 7) **Wystąpienie poważnego zachorowania** – zaistnienie w okresie naszej odpowiedzialności jednej z poniższych okoliczności: postawienie diagnozy, pobranie materiału do badania histopatologicznego, które potwierdziło obecność nowotworu złośliwego, przeprowadzenie operacji, rozpoczęcie specjalistycznego leczenia, kwalifikacja do przeszczepu lub jego wykonanie, wystąpienie Wypadku, które zostały wskazane w Katalogu poważnych zachorowań.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienia u Małżonka albo Partnera Poważnego zachorowania określonego w Katalogu poważnych zachorowań, w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Małżonka albo Partnera Poważnego zachorowania rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko wystąpienia u małżonka albo partnera poważnego zachorowania, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, zgłosisz Partnera albo zmienisz Partnera, nasza odpowiedzialność względem zgłoszonego lub zmienionego Partnera, rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po dniu ww. zgłoszenia albo zmiany i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
6. W okresie Karencji nasza odpowiedzialność ograniczona jest do Poważnego zachorowania będącego następstwem Wypadku.
7. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała wystąpienie u małżonka albo partnera poważnego zachorowania (dany rodzaj poważnego zachorowania) lub

- 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie wystąpienie u małżonka albo partnera poważnego zachorowania (dany rodzaj poważnego zachorowania), do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
8. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
9. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie wystąpienia u małżonka albo partnera poważnego zachorowania.
10. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

11. Za Poważne zachorowanie z Katalogu poważnych zachorowań wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Wystąpienia poważnego zachorowania z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
12. Jeżeli wystąpi u Małżonka albo Partnera w okresie naszej odpowiedzialności ponownie ten sam rodzaj Poważnego zachorowania, wypłacimy Ci Świadczenie tylko za pierwsze z nich. Jednak, jeśli każde z tych zachorowań było wynikiem różnych Wypadków, przysługuje Ci Świadczenie za każde z nich.
13. Jeżeli wystąpią u Małżonka albo Partnera w okresie naszej odpowiedzialności co najmniej dwa różne Poważne zachorowania, nie ponosimy odpowiedzialności za te Poważne zachorowania, które pozostają w związku przyczynowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogennym, co Poważne zachorowanie, za które wypłaciliśmy Świadczenie.
14. Jeżeli wystąpią u Małżonka albo Partnera w okresie naszej odpowiedzialności co najmniej dwa Nowotwory złośliwe o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji wypłacimy Świadczenie tylko za pierwszy z nich.
15. Mamy prawo skierować Małżonka albo Partnera na dodatkowe badania lekarskie również przed Komisją lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
16. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej Wystąpienie poważnego zachorowania;
 - 4) innej dokumentację niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

17. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu wystąpienia u Małżonka albo Partnera Poważnego zachorowania w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Małżonka albo Partnera samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Małżonka albo Partnera jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) działaniem Małżonka albo Partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 6) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Małżonka albo Partnera: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 7) rozpoznaniem u Małżonka albo Partnera zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka albo Partnera lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;

- 9) zdiagnozowaniem w okresie trwania naszej odpowiedzialności Nowotworu złośliwego, będącego nawrotem, wznową lub przerzutem choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie 3 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia;
- 10) zdiagnozowaniem w okresie trwania naszej odpowiedzialności Łagodnego nowotworu mózgu, Łagodnego nowotworu rdzenia kręgowego, będących nawrotem lub wznową choroby nowotworowej zdiagnozowanych w okresie 3 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia;
- 11) zdiagnozowaniem w okresie trwania naszej odpowiedzialności Nowotworu złośliwego będącego nawrotem, wznową lub przerzutem choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie 3 lat przed rozszerzeniem zakresu ochrony o Pakiet dodatkowy zawierający to ryzyko ubezpieczeniowe;
- 12) zdiagnozowaniem w okresie trwania naszej odpowiedzialności Łagodnego nowotworu mózgu, Łagodnego nowotworu rdzenia kręgowego, będących nawrotem lub wznową choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie 3 lat przed rozszerzeniem zakresu ochrony o Pakiet dodatkowy zawierający to ryzyko ubezpieczeniowe.

§ 62 Druga opinia medyczna małżonka albo partnera

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne w ramach Pakietu dodatkowego „Drua opinia medyczna”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas zwroty w § 62 oznaczają:
 - 1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu Małżonka albo Partnera, niezależne od woli Małżonka albo Partnera, które zostały zdiagnozowane w okresie trwania naszej odpowiedzialności;
 - 2) **Druga opinia medyczna** – pisemna opinia Lekarza konsultanta, wydawana na wniosek Małżonka albo Partnera, która oparta jest na analizie dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia Małżonka albo Partnera, w zakresie poprawności ustalonej przez Lekarza prowadzącego diagnozy Choroby, podjętego leczenia oraz jeżeli Małżonek albo Partner wyrazi taką prośbę – rokowania co do możliwości wyleczenia oraz jeżeli lekarz konsultant stwierdzi, iż sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony – propozycję planu leczenia;
 - 3) **Lekarz konsultant** – lekarza medycyny, praktykujący poza terytorium Polski, o specjalności lekarskiej i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danej Choroby, który sporządza Drugą opinię medyczną;
 - 4) **Lekarz prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Małżonka albo Partnera w związku z Chorobą;
 - 5) **Małżonek** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z Tobą w związku małżeńskim;
 - 6) **Partner** – osoba wskazana we Wnioskopolisie lub w innym dokumencie, jako osoba z Tobą niespokrewniona, pozostająca z Tobą w nieformalnym związku i prowadząca z Tobą wspólne gospodarstwo domowe. Zarówno Ty, jak i Twój Partner w dniu wskazania przez Ciebie Partnera, a także w dniu zajścia zdarzenia nie możecie pozostawać w związku małżeńskim z osobą trzecią;
 - 7) **Świadczenie** – w razie zajścia zdarzenia Świadczenie spełniane przez nas na rzecz Małżonka albo Partnera;
 - 8) **Świadczeniodawca** – podmiot, z którym zawarliśmy umowę dotyczącą realizacji Świadczeń w ramach tego ryzyka ubezpieczeniowego;
 - 9) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Małżonka albo Partnera, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności.

Co obejmujemy ochroną

2. W ramach Umowy ubezpieczenia przysługuje Małżonkowi albo Partnerowi prawo do skorzystania z Drugiej opinii medycznej.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdiagnozowanie Choroby u Małżonka albo Partnera, które nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

4. Nasza odpowiedzialność z tytułu Drugiej opinii medycznej rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 2 miesięcy Karencji.
5. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko drugiej opinii medycznej małżonka albo partnera, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego rozpoczyna się po upływie 2 miesięcy Karencji od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisys jako Początek okresu ubezpieczenia.
6. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zgłosisz Partnera albo zmienisz Partnera, nasza odpowiedzialność względem zgłoszonego lub zmienionego Partnera rozpoczyna się od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego po dniu ww. zgłoszenia albo zmiany i jest ograniczona w okresie 2 miesięcy Karencji.
7. W okresie Karencji nasza odpowiedzialność dotyczy Drugiej opinii medycznej, w zakresie Choroby której przyczyną jest Wypadek.
8. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała drugą opinię medyczną małżonka albo partnera lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie drugą opinię medyczną małżonka albo partnera,

do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.

9. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
10. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o Świadczenie muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie Drugiej opinii medycznej Małżonka albo Partnera.
11. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek, przysługuje Małżonkowi albo Partnerowi prawo do skorzystania z Drugiej opinii medycznej

Jakie są zasady realizacji Świadczenia

12. Zakres Świadczenia obejmuje:
 - 1) wydanie opinii dotyczącej postawionej przez Lekarza prowadzącego diagnozy Choroby i dotychczas prowadzonego leczenia;
 - 2) udzielenie odpowiedzi na zadane przez Małżonka albo Partnera pytania w związku z opiniowaną chorobą i stanem zdrowia Małżonka albo Partnera;
 - 3) propozycję planu leczenia, jeśli zdaniem Lekarza konsultanta zastosowany sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony;
 - 4) rokowania co do możliwości wyleczenia – jeżeli Małżonek albo Partner wyrazi taką prośbę we wniosku o wydanie Drugiej opinii medycznej.
13. W ramach Drugiej opinii medycznej, za pośrednictwem Świadczeniodawcy:
 - 1) poinformujemy Małżonka albo Partnera o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie Drugiej opinii medycznej i w razie potrzeby zobowiązujemy się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów;
 - 2) przetłumaczymy zebraną dokumentację na język angielski;
 - 3) prześlemy zebraną dokumentację do Lekarza konsultanta specjalizującego się w danym schorzeniu;
 - 4) zapewnimy sporządzenie Drugiej opinii medycznej przez Lekarza konsultanta i jej przetłumaczenie na język polski;
 - 5) dostarczymy Małżonkowi albo Partnerowi Drugą opinię medyczną lub na pisemny wniosek Małżonka albo Partnera – Lekarzowi prowadzącemu.
14. W celu uzyskania Drugiej opinii medycznej, skontaktuj się telefonicznie ze Świadczeniobiorcą pod numerem telefonu wskazanym we Wnioskopolisie (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).
15. Podczas telefonicznego zgłoszenia podaj następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Małżonka albo Partnera oraz Twoje;
 - 2) numer PESEL Małżonka albo Partnera oraz Twój;
 - 3) adres zamieszkania;
 - 4) numer Polisy;
 - 5) numer telefonu oraz adres e-mail do kontaktu zwrotnego;
 - 6) krótki opis dotyczący zdiagnozowanej Choroby.
16. Abyśmy mogli dostarczyć Małżonkowi albo Partnerowi Drugą opinię medyczną, zapewnij dostęp lub dostarcz do Świadczeniodawcy wszystkie wymagane dokumenty, w szczególności:
 - 1) dokumentację medyczną dotyczącą zdiagnozowania Choroby;
 - 2) badania diagnostyczne uznane przez Lekarza konsultanta jako niezbędne do sporządzenia Drugiej opinii medycznej (nie pokrywamy kosztu tych badań);
 - 3) dokumentację medyczną dotyczącą leczenia zdiagnozowanej Choroby z ostatnich 12 miesięcy licząc od zgłoszenia wydania Drugiej opinii medycznej;
 - 4) formularze, o których wypełnienie zwrócił się do Małżonka albo Partnera Świadczeniodawca;
 - 5) pisemną zgodę na zasięganie informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały Małżonkowi albo Partnerowi świadczeń zdrowotnych w zakresie opiniowanej Choroby;
 - 6) pisemną zgodę na przekazywanie danych medycznych Małżonka albo Partnera do Lekarza konsultanta w celu uzyskania Drugiej opinii medycznej.
17. Świadczeniodawca przekaze Małżonkowi albo Partnerowi informację o trzech placówkach medycznych działających poza terytorium Polski, specjalizujących się w danej jednostce chorobowej. Lekarz konsultant z wybranej przez Małżonka albo Partnera placówki medycznej wyda Drugą opinię medyczną.
18. Druga opinia medyczna zostanie sporządzona i wysłana do Małżonka albo Partnera w sposób uzgodniony z Małżonkiem albo Partnerem pocztą na adres zamieszkania lub na adres poczty elektronicznej.
19. Zarówno my, jak i Świadczeniodawca nie jesteśmy zobowiązani do dostarczenia Drugiej opinii medycznej w przypadku gdy Lekarz prowadzący nie udostępni kopii dokumentacji medycznej i wyników badań dotyczących Choroby Małżonka albo Partnera. W przypadku, gdy Świadczeniodawca nie będzie w stanie zebrać dokumentacji medycznej dotyczącej Choroby Małżonka albo Partnera od Lekarza prowadzącego lub podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały Małżonkowi albo Partnerowi świadczeń zdrowotnych, będziesz zobowiązana/y do samodzielnego dostarczenia tej dokumentacji i wyników badań.
20. Małżonek albo Partner ma prawo do jednego Świadczenia z tytułu Drugiej opinii medycznej w stosunku do zdiagnozowania tej samej Choroby. W przypadku pogorszenia stanu zdrowia związanego z chorobą, dla której wydana została Druga opinia medyczna, które zostanie potwierdzone nowymi wynikami badań diagnostycznych, przysługuje Małżonkowi albo Partnerowi kolejna Druga opinia medyczna.

21. Informacje zawarte w Drugiej opinii medycznej są opinią uzupełniającą w stosunku do opinii wydanej przez Lekarza prowadzącego, a zakres wykorzystania Drugiej opinii medycznej powinien zostać uzgodniony z Lekarzem prowadzącym.
22. Zarówno my, jak i Świadczeniodawca nie odpowiadamy za skutki jakichkolwiek działań lub zaniechania działań w oparciu o informacje zawarte w Drugiej opinii medycznej oraz za skutki i skuteczność wdrożenia proponowanych przez Lekarzy konsultantów planów leczenia.

§ 63 Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas zwroty w § 63 oznaczają:
 - 1) **Dziecko** – Twoje własne dziecko lub dziecko Twojego Małżonka albo Partnera, którego urodzenie zostało potwierdzone aktem urodzenia wskazującym Ciebie jako rodzica, lub Twojego Małżonka albo Partnera jako rodzica jeżeli nie jest Twoim dzieckiem, a także dziecko przysposobione przez Ciebie, lub przez Twojego Małżonka albo Partnera jeżeli nie zostało przysposobione przez Ciebie, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym;
 - 2) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego w okresie trwania naszej odpowiedzialności.
3. Udzielamy ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku gdy Dziecko nie ukończyło 26 roku życia w dniu Twojej śmierci.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

4. Nasza odpowiedzialność z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego, po dniu w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
5. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko osierocenia dziecka przez ubezpieczonego, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.
6. W okresie Karencji nasza odpowiedzialność ograniczona jest do Twojej śmierci, która jest następstwem Wypadku.
7. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała osierocenie dziecka przez ubezpieczonego lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie osierocenie dziecka przez ubezpieczonego,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
8. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
9. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie osieroceni dziecka przez ubezpieczonego.
10. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantcie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

11. Z tytułu osierocenia dziecka wypłacimy Dziecku Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
12. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zjściu zdarzenia;
 - 2) odpisu Twojego aktu zgonu;
 - 3) aktu urodzenia Dziecka;
 - 4) w przypadku przysposobienia dziecka – prawomocnego postanowienia sądu o przysposobieniu;
 - 5) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci;
 - 6) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

13. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego w związku z:
 - 1) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa w ciągu 2 lat od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Ciebie jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak,

policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych.

14. Do okresu 2 lat w odniesieniu do popełnienia samobójstwa zaliczamy okres opłacania składek z:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała osierocenie dziecka przez ubezpieczonego lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie osierocenie dziecka przez ubezpieczonego.
15. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, do okresu 2 lat zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
16. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie osierocenie dziecka przez ubezpieczonego.
17. W okresie 2 lat nasz odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantcie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

§ 64 Śmierć dziecka

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas zwroty w § 64 oznaczają:
 - 1) **Dziecko** – Twoje własne dziecko lub dziecko Twojego Małżonka albo Partnera, którego urodzenie zostało potwierdzone aktem urodzenia wskazującym Ciebie jako rodzica, lub Twojego Małżonka albo Partnera jako rodzica jeżeli nie jest Twoim dzieckiem, a także dziecko przysposobione przez Ciebie, lub przez Twojego Małżonka albo Partnera jeżeli nie zostało przysposobione przez Ciebie, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym;
 - 2) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Dziecka, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Dziecka w okresie trwania naszej odpowiedzialności, które miało ukończony 3 miesiąc życia.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu śmierci Twojego Dziecka rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko śmierć dziecka, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie, jeżeli śmierć Dziecka została spowodowana Wypadkiem.
6. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała śmierć dziecka lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie śmierć dziecka,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
7. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie śmierci Dziecka.
9. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantcie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

10. Świadczenie z tytułu śmierci Dziecka wypłacimy Ci w wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień śmierci Dziecka.
11. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;

- 3) odpisu aktu zgonu Dziecka;
- 4) w przypadku przysposobienia dziecka – prawomocnego postanowienia sądu o przysposobieniu;
- 5) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci Dziecka;
- 6) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

12. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu śmierci Twojego Dziecka w związku z:
 - 1) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Dziecko w ciągu 2 lat od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową.
13. Do okresu 2 lat w odniesieniu do popełnienia samobójstwa zaliczamy okres opłacania składek z:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała śmierć dziecka lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie śmierć dziecka.
14. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
15. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie śmierci dziecka.
16. W okresie 2 lat nasz odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantcie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

§ 65 Śmierć dziecka w wyniku wypadku

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 65 zwroty oznaczają:
 - 1) **Dziecko** – Twoje własne dziecko lub dziecko Twojego Małżonka albo Partnera, którego urodzenie zostało potwierdzone aktem urodzenia wskazującym Ciebie jako rodzica, lub Twojego Małżonka albo Partnera jako rodzica jeżeli nie jest Twoim dzieckiem, a także dziecko przysposobione przez Ciebie, lub przez Twojego Małżonka albo Partnera jeżeli nie zostało przysposobione przez Ciebie, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym;
 - 2) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Dziecka, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Dziecka w wyniku Wypadku w okresie trwania naszej odpowiedzialności, które miało ukończony 3 miesiąc życia.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu śmierci Twojego Dziecka w wyniku Wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko śmierci dziecka w wyniku wypadku, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego rozpoczyna się od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

5. Z tytułu śmierci Dziecka w wyniku Wypadku wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień śmierci Dziecka.
6. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) odpisu aktu zgonu Dziecka;
 - 4) w przypadku przysposobienia dziecka – prawomocnego postanowienia sądu o przysposobieniu;
 - 5) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci Dziecka;
 - 6) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

7. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu śmierci Twojego Dziecka w wyniku Wypadku w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Dziecko samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;

- 4) wykonywaniem przez Dziecko jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
- 5) działaniem Dziecka po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 6) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Dziecko: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 7) rozpoznaniem u Dziecka zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z,
- 8) prowadzeniem przez Dziecko pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 9) wypadkiem lotniczym, jeżeli Dziecko nie było pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Dziecko lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
- 11) udziałem Dziecka w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping).

§ 66 Śmierć noworodka

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 66 zwroty oznaczają:
 - 1) **Śmierć noworodka** – urodzenie się martwego dziecka potwierdzone aktem urodzenia, w którym wymieniono Ciebie jako rodzica, lub Twojego Małżonka albo Partnera jako rodzica jeżeli nie jest Twoim dzieckiem, zawierające adnotację dotyczącą martwego urodzenia. Za śmierć noworodka rozumie się również śmierć dziecka potwierdzone aktem zgonu, w którym Ty jesteś wymieniony jako rodzic, lub Twój Małżonek albo Partner jest wymieniony jako rodzic jeżeli nie jest Twoim dzieckiem, które przyszło na świat żywe i które w dniu śmierci nie ukończyło 3. miesiąca życia;
 - 2) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia noworodka, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu noworodka, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Śmierć noworodka w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu Śmierci noworodka, rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko śmierć noworodka, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisu jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie, jeżeli Śmierć noworodka została spowodowana Wypadkiem.
6. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała śmierć noworodka lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie śmierć noworodka,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
7. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.

8. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie śmierci noworodka.
9. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariancie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

10. Świadczenie z tytułu Śmierci noworodka wypłacimy Ci w wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Śmierci noworodka.
11. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zjściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) odpisu aktu urodzenia dziecka z adnotacją o martwym urodzeniu lub odpis skróconego aktu zgonu dziecka;
 - 4) karty zgonu lub innego dokumentu medyczny stwierdzający przyczynę Śmierci noworodka;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

12. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Śmierci noworodka w związku z:
 - 1) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
 - 2) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową.

§ 67 Urodzenie się dziecka

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 67 zwroty oznaczają:
 - 1) **Katalog Wad wrodzonych** – katalog będący załącznikiem do OWU;
 - 2) **Urodzenie dziecka** – urodzenie się żywego dziecka potwierdzone aktem urodzenia, w którym wymieniono Ciebie jako rodzica, lub Twojego Małżonka albo Partnera jako jego rodzica jeżeli nie jest Twoim dzieckiem. Za Urodzenie dziecka uznaje się także przysposobienie dziecka przez Ciebie, lub przez Twojego Małżonka albo Partnera jeżeli nie zostało przysposobione przez Ciebie, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym;
 - 3) **Wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie zarodkowym lub płodowym, stwierdzony przez lekarza do ukończenia przez dziecko 3. roku życia, może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty. Lista wad wrodzonych znajduje się w Katalogu Wad wrodzonych.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Urodzenie się dziecka w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu Urodzenia się dziecka rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 10 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko urodzenie się dziecka, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 10 miesięcy Karencji licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie za Urodzenie się dziecka z Wadą wrodzoną, wymienioną w Katalogu Wad wrodzonych i stwierdzoną w okresie trwania naszej odpowiedzialności.
6. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała urodzenie się dziecka lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie urodzenie się dziecka,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
7. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie urodzenia się dziecka.
9. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariancie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

10. Jeżeli urodzi Ci się dziecko, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Urodzenia dziecka lub w przypadku przysposobienia na dzień uprawomocnienia się postanowienia o przysposobieniu dziecka z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
11. Jeżeli w okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia urodzi Ci się kolejne dziecko, powiększymy Świadczenie o kwotę wskazaną w Umowie ubezpieczenia.
12. Poprzez kolejne dziecko uważa się urodzenie co najmniej drugiego dziecka w okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia. Wypłacimy Świadczenie z tytułu Urodzenia kolejnego dziecka, również w przypadku gdy zostało wypłacone Świadczenie za urodzenie dziecka w poprzednim ubezpieczeniu Warta Dla Ciebie i Rodziny.
13. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka;
 - 4) w przypadku przysposobienia Dziecka – prawomocnego postanowienia sądu o przysposobieniu;
 - 5) w przypadku Urodzenia dziecka z Wadą wrodzoną – dokumentacji medycznej potwierdzającej Wadę wrodzoną;
 - 6) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 68 Urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 68 zwroty oznaczają:
 - 1) **Katalog Wad wrodzonych** – katalog będący załącznikiem do OWU;
 - 2) **Urodzenie dziecka** – urodzenie się żywego dziecka potwierdzone aktem urodzenia, w którym wymieniono Ciebie jako rodzica, lub Twojego Małżonka albo Partnera jako jego rodzica jeżeli nie jest Twoim dzieckiem. Za Urodzenie dziecka uznaje się także przysposobienie dziecka przez Ciebie, lub przez Twojego Małżonka albo Partnera jeżeli nie zostało przysposobione przez Ciebie, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym;
 - 3) **Wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie zarodkowym lub płodowym, stwierdzony przez lekarza do ukończenia przez dziecko 3. roku życia. Może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty, znajdujący się w Katalogu Wad wrodzonych.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną w okresie trwania naszej odpowiedzialności wymienioną w Katalogu wad wrodzonych.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu Urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego rozpoczyna się od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. Nasza odpowiedzialność dotyczy jednej Wady wrodzonej.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

6. Świadczenie z tytułu Urodzenia się dziecka z Wadą wrodzoną wypłacimy Ci w wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, na dzień Urodzenia dziecka z Wadą wrodzoną.
7. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka;
 - 4) w przypadku przysposobienia dziecka – prawomocnego postanowienia sądu o przysposobieniu;
 - 5) w przypadku Urodzenia dziecka z Wadą wrodzoną – dokumentacji medycznej potwierdzającej Wadę wrodzoną;
 - 6) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 69 Urodzenie się wnuka

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 69 zwroty oznaczają:
 - 1) **Katalog Wad wrodzonych** – katalog będący załącznikiem do OWU;
 - 2) **Urodzenie wnuka** – urodzenie się żywego dziecka Twojej córce lub Twojemu synowi potwierdzone aktem urodzenia, w którym Twoja córka lub Twój syn jest wymieniona/y jako jego rodzic. Za Urodzenie się wnuka uznaje się także przysposobienie przez Twoją córkę lub Twojego syna dziecka zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym;
 - 3) **Wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie zarodkowym lub płodowym, stwierdzony przez lekarza do ukończenia przez dziecko 3. roku życia. Może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty. Lista wad wrodzonych znajduje się w Katalogu Wad wrodzonych.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Urodzenie się wnuka w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu Urodzenia się wnuka rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 10 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko urodzenie się wnuka, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 10 miesięcy Karencji licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie za Urodzenie się wnuka z Wadą wrodzoną.
6. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała urodzenie się wnuka lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie urodzenie się wnuka,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
7. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie urodzenia się wnuka.
9. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, poprzednim Pakiecie dodatkowym, a wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

10. Jeżeli Urodzi Ci się wnuk, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Urodzenia wnuka lub w przypadku przysposobienia na dzień uprawomocnienia się postanowienia o przysposobieniu dziecka przez Twoją córkę lub Twojego syna, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
11. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zjściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) odpisu skróconego aktu urodzenia wnuka;
 - 4) w przypadku przysposobienia dziecka przez Twoją córkę lub Twojego syna – prawomocnego postanowienia sądu o przysposobieniu;
 - 5) w przypadku Urodzenia się wnuka z Wadą wrodzoną – dokumentacji medycznej potwierdzającej Wadę wrodzoną;
 - 6) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 70 Powstanie u dziecka trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne w ramach Pakietu dodatkowego „Dziecko”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 70 zwroty oznaczają:
 - 1) **Dziecko** – Twoje własne dziecko lub dziecko Twojego Małżonka albo Partnera, którego urodzenie zostało potwierdzone aktem urodzenia wskazującym Ciebie jako rodzica, lub Twojego Małżonka albo Partnera jako rodzica jeżeli nie jest Twoim dzieckiem, a także dziecko przysposobione przez Ciebie, lub przez Twojego Małżonka albo Partnera jeżeli nie zostało przysposobione przez Ciebie, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym;
 - 2) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy), wydający opinię w sprawie stanu zdrowia Dziecka na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 3) **Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku Wypadku** – tabela stanowiącą załącznik do OWU;
 - 4) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu polegające na jego trwałej dysfunkcji, fizycznej utracie lub całkowitej i trwałej utracie nad nim władzy, będące następstwem Wypadku, któremu Dziecko uległo w trakcie trwania naszej odpowiedzialności;
 - 5) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Dziecka, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie u Dziecka Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku w okresie trwania naszej odpowiedzialności.
3. Udzielamy ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku gdy Dziecko miało ukończony 3. miesiąc życia i nie ukończyło 26. roku życia w dniu Wypadku powodującego powstanie Trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

4. Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Dziecka Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka.
5. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko powstanie u dziecka trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego rozpoczyna się od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

6. Jeżeli powstanie u Dziecka Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Wypadku, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień wystąpienia Wypadku, za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
7. W razie uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje były upośledzone już przed Wypadkiem, ustalony u Dziecka stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu pomniejszy o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed Wypadkiem.
8. Rodzaj i stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest przez nas po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji w oparciu o Tabelę trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia Wypadku.
9. Zmiana rodzaju i stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) po 36 miesiącach od dnia Wypadku, nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia.
10. Jeżeli po wypłacie Świadczenia okaże się, że Trwały uszczerbek na zdrowiu wynikający z tego samego Wypadku powinien zostać zakwalifikowany do innego punktu Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku Wypadku, za który należna jest wypłata w wyższej wysokości wypłacimy dodatkową kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy Świadczeniem należnym za ten Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyższej wysokości, a kwotą Świadczenia które już wypłaciliśmy.
11. Świadczenie z tytułu powstania u Dziecka Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku, przysługuje maksymalnie za 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu za jeden Wypadek.
12. Mamy prawo skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie również przed Komisją lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
13. Na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich wypłacimy Ci Świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem a Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.
14. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Trwałego uszczerbku na zdrowiu u Dziecka;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

15. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu powstania u Dziecka Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Dziecko samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Dziecko jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) działaniem Dziecka po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 6) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Dziecko: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;

- 7) rozpoznaniem u Dziecka zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 8) prowadzeniem przez Dziecko pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 9) wypadkiem lotniczym, jeżeli Dziecko nie było pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Dziecko lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
- 11) udziałem Dziecka w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping).

§ 71 Pobyt dziecka w szpitalu

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne również w ramach Pakietu dodatkowego „Dziecko”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 71 zwroty oznaczają:
 - 1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu, niezależne od woli Dziecka, uzasadniające pobyt Dziecka w Szpitalu;
 - 2) **Dziecko** – Twoje własne dziecko lub dziecko Twojego Małżonka albo Partnera, którego urodzenie zostało potwierdzone aktem urodzenia wskazującym Ciebie jako rodzica, lub Twojego Małżonka albo Partnera jako rodzica jeżeli nie jest Twoim dzieckiem, a także dziecko przysposobione przez Ciebie, lub przez Twojego Małżonka albo Partnera jeżeli nie zostało przysposobione przez Ciebie, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym;
 - 3) **Dzień pobytu w Szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym miał miejsce pobyt Dziecka w Szpitalu, przy czym za pierwszy Dzień pobytu w Szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze Szpitala;
 - 4) **OIOM** – (oddział intensywnej opieki medycznej) – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia, objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzone w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia. Za OIOM uważa się również **OIOK** – oddział intensywnej opieki kardiologicznej, **OIT** – oddział intensywnej terapii oraz **OION** – oddział intensywnej opieki neurologicznej. W przypadku leczenia kardiologicznego – za pobyt na OIOK uznaje się też pobyt na oddziale kardiologicznym z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, a także na oddziale kardiologicznym na sali intensywnego nadzoru kardiologicznego, o ile stan zdrowia wymagał intensywnego nadzoru kardiologicznego i zostało to potwierdzone w karcie informacyjnej lub zaświadczeniu ze Szpitala o leczeniu w sali intensywnego nadzoru kardiologicznego;
 - 5) **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, w którym przez całą dobę wykonywane są kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem w rozumieniu tej definicji nie jest dom opieki, dom pomocy społecznej, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład opiekuńczo-leczniczy, ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
 - 6) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Dziecka, o charakterze losowym;
 - 7) **Wypadek w szkole** – wypadek Dziecka zakwalifikowany jako wypadek ucznia:
 - a) w szkole lub w innej ustawowo określonej jednostce systemu oświaty (albo w innym miejscu wyznaczonym przez te placówki oświatowe), w związku z uczestnictwem w zajęciach szkolnych, podczas których realizowany jest program nauczania lub
 - b) w związku z uczestnictwem w zajęciach organizowanych w szkole, której jest uczniem, poza lekcjami i obowiązującym programem szkolnym.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Dziecka w Szpitalu, które w dniu przyjęcia do Szpitala miało ukończony 3. miesiąc życia i nie ukończyło 26. roku życia oraz który rozpocznie się i będzie trwał w okresie naszej odpowiedzialności.
3. Obejmujemy ochroną:
 - 1) pobyt w Szpitalu w wyniku Wypadku lub Choroby, o ile będzie trwał co najmniej 1 dzień;
 - 2) pobyt w Szpitalu w wyniku Wypadku w szkole, o ile będzie trwał co najmniej 1 dzień;
 - 3) pobyt w Szpitalu na OIOM w wyniku Wypadku lub Choroby;
 w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

4. Nasza odpowiedzialność z tytułu pobytu Dziecka w Szpitalu lub na OIOM, w wyniku Choroby rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
5. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko pobyt dziecka w szpitalu lub na OIOM w wyniku choroby, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisys jako Początek okresu ubezpieczenia.
6. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie z tytułu pobytu Dziecka w Szpitalu lub na OIOM, w wyniku Wypadku, a także z tytułu pobytu w Szpitalu w wyniku Wypadku w szkole.
7. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała pobyt dziecka w szpitalu lub na OIOM, w wyniku Choroby lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie pobyt dziecka w szpitalu lub na OIOM, w wyniku Choroby,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
8. W przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
9. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony, okres opłacania składek oraz datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie pobytu dziecka w szpitalu lub na OIOM, w wyniku Choroby.
10. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek wypłacimy Świadczenie w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

11. Jeżeli pobyt Dziecka w Szpitalu rozpoczął się przed dniem Początku okresu ubezpieczenia i zakończył się po ww. dniu, otrzymasz Świadczenie wyłącznie za pobyt przypadający po dacie Początku okresu ubezpieczenia, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego i wypłaty Świadczenia w okresie Karencji.
12. Jeżeli pobyt Dziecka w Szpitalu, którego przyczyną będzie Choroba rozpocznie się w okresie Karencji, wypłacimy Ci Świadczenie wyłącznie za Dni pobytu w szpitalu przypadające po zakończeniu tego okresu.
13. Świadczenie wypłacimy Ci, pod warunkiem że pobyt Dziecka w Szpitalu w wyniku Choroby lub Wypadku będzie trwał co najmniej 1 dzień.
14. Jeżeli Dziecko będzie przebywało w Szpitalu, którego przyczyną jest Wypadek, Wypadek w szkole lub Choroba, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień rozpoczęcia pobytu w Szpitalu, za każdy Dzień pobytu w Szpitalu.
15. Jeżeli Dziecko będzie przebywać na OIOM, wypłacimy Ci Świadczenie za pobyt na OIOM w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień rozpoczęcia pobytu na OIOM.
16. W przypadku kilkukrotnych pobytów na OIOM w trakcie jednego nieprzerwanego pobytu w Szpitalu, Świadczenie przysługuje za jeden pobyt na OIOM.
17. Za pierwszy pobyt w Szpitalu spowodowany Wypadkiem w szkole, nie uważa się wcześniejszego pobytu na oddziale ratunkowym (SOR) lub na izbie przyjęć związanego z tym Wypadkiem.
18. Świadczenie z tytułu pobytu Dziecka w Szpitalu w wyniku Wypadku w szkole przysługuje, pod warunkiem, że pobyt w Szpitalu rozpocznie się nie później niż 14 dni po dniu od wystąpienia Wypadku w szkole oraz pobyt ten będzie pierwszym pobylem w Szpitalu spowodowanym danym Wypadkiem w szkole.
19. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego Dziecka;
 - 4) kopii dokumentacji potwierdzającej przyczynę i okoliczności Wypadku w szkole;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

20. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu pobytu Dziecka w Szpitalu lub na OIOM w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowniem popełnienia przez Dziecko samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Dziecko jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;

- 5) działaniem Dziecka po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 6) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Dziecko: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 7) rozpoznaniem u Dziecka zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 8) prowadzeniem przez Dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Dziecko lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
- 10) udziałem Dziecka w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 11) pełnieniem przez Dziecko służby wojskowej w jakimkolwiek kraju;
- 12) przeprowadzonymi u Dziecka operacjami plastycznymi i kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji:
 - a) rekonstrukcyjnych następstw Wypadków lub
 - b) wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym lub
 - c) w związku z chorobami nowotworowymi;
- 13) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem;
- 14) pozostawianiem przez Dziecko:
 - a) na oddziale dziennym, w hospicjum, w zakładzie opiekuńczo – leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej;
 - b) w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym;
 - c) na oddziale rehabilitacyjnym;
 - d) na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującym dalszą hospitalizacją.

§ 72 Ubezpieczenie lekowe związane z pobytem dziecka w szpitalu

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne w ramach Pakietu dodatkowego „Dziecko”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 72 zwroty oznaczają:
 - 1) **Dziecko** – Twoje własne dziecko lub dziecko Twojego Małżonka albo Partnera, którego urodzenie zostało potwierdzone aktem urodzenia wskazującym Ciebie jako rodzica, lub Twojego Małżonka albo Partnera jako rodzica jeżeli nie jest Twoim dzieckiem, a także dziecko przysposobione przez Ciebie, lub przez Twojego Małżonka albo Partnera jeżeli nie zostało przysposobione przez Ciebie, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym;
 - 2) **Dzień pobytu w Szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym miał miejsce pobyt Dziecka w Szpitalu, przy czym za pierwszy Dzień pobytu w Szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze Szpitala;
 - 3) **OIOM** – (oddział intensywnej opieki medycznej) – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia, objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzeni w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia. Za OIOM uważa się również **OIOK** – oddział intensywnej opieki kardiologicznej, **OIT** – oddział intensywnej terapii oraz **OION** – oddział intensywnej opieki neurologicznej. W przypadku leczenia kardiologicznego – za pobyt na OIOK uznaje się też pobyt na oddziale kardiologicznym z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, a także na oddziale kardiologicznym na sali intensywnego nadzoru kardiologicznego, o ile stan zdrowia wymagał intensywnego nadzoru kardiologicznego i zostało to potwierdzone w karcie informacyjnej lub zaświadczeniu ze Szpitala o leczeniu w sali intensywnego nadzoru kardiologicznego;
 - 4) **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, w którym przez całą dobę wykonywane są kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem w rozumieniu tej definicji nie jest dom opieki, dom pomocy społecznej, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład opiekuńczo-leczniczy, ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
 - 5) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Dziecka, o charakterze losowym;
 - 6) **Wypadek w szkole** – wypadek powstały w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu danego ryzyka ubezpieczeniowego, zakwalifikowany jako Wypadek w szkole przez organ do tego upoważniony lub w innej ustawowo określonej jednostce systemu oświaty albo w innym miejscu wyznaczonym przez te placówki oświatowe,

w związku z uczestniczeniem w zajęciach, podczas których realizowany jest pod nadzorem pedagogiczno-dydaktycznym program nauczania.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje ubezpieczenie lekowe po pobycie Dziecka w:
 - 1) Szpitalu w wyniku Wypadku lub Choroby;
 - 2) w Szpitalu w wyniku Wypadku w szkole;
 - 3) w Szpitalu na OIOM w wyniku Wypadku lub Choroby,w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem Dziecka w Szpitalu rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje niniejsze ryzyko, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego rozpoczyna się w dniu wskazanym w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

5. Jeżeli Dziecko będzie przebywać w Szpitalu, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na pierwszy dzień pobytu w Szpitalu.
6. Świadczenie wypłacimy, pod warunkiem że otrzymasz od nas Świadczenie z tytułu ryzyka pobyt dziecka w szpitalu.
7. Świadczenie otrzymasz od nas maksymalnie za 3 rozpoczęte pobyty w Szpitalu w Roku polisowym.
8. Jeżeli jednocześnie Dziecko będzie przebywało w Szpitalu oraz na OIOM, otrzymasz od nas jedno Świadczenie.
9. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych paragrafach mają zastosowanie zapisy ryzyka ubezpieczeniowego pobyt dziecka w szpitalu.

§ 73 Rekonwalescencja dziecka

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 73 zwroty oznaczają:
 - 1) **Dziecko** – Twoje własne dziecko lub dziecko Twojego Małżonka albo Partnera, którego urodzenie zostało potwierdzone aktem urodzenia wskazującym Ciebie jako rodzica, lub Twojego Małżonka albo Partnera jako rodzica jeżeli nie jest Twoim dzieckiem, a także dziecko przysposobione przez Ciebie, lub przez Twojego Małżonka albo Partnera jeżeli nie zostało przysposobione przez Ciebie, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym;
 - 2) **Dzień pobytu w Szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym miał miejsce pobyt Dziecka w Szpitalu, przy czym za pierwszy Dzień pobytu w Szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze Szpitala;
 - 3) **OIOM** – (oddział intensywnej opieki medycznej) – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia, objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzeni w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia. Za OIOM uważa się również **OIOK** – oddział intensywnej opieki kardiologicznej, **OIT** – oddział intensywnej terapii oraz **OION** – oddział intensywnej opieki neurologicznej. W przypadku leczenia kardiologicznego – za pobyt na OIOK uznaje się też pobyt na oddziale kardiologicznym z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, a także na oddziale kardiologicznym na sali intensywnego nadzoru kardiologicznego, o ile stan zdrowia wymagał intensywnego nadzoru kardiologicznego i zostało to potwierdzone w karcie informacyjnej lub zaświadczeniu ze Szpitala o leczeniu w sali intensywnego nadzoru kardiologicznego;
 - 4) **Rekonwalescencja dziecka** – okres powrotu Dziecka do zdrowia, następujący bezpośrednio po nieprzerwanym i trwającym minimum 14 dni pobycie Dziecka w Szpitalu;
 - 5) **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, w którym przez całą dobę wykonywane są kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem w rozumieniu tej definicji nie jest dom opieki, dom pomocy społecznej, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład opiekuńczo-leczniczy, ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
 - 6) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Dziecka, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Rekonwalescencję dziecka w wyniku pobytu w Szpitalu spowodowanego Chorobą lub Wypadkiem w okresie trwania naszej odpowiedzialności, w przypadku gdy Dziecko miało ukończony 3. miesiąc życia i nie ukończyło 26. roku życia w dniu przyjęcia Dziecka do Szpitala.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu Rekonwalescencji dziecka rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko rekonwalescencji dziecka, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego jest

ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopólisy jako Początek okresu ubezpieczenia.

5. W okresie 3 miesięcy Karencji nasza odpowiedzialność dotyczy Rekonwalescencji dziecka, której przyczyną jest pobyt w Szpitalu spowodowany Wypadkiem.
6. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała rekonwalescencje dziecka lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał rekonwalescencje dziecka,w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia.
7. W przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony, okres opłacania składek oraz datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie Rekonwalescencji dziecka.
9. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek, wypłacimy Świadczenie w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

10. Świadczenie wypłacimy Ci, pod warunkiem że pobyt w Szpitalu będzie trwał w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu niniejszego ryzyka minimum 14 dni.
11. Jeżeli Dziecko będzie przebywać na Rekonwalescencji poszpitalnej, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień rozpoczęcia przez Dziecko Rekonwalescencji poszpitalnej.
12. W ciągu Roku polisowego odpowiadamy za maksymalnie 3 Świadczenia z tytułu Rekonwalescencji dziecka.
13. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego Dziecka;
 - 4) zwolnienia lekarskiego wydanego przez Szpital;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

14. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Rekonwalescencji dziecka w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Dziecko samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Dziecko jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) działaniem Dziecka po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 6) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Dziecko: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 7) rozpoznaniem u Dziecka zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
 - 8) prowadzeniem przez Dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Dziecko lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
 - 10) udziałem Dziecka w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);

- 11) pełnieniem przez Dziecko służby wojskowej w jakimkolwiek kraju;
- 12) przeprowadzonymi u Dziecka operacjami plastycznymi i kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji:
 - a) rekonstrukcyjnych następstw Wypadków lub
 - b) wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym lub
 - c) w związku z chorobami nowotworowymi;
- 13) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem;
- 14) pozostawianiem przez Dziecko:
 - a) na oddziale dziennym, w hospicjum, w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej,
 - b) w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym,
 - c) na oddziale rehabilitacyjnym,
 - d) na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującą dalszą hospitalizacją.

§ 74 Wystąpienie u dziecka poważnego zachorowania

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne również w ramach Pakietu dodatkowego „Dziecko”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas zwroty w § 74 oznaczają:
 - 1) **Dziecko** – Twoje własne dziecko lub dziecko Twojego Małżonka albo Partnera, którego urodzenie zostało potwierdzone aktem urodzenia wskazującym Ciebie jako rodzica, lub Twojego Małżonka albo Partnera jako rodzica jeżeli nie jest Twoim dzieckiem, a także dziecko przysposobione przez Ciebie, lub przez Twojego Małżonka albo Partnera jeżeli nie zostało przysposobione przez Ciebie, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym;
 - 2) **Katalog poważnych zachorowań Dziecka** – katalog będący załącznikiem do OWU;
 - 3) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy), wydający opinię w sprawie stanu zdrowia Dziecka na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 4) **Poważne zachorowanie** – rodzaj poważnego zachorowania, wymieniony i zdefiniowany w Katalogu poważnych zachorowań;
 - 5) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Dziecka, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności;
 - 6) **Wystąpienie poważnego zachorowania** – zaistnienie w okresie naszej odpowiedzialności jednej z poniższych okoliczności: postawienie diagnozy, pobranie materiału do badania histopatologicznego, które potwierdziło obecność nowotworu złośliwego, przeprowadzenie operacji, rozpoczęcie specjalistycznego leczenia, kwalifikacja do przeszczepu lub jego wykonanie, wystąpienie Wypadku, które zostały wskazane w Katalogu poważnych zachorowań.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Dziecka Poważnego zachorowania określonego w Katalogu poważnych zachorowań, w przypadku gdy Dziecko miało ukończony 3. miesiąc życia i nie ukończyło 26. roku życia w dniu wystąpienia u Niego Poważnego zachorowania w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Dziecka Poważnego zachorowania rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisys jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. W okresie Karencji nasza odpowiedzialność ograniczona jest do Poważnego zachorowania będącego następstwem Wypadku.
6. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała wystąpienie u dziecka poważnego zachorowania (dany rodzaj poważnego zachorowania) lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał wystąpienie u dziecka poważnego zachorowania (dany rodzaj poważnego zachorowania),
 do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
7. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania.

9. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariancie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

10. Za Poważne zachorowanie z Katalogu poważnych zachorowań wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Wystąpienia poważnego zachorowania z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
11. Jeżeli wystąpi u Dziecka w okresie naszej odpowiedzialności ponownie ten sam rodzaj Poważnego zachorowania, wypłacimy Ci Świadczenie tylko za pierwsze z nich. Jednak, jeśli każde z tych zachorowań było wynikiem różnych Wypadków, przysługuje Ci Świadczenie za każde z nich.
12. Jeżeli wystąpią u Dziecka w okresie naszej odpowiedzialności co najmniej dwa różne Poważne zachorowania, nie ponosimy odpowiedzialności za te Poważne zachorowania, które pozostają w związku przyczynowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogennym, co Poważne zachorowanie, za które wypłaciliśmy Świadczenie.
13. Jeżeli wystąpią u Dziecka w okresie naszej odpowiedzialności co najmniej dwa Nowotwory złośliwe o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji wypłacimy Świadczenie tylko za pierwszy z nich.
14. Mamy prawo skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie również przed Komisją lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
15. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
- 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej Wystąpienie poważnego zachorowania u Dziecka;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

16. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu wystąpienia u Dziecka Poważnego zachorowania w związku z:
- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Dziecko samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Dziecko jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) działaniem Dziecka po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 6) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Dziecko: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 7) rozpoznaniem u Dziecka zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Dziecko lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
 - 9) zdiagnozowaniem w okresie trwania naszej odpowiedzialności Nowotworu złośliwego, będącego nawrotem, wznową lub przerzutem choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie 3 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia;
 - 10) zdiagnozowaniem w okresie trwania naszej odpowiedzialności Łagodnego nowotworu mózgu, Łagodnego nowotworu rdzenia kręgowego, będących nawrotem lub wznową, choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie 3 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia;
 - 11) zdiagnozowaniem w okresie trwania naszej odpowiedzialności Nowotworu złośliwego będącego nawrotem, wznową lub przerzutem choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie 3 lat przed rozszerzeniem zakresu ochrony o Pakiet dodatkowy zawierający to ryzyko ubezpieczeniowe;
 - 12) zdiagnozowaniem w okresie trwania naszej odpowiedzialności Łagodnego nowotworu mózgu, Łagodnego nowotworu rdzenia kręgowego, będących nawrotem lub wznową, choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie 3 lat przed rozszerzeniem zakresu ochrony o Pakiet dodatkowy zawierający to ryzyko ubezpieczeniowe.

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas zwroty w § 75 oznaczają:
 - 1) **Dziecko** – Twoje własne dziecko lub dziecko Twojego Małżonka albo Partnera, którego urodzenie zostało potwierdzone aktem urodzenia wskazującym Ciebie jako rodzica, lub Twojego Małżonka albo Partnera jako rodzica jeżeli nie jest Twoim dzieckiem, a także dziecko przysposobione przez Ciebie, lub przez Twojego Małżonka albo Partnera jeżeli nie zostało przysposobione przez Ciebie, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym;
 - 2) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu Dziecka, niezależne od jego woli, które zostały zdiagnozowane w okresie trwania naszej odpowiedzialności;
 - 3) **Katalog metod Leczenia specjalistycznego Dziecka** – wykaz metod Leczenia specjalistycznego wraz z ich definicjami oraz odpowiadającymi im wysokościami Świadczeń wyrażonymi jako procent Sumy ubezpieczenia, stanowiący załącznik do OWU;
 - 4) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy), wydający opinię w sprawie stanu zdrowia Dziecka na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 5) **Leczenie specjalistyczne** – jedną z metod leczenia zastosowaną u Dziecka, wymienioną i zdefiniowaną w Katalogu metod Leczenia specjalistycznego Dziecka;
 - 6) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Dziecka, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Leczenie specjalistyczne Dziecka na skutek Choroby lub Wypadku w okresie trwania naszej odpowiedzialności, określone w Katalogu metod leczenia specjalistycznego, w przypadku, gdy Dziecko miało ukończony 3. miesiąc życia i nie ukończyło 26. roku życia w dniu zastosowania jednej z metod.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu zastosowania u Dziecka Leczenia specjalistycznego rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko leczenie specjalistyczne dziecka, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień przeprowadzenia Leczenia specjalistycznego.
6. W okresie Karencji nie odpowiadamy za przeprowadzenie u Ciebie Leczenia specjalistycznego na skutek Choroby, jak również za rozpoczęcie Leczenia specjalistycznego w tym okresie.
7. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała leczenie specjalistyczne dziecka lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał leczenie specjalistyczne dziecka,
 do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
8. Ponosimy odpowiedzialność za Leczenie specjalistyczne Dziecka na skutek Choroby zdiagnozowanej przez lekarza lub Wypadku zaistniałego w okresie obowiązywania: Poprzedniej umowy ubezpieczenia która w swoim zakresie zawierała niniejsze ryzyko ubezpieczeniowe, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, który w swoim zakresie zawierał niniejsze ryzyko ubezpieczeniowe.
9. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
10. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie leczenia specjalistycznego dziecka.
11. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantcie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

12. Jeżeli zostanie u Dziecka przeprowadzone Leczenie specjalistyczne, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień przeprowadzenia Leczenia specjalistycznego, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikające z porównania Sum ubezpieczenia. Procent Sumy ubezpieczenia dla właściwej metody Leczenia specjalistycznego jest wskazany w Katalogu metod Leczenia specjalistycznego Dziecka.
13. Wypłacimy Ci tylko jedno Świadczenie z tytułu tej samej przeprowadzonej u Dziecka metody Leczenia specjalistycznego.
14. Wypłacimy Świadczenie wyłącznie za metody Leczenia specjalistycznego, które nie są powiązane przyczynowo z wcześniej zastosowanymi u Dziecka metodami Leczenia specjalistycznego, za które wypłaciliśmy Świadczenie, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego czynnika patogenne.
15. W przypadku przeprowadzenia u Dziecka w okresie naszej odpowiedzialności radioterapii i chemioterapii wypłacimy Ci Świadczenie wyłącznie za jedną ze wskazanych metod, która została przeprowadzona jako pierwsza.
16. W przypadku przeprowadzenia u Dziecka w okresie naszej odpowiedzialności ablacji wypłacimy wyłącznie jedno Świadczenie za metodę, która została przeprowadzona jako pierwsza, niezależnie od tego, jaką metodę przeprowadzono, tj. użycie prądu o częstotliwości radiowej, krioablacja punktowa lub krioablacja balonowa.
17. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie Leczenia specjalistycznego u Dziecka;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

18. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu zastosowania u Dziecka Leczenia specjalistycznego w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Dziecko samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Dziecko jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych,
 - 5) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Dziecko: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką.

§ 76 Druga opinia medyczna dziecka

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne w ramach
Pakietu dodatkowego „Druga opinia medyczna”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas zwroty w § 76 oznaczają:
 - 1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu Dziecka, niezależne od jego woli, które zostały zdiagnozowane w okresie trwania naszej odpowiedzialności;
 - 2) **Druga opinia medyczna** – pisemna opinia Lekarza konsultanta, wydawana na wniosek Dziecka albo jego opiekuna prawnego, która oparta jest na analizie dokumentacji medycznej dotyczącej zdrowia Dziecka, w zakresie poprawności ustalonej przez Lekarza prowadzącego diagnozy Choroby, podjętego leczenia, a jeżeli Dziecko lub jego opiekun prawny wyrazi taką prośbę – rokowania co do możliwości wyleczenia oraz jeżeli lekarz konsultant stwierdzi iż sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony – propozycję planu leczenia;
 - 3) **Dziecko** – Twoje własne dziecko lub dziecko Twojego Małżonka albo Partnera, którego urodzenie zostało potwierdzone aktem urodzenia wskazującym Ciebie jako rodzica, lub Twojego Małżonka albo Partnera jako rodzica jeżeli nie jest Twoim dzieckiem, a także dziecko przysposobione przez Ciebie, lub przez Twojego Małżonka albo Partnera jeżeli nie zostało przysposobione przez Ciebie, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym;
 - 4) **Lekarz konsultant** – lekarza medycyny, praktykujący poza terytorium Polski, o specjalności lekarskiej i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danej Choroby, który sporządza Drugą opinię medyczną;
 - 5) **Lekarz prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Dziecka w związku z Chorobą;
 - 6) **Świadczeniodawca** – podmiot, z którym zawarliśmy umowę dotyczącą realizacji Świadczeń w ramach tego ryzyka ubezpieczeniowego;
 - 7) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Dziecka, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności.

Co obejmujemy ochroną

2. W ramach umowy ubezpieczenia Dziecku przysługuje prawo do skorzystania z Drugiej opinii medycznej, w przypadku gdy Dziecko miało ukończony 3. miesiąc życia i nie ukończyło 26. roku życia w dniu zdiagnozowania u niego Choroby.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdiagnozowanie Choroby u Dziecka, które nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

4. Nasza odpowiedzialność z tytułu Drugiej opinii medycznej dziecka rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 2 miesięcy Karencji.
5. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko drugiej opinii medycznej dziecka, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego rozpoczyna się po upływie 2 miesięcy Karencji od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.
6. W okresie Karencji nasza odpowiedzialność dotyczy Drugiej opinii medycznej, w zakresie Choroby której przyczyną jest Wypadek.
7. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała drugą opinię medyczną dziecka lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie drugą opinię medyczną dziecka,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
8. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
9. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o Świadczenie muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie drugiej opinii medycznej dziecka.
10. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek, przysługuje Dziecku prawo do skorzystania z Drugiej opinii medycznej.

Jakie są zasady realizacji Świadczenia

11. Zakres Świadczenia obejmuje:
 - 1) wydanie opinii dotyczącej postawionej przez Lekarza prowadzącego diagnozy Choroby i dotychczas prowadzonego leczenia;
 - 2) udzielenie odpowiedzi na zadane przez Dziecko lub opiekuna prawnego pytania w związku z opiniowaną chorobą i stanem zdrowia Dziecka;
 - 3) propozycję planu leczenia, jeśli zdaniem Lekarza konsultanta zastosowany sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony;
 - 4) rokowania co do możliwości wyleczenia – jeżeli Dziecko lub jego opiekun prawny wyrazi taką prośbę we wniosku o wydanie Drugiej opinii medycznej.
12. W ramach Drugiej opinii medycznej za pośrednictwem Świadczeniodawcy:
 - 1) poinformujemy Dziecko lub opiekuna prawnego o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie Drugiej opinii medycznej i w razie potrzeby zobowiązujemy się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów;
 - 2) przetłumaczymy zebraną dokumentację na język angielski;
 - 3) prześlemy zebraną dokumentację do Lekarza konsultanta, specjalizującego się w danym schorzeniu;
 - 4) zapewnimy sporządzenie Drugiej opinii medycznej przez Lekarza konsultanta i jej przetłumaczenia na język polski;
 - 5) dostarczymy Drugą opinię medyczną Dziecku lub opiekunowi prawnemu lub na pisemny wniosek również Lekarzowi prowadzącemu.
13. W celu uzyskania Drugiej opinii medycznej Dziecko lub jego opiekun prawny powinien skontaktować się telefonicznie ze Świadczeniobiorcą pod numerem telefonu wskazanym we Wnioskopolisie (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).
14. Podczas telefonicznego zgłoszenia Dziecko lub jego opiekun prawny powinien podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Dziecka oraz Twoje;
 - 2) numer PESEL Dziecka oraz Twój;
 - 3) adres zamieszkania;
 - 4) numer Polisy;
 - 5) numer telefonu oraz adres e-mail do kontaktu zwrotnego;
 - 6) krótki opis dotyczący zdiagnozowanej Choroby.
15. Abyśmy mogli dostarczyć Drugą opinię medyczną, Dziecko lub jego opiekun prawny powinien zapewnić dostęp lub dostarczyć do Świadczeniodawcy wszystkie wymagane dokumenty, w szczególności:
 - 1) dokumentację medyczną dotyczącą zdiagnozowania Choroby;
 - 2) badania diagnostyczne uznane przez Lekarza konsultanta jako niezbędne do sporządzenia Drugiej opinii medycznej (nie pokrywamy kosztu tych badań);
 - 3) dokumentację medyczną dotyczącą leczenia zdiagnozowanej Choroby z ostatnich 12 miesięcy licząc od zgłoszenia wydania Drugiej opinii medycznej;
 - 4) formularze, o których wypełnienie zwrócił się do Dziecka lub jego opiekuna prawnego Świadczeniodawca;
 - 5) pisemną zgodę na zasięganie informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały Dziecku świadczeń zdrowotnych w zakresie opiniowanej Choroby;

- 6) pisemną zgodę na przekazywanie danych medycznych Dziecka do Lekarza konsultanta w celu uzyskania Drugiej opinii medycznej.
16. Świadczeniodawca przekazuje Dziecku lub jego opiekunowi prawnemu informację o trzech placówkach medycznych działających poza terytorium Polski, specjalizujących się w danej jednostce chorobowej odpowiadającej Chorobie zdiagnozowanej u Dziecka. Lekarz konsultant z wybranej przez Dziecko lub jego opiekuna prawnego placówki medycznej wyda Drugą opinię medyczną.
17. Druga opinia medyczna zostanie sporządzona i wysłana do Dziecka lub jego opiekuna prawnego w sposób uzgodniony z Dzieckiem lub jego opiekunem prawnym pocztą na adres zamieszkania lub na adres poczty elektronicznej.
18. Zarówno my, jak i Świadczeniodawca nie jesteśmy zobowiązani do dostarczenia Drugiej opinii medycznej, w przypadku gdy Lekarz prowadzący nie udostępni kopii dokumentacji medycznej i wyników badań dotyczących Choroby Dziecka. W przypadku, gdy Świadczeniodawca nie będzie w stanie zebrać dokumentacji medycznej dotyczącej Choroby Dziecka od Lekarza prowadzącego lub podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały Dziecku świadczeń zdrowotnych, Dziecko lub jego opiekun prawny będzie zobowiązany do samodzielnego dostarczenia tej dokumentacji i wyników badań.
19. Dziecko ma prawo do jednego Świadczenia z tytułu Drugiej opinii medycznej w stosunku do zdiagnozowania tej samej Choroby. W przypadku pogorszenia stanu zdrowia, związanego z Chorobą, dla której wydana została Druga opinia medyczna, które zostanie potwierdzone nowymi wynikami badań diagnostycznych, Dziecku przysługuje kolejna Druga opinia medyczna, jeżeli Dziecko lub jego opiekun prawny o nią zawnioskuje.
20. Informacje zawarte w Drugiej opinii medycznej są opinią uzupełniającą w stosunku do opinii wydanej przez Lekarza prowadzącego, a zakres wykorzystania Drugiej opinii medycznej powinien zostać uzgodniony z Lekarzem prowadzącym.
21. Zarówno my jak i Świadczeniodawca nie odpowiadamy za skutki jakichkolwiek działań lub zaniechania działań w oparciu o informacje zawarte w Drugiej opinii medycznej oraz za skutki i skuteczność wdrożenia proponowanych przez Lekarzy konsultantów planów leczenia.

§ 77 Śmierć rodzica oraz rodzica małżonka albo partnera

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas zwroty w § 77 oznaczają:
 - 1) **Małżonek** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z Tobą w związku małżeńskim;
 - 2) **Partner** – osoba wskazana we Wnioskopolisie lub w innym dokumencie, jako osoba z Tobą niespokrewniona, pozostająca z Tobą w nieformalnym związku i prowadząca z Tobą wspólne gospodarstwo domowe. Zarówno Ty, jak i Twój Partner w dniu wskazania przez Ciebie Partnera, a także w dniu zajścia zdarzenia nie możecie pozostawać w związku małżeńskim z osobą trzecią;
 - 3) **Rodzic** – oznacza:
 - a) Twojego biologicznego ojca lub Twoją biologiczną matkę lub
 - b) osobę, która Cię przysposobiła lub
 - c) Twojego ojczyma albo Twoją macochę, jeżeli nie żyje odpowiednio Twój biologiczny ojciec lub Twoja biologiczna matka, rozumianych jako osobę, która:
 - i. w dniu śmierci pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio Twoim biologicznym ojcem lub Twoją biologiczną matką lub
 - ii. jest wdową/wdowcem po Twoim biologicznym rodzicu, o ile nie zawarła ponownie związku małżeńskiego;
 - 4) **Rodzic Małżonka albo Partnera** – oznacza:
 - a) biologicznego ojca lub biologiczną matkę Małżonka albo Partnera lub
 - b) osobę, która przysposobiła Małżonka albo Partnera lub
 - c) ojczyma lub macochę Małżonka albo Partnera, jeżeli nie żyje odpowiednio jej/jego biologiczny ojciec lub biologiczna matka – rozumianych jako osobę, która:
 - i. w dniu śmierci pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio biologicznym ojcem lub biologiczną matką Małżonka albo Partnera lub
 - ii. jest wdową/wdowcem po biologicznym rodzicu Małżonka albo Partnera, o ile nie zawarła ponownie związku małżeńskiego,
 - d) w przypadku zmarłego Małżonka albo Partnera, jego biologicznego rodzica o ile na dzień śmierci rodzica Małżonka albo Partnera nie zawarłaś/eś ponownie związku małżeńskiego, nie pozostawałaś/eś w związku partnerskim ani nie byłaś/aś wskazana/y jako Partner przez inną osobę;
 - 5) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Partnera w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu śmierci Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Partnera rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka oraz jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko śmierć rodzica oraz rodzica małżonka albo partnera, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu

dodatkowego jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji, licząc od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.

5. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zgłosisz Partnera albo zmienisz Partnera, nasza odpowiedzialność względem zgłoszonego lub zmienionego Partnera rozpoczyna się od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego po dniu ww. zgłoszenia albo zmiany i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
6. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie, jeżeli śmierć Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Partnera została spowodowana Wypadkiem.
7. Jeżeli przed zawarciem Umowy ubezpieczenia byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała śmierć rodzica oraz rodzica małżonka albo partnera lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie śmierć rodzica oraz rodzica małżonka albo partnera,do okresu Karencji zaliczamy okres opłacania składek z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego.
8. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub poprzedniego Pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 31 dni przed Początkiem okresu ubezpieczenia, zaliczamy okres opłacania składek z Poprzedniej umowy ubezpieczenia, poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, poprzedniego Pakietu dodatkowego z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
9. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające: zakres ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia, okres opłacania składek i datę zakończenia Twojej ochrony, w zakresie śmierci rodzica oraz rodzica małżonka albo partnera.
10. W okresie Karencji, do którego zaliczamy okres opłacania składek nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantie ubezpieczenia lub poprzednim Pakiecie dodatkowym z wysokością Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

11. Świadczenie z tytułu śmierci Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Partnera wypłacimy Ci w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień śmierci.
12. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) odpisu aktu zgonu Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera;
 - 4) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera;
 - 5) dokumentu potwierdzającego pokrewieństwo w przypadku śmierci Rodzica Małżonka albo Partnera;
 - 6) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 78 Śmierć rodzica oraz rodzica małżonka albo partnera w wyniku wypadku

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas zwroty w § 78 oznaczają:
 - 1) **Małżonek** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z Tobą w związku małżeńskim;
 - 2) **Partner** – osoba wskazana we Wnioskopolisie lub w innym dokumencie, jako osoba z Tobą niespokrewniona, pozostająca z Tobą w nieformalnym związku i prowadząca z Tobą wspólne gospodarstwo domowe. Zarówno Ty, jak i Twój Partner w dniu wskazania przez Ciebie Partnera, a także w dniu zajścia zdarzenia nie możecie pozostawać w związku małżeńskim z osobą trzecią;
 - 3) **Rodzic** – oznacza:
 - a) Twojego biologicznego ojca lub Twoją biologiczną matkę lub
 - b) osobę, która Cię przysposobiła lub
 - c) Twojego ojczyma albo Twoją macochę, jeżeli nie żyje odpowiednio Twój biologiczny ojciec lub Twoja biologiczna matka, rozumianych jako osobę, która:
 - i. w dniu śmierci pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio Twoim biologicznym ojcem lub Twoją biologiczną matką lub
 - ii. jest wdową/wdowcem po Twoim biologicznym rodzicu, o ile nie zawarła ponownie związku małżeńskiego,
 - 4) **Rodzic Małżonka albo Partnera** – oznacza:
 - a) biologicznego ojca lub biologiczną matkę Małżonka albo Partnera lub
 - b) osobę, która przysposobiła Małżonka albo Partnera lub
 - c) ojczyma lub macochę Małżonka albo Partnera, jeżeli nie żyje odpowiednio jej/jego biologiczny ojciec lub biologiczna matka – rozumianych jako osobę, która:
 - i. w dniu śmierci pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio biologicznym ojcem lub biologiczną matką Małżonka albo Partnera lub
 - ii. jest wdową/wdowcem po biologicznym rodzicu Małżonka albo Partnera, o ile nie zawarła ponownie związku małżeńskiego,
 - d) w przypadku zmarłego Małżonka albo Partnera – jego biologicznego rodzica, o ile na dzień śmierci rodzica Małżonka albo Partnera nie zawarłaś/eś ponownie związku małżeńskiego, nie pozostawałaś/eś w związku partnerskim ani nie byłaś/eś wskazana/y jako Partner przez inną osobę;

- 5) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Partnera, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera, o charakterze losowym, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności.

Co obejmuje ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Partnera w wyniku Wypadku w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu śmierci Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Partnera w wyniku Wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka.
4. W przypadku rozszerzenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko śmierci rodzica oraz rodzica małżonka albo partnera w wyniku wypadku, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka w ramach tego Pakietu dodatkowego rozpoczyna się od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zgłosisz Partnera albo zmienisz Partnera, nasza odpowiedzialność względem zgłoszonego lub zmienionego Partnera rozpoczyna się od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego po dniu ww. zgłoszenia albo zmiany.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

6. Z tytułu śmierci Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Partnera w wyniku Wypadku wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień śmierci.
7. Świadczenie wypłacimy jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem a śmiercią Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera.
8. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) odpisu aktu zgonu Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera;
 - 4) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera;
 - 5) dokumentu potwierdzającego pokrewieństwo w przypadku śmierci Rodzica Małżonka albo Partnera;
 - 6) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

9. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu śmierci Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Partnera w wyniku Wypadku w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Partnera samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) wykonywaniem przez Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Partnera jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych;
 - 5) działaniem Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 6) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Partnera: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 7) rozpoznaniem u Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Partnera zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD 11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
 - 8) prowadzeniem przez Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Partnera pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 9) wypadkiem lotniczym, jeżeli Rodzic oraz Rodzica Małżonka albo Partnera nie był pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;

- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Partnera lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
- 11) udziałem Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Partnera w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping).

§ 79 Pakiet medyczny

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne również w ramach Pakietów dodatkowych:

- „Wsparcie Rodziców”,
- „Wypadek”,
- „Wypadek Małżonka/Partnera”,
- „Onkologiczny”,
- „Kardiologiczny”,
- „Choroby cywilizacyjne”.

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w § 79 zwroty oznaczają:
 - 1) **Badania medyczne** – procedury medyczne w zakresie badań: laboratoryjnych, radiologicznych, ultrasonograficznych, rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej, przeprowadzone na podstawie skierowania od Lekarza prowadzącego leczenie;
 - 2) **Centrum operacyjne** – podmiot, z którym zawarliśmy umowę dotyczącą realizacji Świadczeń w ramach tego Pakietu medycznego;
 - 3) **Choroba cywilizacyjna** – jedna z chorób wymienionych i zdefiniowanych w Katalogu chorób cywilizacyjnych, zdiagnozowana w okresie trwania naszej odpowiedzialności;
 - 4) **Choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca co najmniej 12 miesięcy, stale lub okresowo leczona oraz choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem Umowy ubezpieczenia lub przed rozszerzeniem zakresu ochrony o Pakiet dodatkowy „Wsparcie Rodziców”, oraz jej komplikacje;
 - 5) **Członkowie najbliższej rodziny** – Twoi biologiczni rodzice, Twoje biologiczne rodzeństwo lub biologiczne dzieci;
 - 6) **Droga** – wydzielony pas terenu składający się z jezdni, pobocza, chodnika, drogi dla pieszych lub drogi dla rowerów, łącznie z torowiskiem pojazdów szynowych znajdującym się w obrębie tego pasa, przeznaczony do ruchu lub postoju pojazdów lub ruchu osób. Definicja obejmuje również drogi osiedlowe oraz rowerowe;
 - 7) **Dziecko** – Twoje własne dziecko lub dziecko Twojego Małżonka albo Partnera, którego urodzenie zostało potwierdzone aktem urodzenia wskazującym Ciebie jako rodzica, lub Twojego Małżonka albo Partnera jako rodzica jeżeli nie jest Twoim dzieckiem, a także dziecko przysposobione przez Ciebie, lub przez Twojego Małżonka albo Partnera jeżeli nie zostało przysposobione przez Ciebie, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego miało ukończony 3 miesiąc życia i nie ukończyło 26. roku życia
 - 8) **Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu w następstwie Nagłego zachorowania lub Wypadku, trwający nieprzerwanie co najmniej 24 godziny, związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie;
 - 9) **Katalog chorób cywilizacyjnych** – wykaz Chorób cywilizacyjnych wraz z ich definicjami, stanowiący załącznik do OWU;
 - 10) **Katalog nowotworów w stadium przedinwazyjnym (in-situ) oraz innych nowotworów złośliwych** – katalog będący załącznikiem do OWU;
 - 11) **Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej** – lekarz internista, lekarz rodzinny lub lekarz pediatra;
 - 12) **Lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie Osoby uprawnionej na skutek zaistniałego Zdarzenia ubezpieczeniowego, niebędący Lekarzem uprawnionym;
 - 13) **Lekarz uprawniony** – lekarz konsultant Centrum operacyjnego;
 - 14) **Łagodny nowotwór mózgu** – wewnątrzczaszkowy, niezłośliwy nowotwór mózgu, opon lub nerwów czaszkowych, rozpoznany na podstawie wyników badań neuroobrazowych, immunologicznych lub histopatologicznych, wymagający usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego powodujący trwały ubytek neurologiczny.
Definicja nie obejmuje: guzów przysadki i szyszynki, torbieli, ziarniniaków, malformacji naczyńiowych.
Za Wystąpienie łagodnego nowotworu mózgu uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności;
 - 15) **Łagodny nowotwór rdzenia kręgowego** – wewnątrzkanalowy, niezłośliwy nowotwór rdzenia kręgowego i opon rdzenia, wymagający usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego powodujący trwały ubytek neurologiczny, rozpoznany na podstawie pozytywnych wyników badań dodatkowych obrazowych, immunologicznych lub histopatologicznych. Za Wystąpienie Łagodnego nowotworu rdzenia kręgowego uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności;
 - 16) **Miejsce pobytu** – wskazane przez Ciebie miejsce zamieszkania Osoby uprawnionej znajdujące się na terytorium Polski;
 - 17) **Nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu, wymagający udzielenia pomocy medycznej;

- 18) **Niepełnoletnie dziecko** – Twoje własne dziecko lub dziecko Twojego Małżonka albo Partnera jeżeli nie jest Twoim dzieckiem, którego urodzenie zostało potwierdzone aktem urodzenia wskazującym Ciebie lub Twojego Małżonka albo Partnera jako rodzica, a także dziecko przysposobione przez Ciebie lub przez Twojego Małżonka albo Partnera, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18. roku życia;
- 19) **Niestabilna dusznica bolesna** – powstały w okresie ubezpieczenia ostry zespół wieńcowy, w którym nie doszło do martwicy mięśnia serca, ale na skutek jego ostrego niedokrwienia konieczne było zastosowanie leczenia trombolitycznego lub przezskórnej angioplastyki.
Rozpoznanie niestabilnej dusznicy bolesnej musi być oparte na stwierdzeniu krytycznego zwężenia tętnicy wieńcowej w badaniu obrazowym (koronarografia lub angiotomografia tętnic wieńcowych) i współistnieniu co najmniej jednego z niżej wymienionych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- a) typowe objawy kliniczne ostrego niedokrwienia mięśnia serca,
 - b) nowe zmiany niedokrwienne w badaniu EKG.
- W przypadku, gdy nie przeprowadzono badania obrazującego tętnice wieńcowe, a decyzję o zastosowaniu leczenia trombolitycznego podjęto w oparciu o występowanie typowego zespołu klinicznego, konieczne jest udokumentowanie obu powyższych kryteriów.
Definicja niestabilnej dusznicy bolesnej nie obejmuje:
- a) każdego zdarzenia, które nie zostało potwierdzone jako ostry zespół wieńcowy przez lekarza specjalistę (kardiologa),
 - b) podwyższenia biomarkerów sercowych wynikających bezpośrednio z wykonania procedury kardiologicznej (angiografii wieńcowej);
- 20) **Nowotwór w stadium przedinwazyjnym** – zachorowanie na nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym in-situ (wymieniony w Katalogu nowotworów w stadium przedinwazyjnym (in-situ) oraz innych nowotworów złośliwych objętych ochroną ubezpieczeniową), charakteryzujący się ogniskowym, niekontrolowanym, miejscowym wzrostem komórek nowotworowych, ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i niepowodujący naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych. Rozpoznanie musi nastąpić w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu zachorowania Ubezpieczonego na Nowotwór w stadium przedinwazyjnym oraz musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym;
Za datę rozpoznania nowotworu przyjmuje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego;
- 21) **Nowotwór złośliwy** – zachorowanie na nowotwór złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Nasza ochrona obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka (w tym mięsaka skóry). Definicja nie obejmuje:
- a) raka nieinwazyjnego, raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji, raka o granicznej złośliwości, raka o niskim stopniu złośliwości oraz wszelkich zmian przedrakowych,
 - b) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0, T1c N0M0) lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7,
 - c) wszelkich nowotworów skóry z wyjątkiem: czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM, chłoniaka skóry oraz mięsaka skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1N0M0 według klasyfikacji TNM,
 - d) raka brodawkowego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0),
 - e) przewlekłej białaczki limfatycznej w stadium niższym niż stopień III według klasyfikacji Rai,
 - f) wczesne stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM,
 - g) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV.
- Za datę rozpoznania nowotworu przyjmuje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego w okresie naszej odpowiedzialności, które potwierdziło obecność nowotworu złośliwego. Jeśli z medycznego punktu widzenia wykonanie badania histopatologicznego nie jest możliwe lub jest ryzykowne, za datę rozpoznania przyjmuje się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności przez Lekarza specjalistę na podstawie dokumentacji medycznej;
- 22) **Osoba niesamodzielna** – osoba, która ze względu na zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki;
- 23) **Osoba uprawniona** – osoba, na rzecz której zrealizujemy Świadczenie;
- 24) **Osoba uprawniona do opieki** – osoba mieszkająca na terytorium Polski, którą wyznaczasz do sprawowania opieki nad Niepełnoletnimi dziećmi lub Osobami niesamodzielnymi;
- 25) **Opiekun Dziecka** – Ty, drugi rodzic Twojego Niepełnoletniego dziecka lub inna osoba, którą wyznaczysz do pobytu wraz z Niepełnoletnim dzieckiem w Szpitalu lub hotelu przyszpitalnym;
- 26) **Placówka medyczna** – Szpital, przychodnia lub inny podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą na terytorium Polski (za wyjątkiem sanatorium i lecznictwa uzdrowiskowego), działający w ramach systemu opieki zdrowotnej;
- 27) **Przemijający napad niedokrwienny** – powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, występujący nagle oraz samoistnie ustępujący zespół kliniczny ogniskowych zaburzeń czynności mózgu, utrzymujący się nie dłużej niż 24 godziny. Konieczne jest stwierdzenie obecności co najmniej dwóch wymienionych objawów neurologicznych:
- a) asymetrii twarzy,
 - b) zaburzenia widzenia,
 - c) spowolnienia mowy,

d) osłabienia siły mięśni kończyn.

Odpowiedzialnością z tytułu przemijającego napadu niedokrwiennego objęte są też przypadki, w których objawy występują dłużej niż 24 godziny, ale krócej niż 60 dni, jeśli w badaniach obrazowych nie uwidoczniło zmian typowych dla naczyniopochodnego uszkodzenia mózgu.

Definicja nie obejmuje:

- a) wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych,
- b) zaburzenia czynności mózgu i uszkodzenia mózgu spowodowanych niedotlenieniem o przyczynie zewnętrznej lub niedotlenieniem powstałym w przebiegu nagłego zatrzymania krążenia i/lub zatrzymania oddechu,
- c) choroby naczyń krwionośnych powodującej zaburzenia czynności siatkówki lub nerwu wzrokowego lub błędnika;

28) **Punkt naprawczy** – punkt obsługi i naprawy Rowerów;

29) **Rodziec** – oznacza:

- a) Twojego biologicznego ojca lub Twoją biologiczną matkę lub
- b) osobę, która Cię przysposobiła lub
- c) Twojego ojczyma albo Twoją macochę, jeżeli nie żyje odpowiednio Twój biologiczny ojciec lub Twoja matka – rozumianych jako osobę, która:
 - i. w dniu śmierci pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio Twoim biologicznym ojcem lub Twoją biologiczną matką lub
 - ii. jest wdową/wdowcem po Twoim biologicznym rodzicu, o ile nie zawarła ponownie związku małżeńskiego;

30) **Rodziec Małżonka albo Partnera** – oznacza:

- a) biologicznego ojca lub biologiczną matkę Małżonka albo Partnera lub
- b) osobę, która przysposobiła Małżonka albo Partnera lub
- c) ojczyma albo macochę Małżonka albo Partnera, jeżeli nie żyje odpowiednio jej/jego biologiczny ojciec lub biologiczna matka – rozumianych jako osobę, która:
 - i. w dniu śmierci pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio biologicznym ojcem lub biologiczną matką Małżonka albo Partnera lub
 - ii. jest wdową/wdowcem po biologicznym rodzicu Małżonka albo Partnera, o ile nie zawarła ponownie związku małżeńskiego;
- d) w przypadku zmarłego Małżonka albo Partnera – jego biologicznego rodzica, o ile na dzień śmierci rodzica Małżonka albo Partnera nie zawarłaś/eś ponownie związku małżeńskiego, nie pozostawałaś/eś w związku partnerskim ani nie byłaś/ś wskazana/y jako Partner przez inną osobę;

31) **Rower** – pojazd jednośladowy przeznaczony do poruszania się po drodze, napędzany siłą mięśni poruszającej się nim osoby za pomocą przekładni mechanicznej;

32) **Sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny (rotor), półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (m.in. sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy;

33) **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, w którym przez całą dobę wykonywane są kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem w rozumieniu tej definicji nie jest dom opieki, dom pomocy społecznej, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład opiekuńczo-leczniczy, ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;

34) **Świadczenie** – w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenie spełniane przez nas na rzecz Osoby uprawnionej;

35) **Świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł z nami umowę na realizację Świadczeń określonych w tym Pakiecie medycznym;

36) **Trudna sytuacja losowa** – śmierć Twoja, Twojego Dziecka, Małżonka albo Partnera, Rodziców lub Rodziców Małżonka albo Partnera, wystąpienie poważnego zachorowania u Ciebie, Małżonka albo Partnera lub Dziecka, urodzenie martwego dziecka przez Ciebie, Małżonka albo Partnera lub Dziecko, poronienie dziecka przez Ciebie, Małżonka albo Partnera lub Dziecko, zaistniałe w okresie trwania naszej odpowiedzialności;

37) **Udar mózgu** – powstałe w okresie trwania naszej odpowiedzialności nagłe, ogniskowe uszkodzenie tkanki mózgowej, w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmożgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu). Konieczne jest wystąpienie świeżych zmian naczyniopochodnych zaobserwowanych w badaniach obrazowych (np. w badaniu rezonansu magnetycznego lub badaniu tomografii komputerowej) i co najmniej jednego z poniższych kryteriów:

- a) stwierdzenie obecności ogniskowych objawów neurologicznych trwających ponad 24 godziny, ale krócej niż 60 dni albo
- b) stwierdzenie obecności ogniskowych objawów neurologicznych trwających krócej niż 24 godziny, jeżeli zastosowano leczenie trombolityczne. Odpowiedzialnością objęte są również przypadki udaru mózdzku, rdzenia przedłużonego, rdzenia kręgowego, które spełniają powyższe kryteria.

Definicja udaru mózgu nie obejmuje:

- a) epizodów pourazowego krwotoku śródmózgowego oraz pourazowego krwotoku podpajęczynówkowego,
- b) udaru mózgu, który wystąpił w nieokreślonej przeszłości lub takiego, którego daty wystąpienia nie można jednoznacznie określić,
- c) przemijającego napadu niedokrwiennego (TIA), ani odwracalnego niedokrwiennego deficytu neurologicznego (RIND),

wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych;

- 38) **Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym** – powstałe w okresie trwania naszej odpowiedzialności nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmożgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych, znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie udaru musi zostać potwierdzone wystąpieniem świeżych zmian naczyniopochodnych zaobserwowanych w badaniach obrazowych (np. w badaniu rezonansu magnetycznego lub badaniu tomografii komputerowej).
- Odpowiedzialnością objęte są również przypadki udaru mózdzku, rdzenia przedłużonego, rdzenia kręgowego, które spełniają powyższe kryteria.
- Definicja nie obejmuje:
- a) epizodów pourazowego krwotoku śródmózgowego oraz pourazowego krwotoku podpajęczynówkowego,
 - b) udaru mózgu, dokonanego w nieokreślonej przeszłości lub takiego, którego daty wystąpienia nie można jednoznacznie określić,
 - c) przemijającego napadu niedokrwiennego (TIA) ani odwracalnego niedokrwiennego deficytu neurologicznego (RIND),
 - d) wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych;
- 39) **Użytkowanie Roweru** – jazda lub siedzenie na Rowerze, prowadzenie Roweru oraz wsiadanie i zsiadanie z Roweru;
- 40) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Twojego, Twojego Małżonka albo Partnera, Dziecka, Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Twojego, Twojego Małżonka albo Partnera, Dziecka, Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Rodzica Partnera, o charakterze losowym;
- 41) **Zawał serca** – powstała w okresie trwania naszej odpowiedzialności martwica części mięśnia sercowego, wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie zawału serca postawione przez lekarza prowadzącego 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. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, współistniejącego z co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - b) nowe zmiany niedokrwienne w badaniu EKG,
 - c) uwidocznione w badaniach obrazowych nowe ubytki żywego mięśnia sercowego lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej.
- Ochroną objęte są także zawały serca, które wystąpiły w trakcie zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej oraz operacji pomostowania aortalno-wieńcowego.
- Definicja nie obejmuje:
- a) innych ostrych zespołów wieńcowych, w których nie wykazano dowodów na dokonanie się martwicy mięśnia serca,
 - b) każdego zdarzenia, które nie zostało potwierdzone jako zawał serca przez lekarza specjalistę (kardiologa),
 - c) podwyższenia biomarkerów sercowych, wynikających z zabiegu diagnostycznej angiografii wieńcowej;
- 42) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie, które wystąpiło w okresie naszej odpowiedzialności, objęte zakresem ubezpieczenia:
- a) doznanie przez Ciebie, Twojego Małżonka albo Partnera, Dziecko, Niepełnoletnie dziecko, Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera obrażeń ciała w wyniku Wypadku,
 - b) wystąpienie u Ciebie, Twojego Małżonka albo Partnera, Dziecka, Niepełnoletniego dziecka, Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera Nagłego zachorowania,
 - c) urodzenie się Dziecka,
 - d) wystąpienie u Ciebie, Twojego Małżonka albo Partnera lub Dziecka Trudnej sytuacji losowej,
 - e) wystąpienie u Ciebie Choroby cywilizacyjnej,
 - f) wydanie Ci karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DILO) albo skierowanie Cię przez Lekarza prowadzącego leczenie na badania w kierunku diagnostyki choroby onkologicznej,
 - g) wystąpienie u Ciebie Choroby cywilizacyjnej,
 - h) zachorowanie przez Ciebie lub przez Członka Twojej najbliższej rodziny na Nowotwór złośliwy,
 - i) zachorowanie przez Ciebie na Nowotwór w stadium przedinwazyjnym,
 - j) zachorowanie przez Ciebie na Łagodny nowotwór mózgu,
 - k) zachorowanie przez Ciebie na Łagodny nowotwór w rdzenia kręgowego,
 - l) zachorowanie przez Ciebie na Udar mózgu,
 - m) zachorowanie przez Ciebie na Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym,
 - n) zachorowanie przez Ciebie na Napad niedokrwienny,
 - o) zachorowanie przez Ciebie na Zawał serca,
 - p) zachorowanie przez Ciebie na Niestabilną dusznicę bolesną.

Co obejmujemy ochroną

2. Udzielamy ochrony ubezpieczeniowej oraz zobowiązujemy się do realizacji Świadczeń w ramach poniższych pakietów medycznych, zgodnie z zakresem wskazanym przez Ciebie we Wnioskopolisie albo w aneksie do Wnioskopolisy:
- 1) „Dla Rodziny”,
 - 2) „Dla Ciebie 66 Plus”,
 - 3) „Wsparcie Rodziców”,
 - 4) „Wypadek”,
 - 5) „Wypadek Małżonka albo Partnera”,
 - 6) „Onkologiczny”,

- 7) „Kardiologiczny”,
- 8) „Choroby cywilizacyjne”.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu pakietu medycznego rozpoczyna się w dniu wskazanym we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka.
4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe pakiet medyczny, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego rozpoczyna się od dnia wskazanego w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.
5. W przypadku rozszerzenia Umowy ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy „Wypadek” lub Pakiet dodatkowy „Wypadek Małżonka albo Partnera” limit kwotowy świadczeń w zakresie zawartego w nim Pakietu medycznego „Wypadek”, Pakietu medycznego „Wypadek Małżonka albo Partnera” kumuluje się z limitami kwotowymi świadczeń wskazanymi w Pakiecie medycznym „Dla Rodziny”. Kumulacja, o której mowa powyżej nie dotyczy limitów ilościowych zdarzeń.

Pakiet medyczny „DLA RODZINY”

6. W ramach zakresu pakietu medycznego „Dla Rodziny”, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizujemy oraz pokryjemy koszty Świadczeń wskazanych poniżej, do limitów oraz podlimitów na danych świadczeniach określonych w Tabeli nr 5. Limity te obowiązują dla każdej Osoby uprawnionej w danym Roku polisowym. Zakres świadczeń obejmuje:
 - 1) **Transport medyczny** – jeżeli Osoba uprawniona wymaga transportu medycznego:
 - a) z Miejsca pobytu do Placówki medycznej,
 - b) z Placówki medycznej do innej Placówki medycznej,
 - c) z Placówki medycznej do Miejsca pobytu,zapewnimy organizację i pokryjemy jego koszty. Transport jest organizowany, o ile według wiedzy Lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od Lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia Osoby uprawnionej;
 - 2) **Pobyt opiekuna w razie Hospitalizacji Niepełnoletniego dziecka** – jeżeli Niepełnoletnie dziecko jest Hospitalizowane, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty noclegów jednego Opiekuna Niepełnoletniego dziecka w Szpitalu albo hotelu przyszpitalnym;
 - 3) **Prywatne lekcje dla Niepełnoletniego dziecka** – jeżeli stan zdrowia Niepełnoletniego dziecka wymaga jego Hospitalizowania lub przebywania w Miejscu pobytu przez okres co najmniej 7 dni, na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego leczenie zapewnimy organizację i pokryjemy koszty prywatnych lekcji w Miejscu pobytu, w okresie do 90 dni od daty ww. zalecenia;
 - 4) **Opieka nad Niepełnoletnimi dziećmi/Osobami niesamodzielnymi** – jeżeli zgodnie z informacją uzyskaną przez Lekarza uprawnionego od Lekarza prowadzącego leczenie Osoba uprawniona będzie Hospitalizowana przez okres co najmniej 3 dni, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty:
 - a) przewozu Niepełnoletnich dzieci/Osób niesamodzielnych w towarzystwie Osoby uprawnionej do opieki do Miejsca pobytu Osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe) albo
 - b) przewozu Osoby uprawnionej do opieki nad Niepełnoletnimi dziećmi/Osobami niesamodzielnymi z jej Miejsca pobytu do Miejsca pobytu Niepełnoletnich dzieci/Osoby niesamodzielnej i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe);
 - 5) **Dostawa Sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie, Osoba uprawniona powinna używać Sprzętu rehabilitacyjnego, zapewnimy organizację oraz pokryjemy koszty transportu wypożyczonego lub zakupionego Sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca pobytu oraz odbiór wypożyczonego sprzętu;
 - 6) **Dostawa leków** – jeżeli zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie Osoba uprawniona wymaga leżenia, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty dostarczenia leków do Miejsca pobytu. Nie pokryjemy kosztów zakupu leków. Nie odpowiadamy za braki w asortymencie leków w aptekach;
 - 7) **Trener fitness** – jeżeli Osoba uprawniona, która doznała obrażeń ciała w wyniku Wypadku lub była Hospitalizowana wskutek Nagłego zachorowania przez okres co najmniej 30 dni, zapewnimy organizację zajęć z trenerem fitness w celu przywrócenia zdrowia i pokryjemy koszty tych zajęć;
 - 8) **Opieka domowa po Hospitalizacji** – jeżeli Osoba uprawniona jest Hospitalizowana przez okres co najmniej 3 dni i jednocześnie z uwagi na stan zdrowia, wynikający ze Zdarzenia ubezpieczeniowego konieczna jest po zakończeniu Hospitalizacji pomoc w prowadzeniu domu, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty opieki domowej. Usługa obejmuje: pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobieniu drobnych zakupów, utrzymaniu czystości w domu przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez Osobę uprawnioną: sprzątaniu podłóg na sucho i na mokro, ścieraniu kurzy z mebli i parapetów, odkurzaniu dywanów i wykładzin, sprzątaniu łazienki, zmywaniu naczyń, czyszczeniu zlewu, czyszczeniu płyty kuchennej, wyrzucaniu śmieci, podlewaniu kwiatów. Świadczenie nie obejmuje kosztów zakupu materiałów i sprzętów;
 - 9) **Opieka pielęgniarska po Hospitalizacji** – jeżeli Osoba uprawniona jest Hospitalizowana przez okres powyżej 5 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie istnieje konieczność opieki pielęgniarskiej, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty pomocy pielęgniarki;
 - 10) **Wizyta pielęgniarki** – zapewnimy Osobie uprawnionej organizację i pokryjemy koszty wizyty pielęgniarki;
 - 11) **Transport Osoby uprawnionej i Roweru po Wypadku** – jeżeli Osoba uprawniona podczas Użytkowania Roweru na Drodze dozna obrażeń ciała oraz Rower, na którym się poruszała ulegnie uszkodzeniu lub zniszczeniu, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty transportu Roweru i Osoby uprawnionej z miejsca Wypadku do Miejsca pobytu lub do Punktu naprawczego oddalonego maksymalnie 50 km od miejsca Wypadku;

- 12) **Naprawa Roweru po Wypadku** – jeżeli w wyniku Wypadku powstałego w trakcie Użytkowania Roweru na Drodze, podczas którego Osoba uprawniona dozna obrażeń ciała oraz Rower, na którym się poruszała uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty naprawy Roweru. Nie pokryjemy kosztów materiałów oraz części zamiennych niezbędnych do dokonania naprawy;
- 13) **Wizyta położnej** – zapewnimy Osobie uprawnionej organizację i pokryjemy koszt wizyty położnej w Miejscu pobytu, w okresie do 30 dni od daty urodzenia się Dziecka;
- 14) **Trener fitness (po urodzeniu się Dziecka)** – zapewnimy organizację i pokryjemy koszty zajęć z trenerem fitness, w okresie do 6 miesięcy od daty, w której urodziłaś Dziecko;
- 15) **Pomoc psychologa w Trudnej sytuacji losowej** – zapewnimy Osobie uprawnionej organizację wizyty u psychologa oraz pokryjemy jej koszty;
- 16) **Rower** – pojazd jednośladowy przeznaczony do poruszania się po drodze, napędzany siłą mięśni poruszającej się nim osoby za pomocą przekładni mechanicznej;
- 17) **Rehabilitacja** – jeżeli zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego leczenie Osoba uprawniona wymaga rehabilitacji, zapewnimy organizację procesu rehabilitacji, pokryjemy koszty rehabilitanta oraz koszty zleconych zabiegów w Miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej;
- 18) **Użytkowanie Roweru** – jazda lub siedzenie na Rowerze, prowadzenie Roweru oraz wsiadanie i zsiadanie z Roweru;
- 19) **Zakup lub wypożyczenie Sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie Osoba uprawniona powinna używać Sprzętu rehabilitacyjnego, zapewnimy organizację, pokryjemy koszty wypożyczenia albo zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego;
- 20) **Wizyty u lekarza pierwszego kontaktu** – zapewnimy organizację i pokryjemy koszt wizyty:
 - a) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Miejscu pobytu Osoby uprawnionej lub
 - b) Osoby uprawnionej w Placówce medycznej;
- 21) **Wizyty u lekarza specjalisty** – jeżeli Osoba uprawniona zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza pierwszego kontaktu lub Lekarza prowadzącego leczenie, wymaga wizyty u lekarza specjalisty, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty wizyty w Placówce medycznej u lekarza specjalisty w zakresie: kardiologii, gastroenterologii, reumatologii, pulmonologii, neurologii, ortopedii, chirurgii ogólnej, laryngologii, ginekologii, urologii, okulistyki, pediatrii;
- 22) **Konsultacja telefoniczna z lekarzem pierwszego kontaktu** – zapewnimy organizację i pokryjemy koszty telekonsultacji lekarskiej.

Tabela nr 5 Pakiet medyczny w Wariancie „Dla Rodziny”

Lp.	Zakres Świadczeń	Limit Świadczeń w Roku polisowym dla każdej Osoby uprawnionej	Nagłe zachorowanie	Obrażenia ciała w wyniku Wypadku	Urodzenie się Dziecka	Trudna sytuacja losowa	Osoba uprawniona do Świadczenia
1.	Transport medyczny	Łączna kwota 10 000 zł na Zdarzenie, limit: 3 Zdarzenia w Roku polisowym, w tym podlimit dla: a) Rehabilitacji – 2000 zł na jedno Zdarzenie w Roku polisowym oraz b) Zakupu lub wypożyczenia Sprzętu rehabilitacyjnego – 2000 zł na jedno Zdarzenie w Roku polisowym.	TAK	TAK	NIE	NIE	Ty, Małżonek albo Partner, Dziecko
2.	Pobyt opiekuna w razie Hospitalizacji Niepełnoletniego dziecka		TAK	TAK	NIE	NIE	Ty, Małżonek albo Partner
3.	Prywatne lekcje dla Niepełnoletniego dziecka		TAK	TAK	NIE	NIE	Niepełnoletnie dziecko
4.	Opieka nad Niepełnoletnimi dziećmi/Osobami niesamodzielnymi		TAK	TAK	NIE	NIE	Ty, Małżonek albo Partner
5.	Dostawa Sprzętu rehabilitacyjnego		TAK	TAK	NIE	NIE	Ty, Małżonek albo Partner, Dziecko
6.	Dostawa leków		TAK	TAK	NIE	NIE	Ty, Małżonek albo Partner, Dziecko
7.	Trener fitness		TAK	TAK	NIE	NIE	Ty, Małżonek albo Partner
8.	Opieka domowa po Hospitalizacji		TAK	TAK	NIE	NIE	Ty, Małżonek albo Partner, Dziecko
9.	Opieka pielęgniarska po Hospitalizacji		TAK	TAK	NIE	NIE	Ty, Małżonek albo Partner, Dziecko
10.	Wizyta pielęgniarki		TAK	TAK	NIE	NIE	Ty, Małżonek albo Partner, Dziecko
11.	Transport Osoby uprawnionej i Roweru po Wypadku		TAK	TAK	NIE	NIE	Ty, Małżonek albo Partner, Dziecko
12.	Naprawa Roweru po Wypadku		TAK	TAK	NIE	NIE	Ty, Małżonek albo Partner, Dziecko
13.	Wizyta położnej		NIE	NIE	TAK	NIE	Ty
14.	Trener fitness (po urodzeniu się Dziecka)		NIE	NIE	TAK	NIE	Ty
15.	Pomoc psychologa w Trudnej sytuacji losowej		NIE	NIE	NIE	TAK	Ty, Małżonek albo Partner, Dziecko
16.	Rehabilitacja		TAK	TAK	NIE	NIE	Ty, Małżonek albo Partner, Dziecko
17.	Zakup lub wypożyczenie Sprzętu rehabilitacyjnego		TAK	TAK	NIE	NIE	Ty, Małżonek albo Partner, Dziecko

Lp.	Zakres Świadczeń	Limit Świadczeń w Roku polisowym dla każdej Osoby uprawnionej	Nagłe zachorowanie	Obrażenia ciała w wyniku Wypadku	Urodzenie się Dziecka	Trudna sytuacja losowa	Osoba uprawniona do Świadczenia
18.	Wizyty u lekarza pierwszego kontaktu	10 wizyt (w przypadku zwrotu poniesionych kosztów – limit na jedną wizytę 400 zł)	TAK	TAK			Ty, Małżonek albo Partner, Dziecko
19.	Wizyty u lekarza specjalisty	10 wizyt (w przypadku zwrotu poniesionych kosztów – limit na jedną wizytę 400 zł)	TAK	TAK			Ty, Małżonek albo Partner, Dziecko
20.	Konsultacja telefoniczna z lekarzem pierwszego kontaktu	10 konsultacji	TAK	TAK			Ty, Małżonek albo Partner, Dziecko

Pakiet medyczny „DLA CIEBIE 66 PLUS”

7. W ramach zakresu pakietu medycznego „Dla Ciebie 66 Plus”, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizujemy oraz pokryjemy koszty Świadczeń wskazanych poniżej, do limitów określonych w Tabeli nr 6. Limity te obowiązują Ciebie w danym Roku polisowym. Zakres świadczeń obejmuje:

- 1) **Transport medyczny** – jeżeli wymagasz transportu medycznego:
 - a) z Miejsca pobytu do Placówki medycznej,
 - b) z Placówki medycznej do innej Placówki medycznej,
 - c) z Placówki medycznej do Miejsca pobytu,
 zapewnimy organizację i pokryjemy jego koszty. Transport jest organizowany, o ile według wiedzy Lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od Lekarza prowadzącego leczenie, nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie Twojego zdrowia lub życia;
- 2) **Wizyta Osoby bliskiej w razie Twojej Hospitalizacji** – jeżeli będziesz Hospitalizowana/y przez co najmniej 3 dni, zapewnimy dla jednej osoby wskazanej przez Ciebie:
 - a) zakwaterowanie w hotelu w pobliżu Szpitala, w którym się znajdujesz,
 - b) zwrot kosztów zakupu biletów autobusowych lub kolejowych w obydwie strony (do i ze Szpitala, w którym się znajdujesz);
- 3) **Opieka nad Osobą niesamodzielną** – jeżeli zgodnie z informacją uzyskaną przez Lekarza uprawnionego od Lekarza prowadzącego leczenie będziesz Hospitalizowana/y przez okres co najmniej 3 dni, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty:
 - a) przewozu Osoby niesamodzielną w towarzystwie Osoby uprawnionej do opieki do Miejsca pobytu Osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe) albo
 - b) przewozu Osoby uprawnionej do opieki nad Osobą niesamodzielną z jej Miejsca pobytu do Miejsca pobytu Osoby niesamodzielną i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe);
- 4) **Opieka nad zwierzętami** – jeżeli będziesz Hospitalizowana/y przez okres co najmniej 3 dni, zapewnimy organizację przewozu Twoich psów lub kotów do odpowiedniej placówki gwarantującej całodobową opiekę nad zwierzętami i pokryjemy koszty tego przewozu;
- 5) **Dostawa Sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie, powinnaś/ienieś używać Sprzętu rehabilitacyjnego, zapewnimy organizację oraz pokryjemy koszty transportu wypożyczonego lub zakupionego Sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca Twojego pobytu oraz odbiór wypożyczonego sprzętu;
- 6) **Dostawa leków** – jeżeli zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie wymagasz leżenia, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty dostarczenia leków do Miejsca Twojego pobytu. Nie pokryjemy kosztów zakupu leków. Nie odpowiadamy za braki w asortymencie leków w aptekach;
- 7) **Opieka domowa po Hospitalizacji** – jeżeli jesteś Hospitalizowana/y przez okres co najmniej 3 dni i jednocześnie z uwagi na stan zdrowia wynikający ze Zdarzenia ubezpieczeniowego konieczna jest po zakończeniu Hospitalizacji pomoc w prowadzeniu domu, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty opieki domowej. Usługa obejmuje: pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobieniu drobnych zakupów, utrzymaniu czystości w domu przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez Ciebie: sprzątaniu podłóg na sucho i na mokro, ścieraniu kurzy z mebli i parapetów, odkurzaniu dywanów i wykładzin, sprzątaniu łazienki, zmywaniu naczyń, czyszczeniu zlewu, czyszczeniu płyty kuchennej, wyrzucaniu śmieci, podlewaniu kwiatów. Świadczenie nie obejmuje kosztów zakupu materiałów i sprzętów;
- 8) **Konsultacja u laryngologa** – jeżeli Lekarz prowadzący Twoje leczenie wystawi Ci skierowanie do lekarza laryngologa, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty konsultacji laryngologa;

- 9) **Zakup aparatu słuchowego** – jeżeli lekarz laryngolog stwierdzi u Ciebie niedosłuch w wyniku Wypadku lub Nagłego zachorowania i wystawi Ci zlecenie na aparat słuchowy, na podstawie dostarczonego przez Ciebie rachunku potwierdzającego zakup aparatu słuchowego, zwrócimy jego koszt;
- 10) **Dostosowanie Miejsca pobytu** – jeżeli zostaniesz zakwalifikowany w orzeczeniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty dostosowania Miejsca pobytu do potrzeb osoby niepełnosprawnej. Zakres obejmuje oporęczowanie ciągów komunikacyjnych, WC i łazienek, montaż siedziska prysznicowego, montaż ceramiki lub armatury dostosowanej do osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim, podjazd dla wózka inwalidzkiego w domu jednorodzinnym. Świadczenie nie obejmuje kosztu zakupów materiałów i sprzętów;
- 11) **Wizyta pielęgniarki** – zapewnimy Ci organizację i pokryjemy koszty wizyty pielęgniarki;
- 12) **Badania medyczne** – jeżeli w wyniku Wypadku, zgodnie ze skierowaniem Lekarza prowadzącego leczenie, będziesz wymagał przeprowadzenia Badań medycznych, zorganizujemy i pokryjemy koszty tych badań;
- 13) **Rehabilitacja** – jeżeli zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego leczenie będziesz wymagał rehabilitacji, zapewnimy organizację procesu rehabilitacji, pokryjemy koszty rehabilitanta oraz koszty zleconych zabiegów w Miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej;
- 14) **Zakup lub wypożyczenie Sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie powinnaś/ienes używać Sprzętu rehabilitacyjnego, zapewnimy organizację, pokryjemy koszty wypożyczenia albo zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego;
- 15) **Pobyt w Sanatorium** – jeżeli będziesz przebywał/a w Szpitalu co najmniej 3 dni, a po Hospitalizacji otrzymasz od Lekarza prowadzącego leczenie skierowanie na przeprowadzenie leczenia sanatoryjnego, zorganizujemy i pokryjemy koszty Twojego pobytu w Sanatorium;
- 16) **Wizyty lekarskie** – zapewnimy organizację i pokryjemy koszt:
 - a) wizyty Lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Miejscu Twojego pobytu lub
 - b) Twojej wizyty w Placówce medycznej z Lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarzem specjalistą w zakresie: kardiologii, gastroenterologii, reumatologii, pulmonologii, neurologii, ortopedii, chirurgii ogólnej, laryngologii, ginekologii, urologii, okulistyki – na podstawie skierowania;
- 17) **Konsultacja telefoniczna z lekarzem pierwszego kontaktu** – zapewnimy organizację i pokryjemy koszty telekonsultacji lekarskiej.

Tabela nr 6 Pakiet medyczny w Wariancie „Dla Ciebie 66 Plus”

Lp.	Zakres Świadczeń	Limit Świadczeń w Roku polisowym	Zdarzenie ubezpieczeniowe		
			Nagłe zachorowanie	Obrażenia ciała w wyniku Wypadku	Osoba uprawniona do Świadczenia
1.	Transport medyczny	Łączna kwota 10 000 zł na Zdarzenie, limit: 3 Zdarzenia w Roku polisowym, w tym podlimit dla: a) Rehabilitacji – 3000 zł na jedno Zdarzenie w Roku polisowym, b) zakupu lub wypożyczenia Sprzętu rehabilitacyjnego – 3000 zł na jedno Zdarzenie w Roku polisowym; c) zakupu aparatu słuchowego – 3000 zł na jedno Zdarzenie w Roku polisowym oraz d) pobytu w Sanatorium 2000 zł za 1 pobyt, maksymalnie 1 pobyt w Roku polisowym.	TAK	TAK	Ty
2.	Wizyta Osoby bliskiej w razie Twojej Hospitalizacji		TAK	TAK	Ty
3.	Opieka nad Osobami niesamodzielnymi		TAK	TAK	Ty
4.	Opieka nad zwierzętami		TAK	TAK	Ty
5.	Dostawa Sprzętu rehabilitacyjnego		TAK	TAK	Ty
6.	Dostawa leków		TAK	TAK	Ty
7.	Opieka domowa po Hospitalizacji		TAK	TAK	Ty
8.	Konsultacja u laryngologa		TAK	TAK	Ty
9.	Zakup aparatu słuchowego		TAK	TAK	Ty
10.	Dostosowanie miejsca pobytu		TAK	TAK	Ty
11.	Wizyta pielęgniarki		TAK	TAK	Ty
12.	Badania medyczne		NIE	TAK	Ty
13.	Rehabilitacja		TAK	TAK	Ty
14.	Zakup lub wypożyczenie Sprzętu rehabilitacyjnego		TAK	TAK	Ty
15.	Pobyt w sanatorium		TAK	TAK	Ty
16.	Wizyty lekarskie	10 wizyt (w przypadku zwrotu poniesionych kosztów – limit na jedną wizytę 400 zł)	TAK	TAK	Ty
17.	Konsultacje telefoniczne z lekarzem	10 konsultacji	TAK	TAK	Ty

Pakiet medyczny „WSPARCIE RODZICÓW”

8. W ramach zakresu pakietu medycznego „Wsparcie Rodziców”, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizujemy oraz pokryjemy koszty Świadczeń wskazanych poniżej, do limitów określonych w Tabeli nr 7. Limity te obowiązują dla każdej z Osób uprawnionych w danym Roku polisowym. Zakres świadczeń obejmuje:
- 1) **Transport medyczny** – jeżeli Osoba uprawniona wymaga transportu medycznego:
 - a) z Miejsca pobytu do Placówki medycznej,
 - b) z Placówki medycznej do innej Placówki medycznej,
 - c) z Placówki medycznej do Miejsca pobytu,zapewnimy organizację i pokryjemy jego koszty. Transport jest organizowany, o ile według wiedzy Lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od Lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia Osoby uprawnionej;
 - 2) **Wizyta w razie Hospitalizacji Osoby uprawnionej** – jeżeli Osoba uprawniona będzie Hospitalizowana przez co najmniej 3 dni, zapewnimy dla jednej osoby wskazanej przez Osobę uprawnioną:
 - a) zakwaterowanie w hotelu w pobliżu Szpitala, w którym znajduje się Osoba uprawniona,
 - b) zwrot kosztów zakupu biletów autobusowych lub kolejowych w obydwie strony (do i ze Szpitala, w którym znajduje się Osoba uprawniona);
 - 3) **Opieka nad zwierzętami** – jeżeli Osoba uprawniona będzie Hospitalizowana przez okres co najmniej 3 dni, zapewnimy organizację przewozu psów lub kotów Osoby uprawnionej do odpowiedniej placówki gwarantującej całodobową opiekę nad zwierzętami i pokryjemy koszty tego przewozu;
 - 4) **Dostawa leków** – jeżeli zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie Osoba uprawniona wymaga leżenia, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty dostarczenia leków do Miejsca pobytu. Nie pokryjemy kosztów zakupu leków. Nie odpowiadamy za braki w asortymencie leków w aptekach;
 - 5) **Opieka domowa po Hospitalizacji** – jeżeli Osoba uprawniona jest Hospitalizowana przez okres co najmniej 3 dni i jednocześnie z uwagi na stan zdrowia wynikający ze Zdarzenia ubezpieczeniowego konieczna jest po zakończeniu Hospitalizacji pomoc w prowadzeniu domu, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty opieki domowej. Usługa obejmuje: pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobieniu drobnych zakupów, utrzymaniu czystości w domu przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez Osobę uprawnioną: sprzątaniu podłóg na sucho i na mokro, ścieraniu kurzy z mebli i parapetów, odkurzaniu dywanów i wykładzin, sprzątaniu łazienki, zmywaniu naczyń, czyszczeniu zlewu, czyszczeniu płyty kuchennej, wyrzucaniu śmieci, podlewaniu kwiatów. Świadczenie nie obejmuje kosztów zakupu materiałów i sprzętów;
 - 6) **Zakup aparatu słuchowego** – jeżeli lekarz laryngolog stwierdzi niedosłuch Osoby uprawnionej w wyniku Wypadku lub Nagłego zachorowania i wystawi jej zlecenie na aparat słuchowy, na podstawie dostarczonego przez Osobę uprawnioną rachunku potwierdzającego zakup aparatu słuchowego, zwrócimy jego koszt;
 - 7) **Dostosowanie Miejsca pobytu** – jeżeli Osoba uprawniona zostanie zakwalifikowana w orzeczeniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty dostosowania Miejsca pobytu do potrzeb osoby niepełnosprawnej. Zakres obejmuje oporęczowanie ciągów komunikacyjnych, WC i łazienek, montaż siedziska prysznicowego, montaż ceramiki lub armatury dostosowanej do osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim, podjazd dla wózka inwalidzkiego w domu jednorodzinnym. Świadczenie nie obejmuje kosztu zakupów materiałów i sprzętów;
 - 8) **Wizyta pielęgniarki** – zapewnimy Osobie uprawnionej organizację i pokryjemy koszty wizyty pielęgniarki;
 - 9) **Wizyty lekarskie** – zapewnimy organizację i pokryjemy koszt:
 - a) wizyty Lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Miejscu pobytu Osoby uprawnionej lub
 - b) wizyty Osoby uprawnionej w Placówce medycznej z Lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarzem specjalistą w zakresie: kardiologii, gastroenterologii, reumatologii, pulmonologii, neurologii, ortopedii, chirurgii ogólnej, laryngologii, ginekologii, urologii, okulistyki – na podstawie skierowania;
 - 10) **Konsultacja telefoniczna z lekarzem pierwszego kontaktu** – zapewnimy organizację i pokryjemy koszty telekonsultacji lekarskiej.

Tabela nr 7 Pakiet medyczny „Wsparcie Rodziców”

Lp.	Zakres Świadczeń	Limit Świadczeń w Roku polisowym dla każdej Osoby uprawnionej	Zdarzenie ubezpieczeniowe		Osoba uprawniona do Świadczenia
			Nagłe zachorowanie	Obrażenia ciała w wyniku Wypadku	
1.	Transport medyczny	Łączna kwota 10 000 zł na Zdarzenie, limit: 1 Zdarzenie w Roku polisowym, w tym podlimit dla: a) Zakupu aparatu słuchowego – 3000 zł na jedno Zdarzenie w Roku polisowym.	TAK	TAK	Twój Rodzic, Rodzic Twojego Małżonka albo Partnera
2.	Wizyta w razie Hospitalizacji Osoby bliskiej		TAK	TAK	Twój Rodzic, Rodzic Twojego Małżonka albo Partnera
3.	Opieka nad zwierzętami		TAK	TAK	Twój Rodzic, Rodzic Twojego Małżonka albo Partnera
4.	Dostawa leków		TAK	TAK	Twój Rodzic, Rodzic Twojego Małżonka albo Partnera
5.	Opieka domowa po Hospitalizacji		TAK	TAK	Twój Rodzic, Rodzic Twojego Małżonka albo Partnera
6.	Zakup aparatu słuchowego		TAK	TAK	Twój Rodzic, Rodzic Twojego Małżonka albo Partnera
7.	Dostosowanie miejsca pobytu		TAK	TAK	Twój Rodzic, Rodzic Twojego Małżonka albo Partnera
8.	Wizyta pielęgniarki		TAK	TAK	Twój Rodzic, Rodzic Twojego Małżonka albo Partnera
9.	Wizyty lekarskie	4 wizyty (w przypadku zwrotu poniesionych kosztów – limit na jedną wizytę 400 zł)	TAK	TAK	Twój Rodzic, Rodzic Twojego Małżonka albo Partnera
10.	Konsultacje telefoniczne z lekarzem pierwszego kontaktu	4 konsultacje	TAK	TAK	Twój Rodzic, Rodzic Twojego Małżonka albo Partnera

Pakiet medyczny „WYPADEK”

9. W ramach zakresu pakietu medycznego „Wypadek”, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizujemy oraz pokryjemy koszty Świadczeń wskazanych poniżej, do limitów określonych w Tabeli nr 8. Limity te obowiązują dla Ciebie w danym Roku polisowym. Zakres świadczeń obejmuje pomoc po Wypadku w zakresie:
- Rehabilitacji** – jeżeli zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego leczenie wymagasz rehabilitacji, zapewnimy organizację procesu rehabilitacji, pokryjemy koszty rehabilitanta oraz koszty zleconych zabiegów w Miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej;
 - Zakupu lub wypożyczenia Sprzętu rehabilitacyjnego** – jeśli zgodnie z zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie powinnaś/ienes używać Sprzętu rehabilitacyjnego, zorganizujemy i pokryjemy koszty wypożyczenia albo zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego;
 - Badań medycznych** – w przypadku, gdy zgodnie z pisemnym skierowaniem Lekarza prowadzącego leczenie, wymagasz przeprowadzenia Badań medycznych, zorganizujemy i pokryjemy koszty Badań medycznych;
 - Transportu medycznego** – jeżeli wymagasz transportu medycznego:
 - a) z Miejsca pobytu do Placówki medycznej,
 - b) z Placówki medycznej do innej Placówki medycznej,
 - c) z Placówki medycznej do Miejsca pobytu,
 zapewnimy organizację i pokryjemy jego koszty. Transport jest organizowany, o ile według wiedzy Lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od Lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia Osoby uprawnionej;
 - Transport Osoby uprawnionej i Roweru po Wypadku** – jeśli podczas Użytkowania Roweru na Drodze doznasz obrażeń ciała oraz Rower, na którym się poruszałaś/eś uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty transportu Roweru i Ciebie z miejsca Wypadku do Miejsca pobytu lub do Punktu naprawczego oddalonego maksymalnie 50 km od miejsca Wypadku;
 - Naprawy roweru po Wypadku** – jeśli podczas Użytkowania Roweru na Drodze doznasz obrażeń ciała oraz Rower, na którym się poruszałaś/eś uległ uszkodzeniu zapewnimy udzielenie porad dotyczących naprawy Roweru oraz zapewnimy organizację i pokryjemy koszty naprawy Roweru do określonego limitu. Nie pokrywamy kosztów materiałów oraz części zamiennych niezbędnych do dokonania naprawy;

- g) **Wizyty lekarskie** – zapewnimy organizację i pokryjemy koszt:
 a) wizyty Lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Miejscu Twojego pobytu lub
 b) Twojej wizyty w Placówce medycznej z Lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarzem specjalistą w zakresie: ortopedii, chirurgii ogólnej – na podstawie skierowania;
 h) **Wizyty pielęgniarki** – zapewnimy organizację i pokryjemy koszty wizyty pielęgniarki w Miejscu Twojego pobytu albo Twoją wizytę w Placówce medycznej.

Tabela nr 8 Pakiet medyczny „Wypadek”

Lp.	Zakres Świadczeń	Limit Świadczeń w Roku polisowym	Zdarzenie ubezpieczeniowe Doznanie obrażeń ciała w wyniku Wypadku	Osoba uprawniona do Świadczenia
1.	Rehabilitacja	Łączna kwota 7000 zł na Zdarzenie, limit: 2 Zdarzenia w Roku polisowym.	TAK	Ty
2.	Zakup lub wypożyczenie Sprzętu rehabilitacyjnego			
3.	Badania medyczne			
4.	Transport medyczny			
5.	Transportu Osoby uprawnionej i Roweru po Wypadku	Limit kwotowy świadczeń w zakresie usług wskazanych w ppkt 5. i 6. kumulują się z limitem kwotowymi świadczeń wskazanymi odpowiednio w pkt 11 i 12 w Tabeli nr 5.	TAK	Ty
6.	Naprawa Roweru po Wypadku			
7.	Wizyty lekarskie			
8.	Wizyty pielęgniarki			

Pakiet medyczny „WYPADEK MAŁŻONKA ALBO PARTNERA”

10. W ramach zakresu pakietu medycznego „Wypadek Małżonka albo Partnera”, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizujemy oraz pokryjemy koszty Świadczeń wskazanych poniżej, do limitów określonych w Tabeli nr 9. Limity te obowiązują dla Osoby uprawnionej w danym Roku polisowym. Zakres świadczeń obejmuje pomoc po Wypadku w zakresie:
- 1) **Rehabilitacji** – jeżeli zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego leczenie Małżonek albo Partner wymaga rehabilitacji, zapewnimy organizację procesu rehabilitacji, pokryjemy koszty rehabilitanta oraz koszty zleconych zabiegów w Miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej;
 - 2) **Zakupu lub wypożyczenia Sprzętu rehabilitacyjnego** – jeśli zgodnie z zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie Małżonek albo Partner powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego, zorganizujemy i pokryjemy koszty wypożyczenia albo zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego;
 - 3) **Badań medycznych** – w przypadku, gdy Małżonek albo Partner zgodnie z pisemnym skierowaniem Lekarza prowadzącego leczenie, wymaga przeprowadzenia Badań medycznych, zorganizujemy i pokryjemy koszty Badań medycznych;
 - 4) **Transportu medycznego** – jeżeli Małżonek albo Partner wymaga transportu medycznego:
 - a) z Miejsca pobytu do Placówki medycznej,
 - b) z Placówki medycznej do innej Placówki medycznej,
 - c) z Placówki medycznej do Miejsca pobytu
 zapewnimy organizację i pokryjemy jego koszty. Transport jest organizowany, o ile według wiedzy Lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od Lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia Małżonka albo Partnera;
 - 5) **Transportu Osoby uprawnionej i Roweru po wypadku** – jeśli Małżonek albo Partner podczas Użytkowania Roweru na Drodze publicznej dozna obrażeń ciała oraz Rower, na którym się poruszał uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty transportu Roweru i Osoby uprawnionej z miejsca Wypadku do Miejsca pobytu lub do Punktu naprawczego oddalonego maksymalnie 50 km od miejsca Wypadku;
 - 6) **Naprawy roweru po Wypadku** – jeśli Małżonek albo Partner podczas Użytkowania Roweru na Drodze publicznej dozna obrażeń ciała oraz Rower, na którym się poruszał uległ uszkodzeniu, zapewnimy udzielenie porad dotyczących naprawy Roweru oraz zapewnimy organizację i pokryjemy koszty naprawy Roweru do określonego limitu. Nie pokrywamy kosztów materiałów oraz części zamiennych niezbędnych do dokonania naprawy;
 - 7) **Wizyty lekarskie** – zapewnimy organizację i pokryjemy koszt:
 - a) wizyty Lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Miejscu pobytu Małżonka albo Partnera lub
 - b) wizyty Małżonka albo Partnera w Placówce medycznej z Lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarzem specjalistą w zakresie: ortopedii, chirurgii ogólnej – na podstawie skierowania;
 - 8) **Wizyty pielęgniarki** – zapewnimy organizację i pokryjemy koszty wizyty pielęgniarki w Miejscu pobytu Małżonka albo Partnera, albo wizyty Osoby uprawnionej w Placówce medycznej.

Tabela nr 9 Pakiet medyczny „Wypadek Małżonka albo Partnera”

Lp.	Zakres Świadczeń	Limit Świadczeń w Roku polisowym	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Osoba uprawniona do Świadczenia
			Doznanie obrażeń ciała w wyniku Wypadku lub Wypadku rowerowego	
1.	Rehabilitacja	Łączna kwota 7000 zł na Zdarzenie, limit: 2 Zdarzenia w roku polisowym.		
2.	Zakup lub wypożyczenia Sprzętu rehabilitacyjnego			
3.	Badania medyczne			
4.	Transport medyczny			
5.	Transport Osoby uprawnionej po Wypadku	Limit kwotowy świadczeń w zakresie usług wskazanych w ppkt 5. i 6. kumulują się z limitem kwotowymi świadczeń wskazanymi odpowiednio w pkt 11 i 12 w Tabeli nr 5.	✓	Małżonek albo Partner
6.	Naprawa Roweru po Wypadku			
7.	Wizyty lekarskie			
8.	Wizyty pielęgniarki			

Pakiet medyczny „ONKOLOGICZNY”

11. W ramach zakresu pakietu medycznego „Onkologicznego”, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego jak również nabycia prawa do Świadczenia zorganizujemy oraz pokryjemy koszty Świadczeń do limitów określonych w Tabeli nr
10. Limity te obowiązują łącznie w danym Roku polisowym. Zakres świadczeń obejmuje:
 - 1) **Konsultacje u lekarza specjalisty** – zapewnimy Ci organizację i pokryjemy koszty konsultacji w Placówce medycznej z lekarzem specjalistą – na podstawie skierowania – w zakresie: chirurgii, okulistyki, otolaryngologii, ortopedii, ginekologii, kardiologii, neurologii, urologii, pulmonologii, rehabilitacji, neurochirurgii, psychologii, onkologii, endokrynologii, hepatologii, hematologii, nefrologii, dermatologii;
 - 2) **Diagnostyka laboratoryjna** – na podstawie skierowania Lekarza prowadzącego leczenie zorganizujemy i pokryjemy koszty diagnostyki laboratoryjnej;
 - 3) **Badania specjalistyczne** – na podstawie pisemnego skierowania Lekarza prowadzącego leczenie zorganizujemy i pokryjemy koszty:
 - a) badania radiologicznego (RTG),
 - b) badania ultrasonograficznego (USG),
 - c) rezonansu magnetycznego (RM),
 - d) tomografii komputerowej (TK);
 - 4) **Rehabilitacja** – na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego leczenie zorganizujemy i pokryjemy koszty rehabilitacji;
 - 5) **Rehabilitacja onkologiczna** – na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego leczenie zorganizujemy i pokryjemy koszty rehabilitacji;
 - 6) **Zwrot kosztów zabiegu chirurgii estetycznej** – na podstawie dostarczonego przez Ciebie rachunku potwierdzającego wykonanie zabiegu chirurgii estetycznej zwrócimy jego koszty;
 - 7) **Konsultacje genetyczne dla Ciebie** – zorganizujemy i pokryjemy koszty:
 - a) wykonania testu predyspozycji genetycznych do zachorowania na nowotwór narządów: sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy, prostaty,
 - b) wykonania badań w zakresie co najmniej jednego z następujących genów: CA19-9, BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC oraz izolowania DNA z próbki krwi. Badanie zostanie wykonane w zakresie wymienionych genów, które odpowiadają za predyspozycję do zachorowania przez Ciebie na chorobę nowotworową narządu, którego dotyczy nowotwór Członka najbliższej rodziny,
 - c) konsultacji onkologiczno-genetycznej w zakresie wykonanego testu predyspozycji genetycznych,
 - d) konsultacji psychoonkologicznej dla Ciebie po wykonaniu testu predyspozycji genetycznych;
 - 8) **Konsultacje genetyczne Członków najbliższej rodziny** – zorganizujemy i pokryjemy koszty:
 - a) wykonania testu predyspozycji genetycznych do zachorowania na nowotwór: sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy, prostaty,
 - b) konsultacji onkologiczno-genetycznej w zakresie wykonanego testu predyspozycji genetycznych,
 - c) konsultacji psychoonkologicznej dla Członków najbliższej rodziny w zakresie wykonanego testu predyspozycji genetycznych,
 - d) wykonania badań w zakresie co najmniej jednego z następujących genów: CA19-9, BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC oraz izolowania DNA z próbki krwi. Badanie zostanie wykonane w zakresie wymienionych genów, które odpowiadają za predyspozycję do zachorowania przez Członków najbliższej rodziny na chorobę nowotworową narządu, który dotyczy Ciebie;

- 9) **Konsultacja psychoonkologa dla Członków najbliższej rodziny** – zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji psychoonkologa dla Członków najbliższej rodziny.

Tabela nr 10 Pakiet medyczny „Onkologiczny”

Lp.	Zakres Świadczeń	Limit Świadczeń	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Warunki nabycia prawa do Świadczenia	Osoba uprawniona do Świadczenia
1.	Konsultacje lekarskie	Łącznie 10 000 zł na Zdarzenia:	a) wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego albo pisemne skierowanie Lekarza prowadzącego leczenie dotyczące diagnostyki choroby onkologicznej	a) wydanie Tobie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego albo pisemnego skierowania Lekarza prowadzącego leczenie dotyczącego diagnostyki choroby onkologicznej lub	Ty
2.	Diagnostyka laboratoryjna	a) zachorowanie przez Ciebie na Nowotwór złośliwy, maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia,	b) zachorowanie przez Ciebie na Łagodny nowotwór rdzenia kręgowego, maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia,	b) wypłata Świadczenia z tytułu ryzyka Zachorowanie Ubezpieczonego na Nowotwór w stadium przedinwazyjnym lub	Ty
3.	Badania specjalistyczne	c) zachorowanie przez Ciebie na Łagodny nowotwór mózgu, maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia,	b) zachorowanie przez Ciebie na Nowotwór w stadium przedinwazyjnym c) zachorowanie przez Ciebie na Nowotwór złośliwy d) zachorowanie przez Ciebie na Łagodny nowotwór rdzenia kręgowego e) zachorowanie przez Ciebie na Łagodny nowotwór mózgu	c) wypłata Świadczenia z tytułu ryzyka Zachorowanie Ubezpieczonego na Nowotwór złośliwy lub d) wypłata Świadczenia z tytułu ryzyka Zachorowanie Ubezpieczonego na Łagodny nowotwór rdzenia kręgowego lub e) wypłata Świadczenia z tytułu ryzyka Zachorowanie Ubezpieczonego na Łagodny nowotwór mózgu	Ty
4.	Rehabilitacja onkologiczna	w tym podlimit łącznie 3000 zł na zdarzenia: a) wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego albo pisemne skierowanie Lekarza prowadzącego leczenie dotyczące diagnostyki choroby onkologicznej, maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia,	a) zachorowanie przez Ciebie na Nowotwór złośliwy b) zachorowanie przez Ciebie na Nowotwór w stadium przedinwazyjnym c) zachorowanie przez Ciebie na Łagodny nowotwór rdzenia kręgowego d) zachorowanie przez Ciebie na Łagodny nowotwór mózgu	Wyplata Świadczenia z tytułu ryzyka: a) Zachorowanie Ubezpieczonego na Nowotwór złośliwy b) Zachorowanie Ubezpieczonego na Nowotwór w stadium przedinwazyjnym c) Zachorowanie Ubezpieczonego na Łagodny nowotwór rdzenia kręgowego d) Zachorowanie Ubezpieczonego na Łagodny nowotwór mózgu	Ty
5.	Zwrot kosztów zabiegu chirurgii estetycznej	b) zachorowanie przez Ciebie na Nowotwór w stadium przedinwazyjnym, maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia.	Zachorowanie przez Ciebie na Nowotwór złośliwy	Wyplata Świadczenia z tytułu ryzyka Zachorowanie Ubezpieczonego na Nowotwór złośliwy	Ty
6.	Konsultacje genetyczne Ubezpieczonego		Zachorowanie Członka Twojej najbliższej rodziny na Nowotwór złośliwy	-	Ty
7.	Konsultacje genetyczne Członków Twojej najbliższej rodziny		Zachorowanie przez Ciebie na Nowotwór złośliwy	Wyplata Świadczenia z tytułu ryzyka Zachorowanie Ubezpieczonego na Nowotwór złośliwy	Członkowie Twojej najbliższej rodziny
8.	Konsultacja psychologa dla Członków najbliższej rodziny		Zachorowanie przez Ciebie na Nowotwór złośliwy	Wyplata Świadczenia z tytułu ryzyka Zachorowanie Ubezpieczonego na Nowotwór złośliwy	Członkowie Twojej najbliższej rodziny

Pakiet medyczny „KARDIOLOGICZNY”

12. W ramach zakresu pakietu medycznego „Kardiologicznego”, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizujemy oraz pokryjemy koszty Świadczeń, do limitów określonych w tabeli nr 11. Limity te obowiązują dla Ciebie w danym Roku polisowym. Zakres świadczeń obejmuje:

- 1) **Pomoc po Udarze mózgu w zakresie:**

- a) **Rehabilitacji** – jeżeli zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego leczenie wymagaś:
- rehabilitacji narządów ruchu oraz kinezyterapii – w Miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, zapewnimy organizację procesu rehabilitacji oraz pokryjemy koszty rehabilitanta i zleconych zabiegów,
 - rehabilitacji neuropsychologicznej, neurologopedycznej oraz logopedycznej (w placówce rehabilitacyjnej) – w placówce rehabilitacyjnej, zapewnimy organizację procesu rehabilitacji oraz pokryjemy koszty rehabilitanta i zleconych zabiegów,
- b) **Transportu medycznego, jeżeli wymagasz transportu medycznego:**
- z Miejsca pobytu do Placówki medycznej,
 - z Placówki medycznej do innej Placówki medycznej,
 - z Placówki medycznej do Miejsca pobytu,
- zapewnimy organizację i pokryjemy jego koszty. Transport jest organizowany, o ile według wiedzy Lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od Lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia Osoby uprawnionej,
- c) **Zajęć z trenerem fitness** – zorganizujemy i pokryjemy koszty zajęć,
- d) **Konsultacji z dietetykiem** – na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego leczenie zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji z dietetykiem,
- e) **Konsultacji z psychologiem** – na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego leczenie zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji z psychologiem,
- f) **Konsultacje specjalistyczne** – na podstawie skierowania Lekarza prowadzącego leczenie zorganizujemy i pokryjemy koszt konsultacji chirurga naczyniowego, endokrynologa, kardiologa lub kardiochirurga;
- 2) **Pomoc po Zawałe serca** – w zakresie:
- a) **Rehabilitacji po Zawałe serca** – jeżeli zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego leczenie wymagaś rehabilitacji w Miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, zapewnimy organizację procesu rehabilitacji, pokryjemy koszty rehabilitanta oraz koszty zleconych zabiegów,
- b) **Zajęć z trenerem fitness** – zorganizujemy i pokryjemy koszty zajęć,
- c) **Konsultacji z dietetykiem** – na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego leczenie zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji z dietetykiem,
- d) **Konsultacji z psychologiem** – na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego leczenie zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji z psychologiem,
- e) **Konsultacje specjalistyczne** – na podstawie skierowania Lekarza prowadzącego leczenie zorganizujemy i pokryjemy koszt konsultacji chirurga naczyniowego, endokrynologa, kardiologa lub kardiochirurga.

Tabela nr 11 Pakiet medyczny „Kardiologiczny”

Lp.	Zakres Świadczeń	Limit Świadczeń	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Osoba uprawniona do Świadczenia
Pomoc po Udarze mózgu				
1.	Rehabilitacja	Łącznie 10 000 zł na Zdarzenie:		
2.	Transport medyczny			
3.	Zajęcia z trenerem fitness			
4.	Konsultacja z dietetykiem	a) zachorowanie przez Ciebie na Udar mózgu albo Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, maksymalnie jedno Zdarzenie w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia b) zachorowanie przez Ciebie na Przemijający napad niedokrwienny, maksymalnie jedno Zdarzenie w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia.	Zachorowanie przez Ciebie, potwierdzone dokumentacją medyczną na: a) Udar mózgu, albo Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, b) Przemijający napad niedokrwienny	Ty
5.	Konsultacja z psychologiem			
6.	Konsultacje specjalistyczne	4 konsultacje specjalistyczne – w ramach łącznego limitu 10 000 zł w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia.	Zachorowanie przez Ciebie, potwierdzone dokumentacją medyczną na: a) Udar mózgu albo Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, b) Przemijający napad niedokrwienny	Ty

Lp.	Zakres Świadczeń	Limit Świadczeń	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Osoba uprawniona do Świadczenia
Pomoc po Zawał serca				
1.	Rehabilitacja po Zawał serca	Łącznie 10 000 zł na Zdarzenie:		
2.	Zajęcia z trenerem fitness	a) zachorowanie przez Ciebie na Zawał serca, maksymalnie jedno Zdarzenie w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia	Zachorowanie przez Ciebie potwierdzone dokumentacją na: a) Zawał serca,	Ty
3.	Konsultacja z dietetykiem		b) Niestabilną dusznicę bolesną	
4.	Konsultacja z psychologiem	b) zachorowanie przez Ciebie na Niestabilną dusznicę bolesną, maksymalnie jedno Zdarzenie w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia.		
6	Konsultacje specjalistyczne	4 konsultacje specjalistyczne – w ramach łącznego limitu 10 000 zł w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia	Zachorowanie przez Ciebie potwierdzone dokumentacją na: a) Zawał serca, b) Niestabilną dusznicę bolesną	Ty

Pakiet medyczny „CHOROBY CYWILIZACYJNE”

13. W ramach zakresu pakietu medycznego „Choroby cywilizacyjne”, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego jak również nabycia prawa do Świadczenia, zorganizujemy oraz pokryjemy koszty Świadczeń wskazanych poniżej, do limitów określonych w Tabeli nr 12. Limity te obowiązują dla Ciebie w danym Roku polisowym. Zakres świadczeń obejmuje:

- 1) **Cukrzyca** – pomoc w zakresie:
 - a) konsultacji lekarskich: diabetologa, endokrynologa, dietetyka lub psychoterapeuty,
 - b) badań: badania dna oka, EKG, badania Dopplera tętnic, badań okulistycznych oraz badań laboratoryjnych (poziom glukozy, HbA1c, krzywa cukrowa, stężenie peptydu C, badanie moczu, morfologia, lipidogram, enzymy wątrobowe, kreatynina, kwas moczowy, TSH),
na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego leczenie cukrzycy zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji lekarskich i badań;
- 2) **Zaawansowane nadciśnienie tętnicze** – pomoc w zakresie:
 - a) konsultacji lekarskich: kardiologa,
 - b) badań: laboratoryjnych (morfologia, poziom glukozy na czczo, lipidogram, kreatynina, GFR, TSH, kwas moczowy, próba wątrobowe, elektrolity, badanie ogólne moczu), 24-godzinne EKG, echo serca, USG tętnic szyjnych, badania dna oka, ABPM, współczynnika ABI oraz MRI,
na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego leczenie nadciśnienia tętniczego zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji lekarskich i badań;
- 3) **Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy** – pomoc w zakresie:
 - a) konsultacji lekarskich: gastroenterologa, onkologa, dietetyka,
 - b) badań: gastrokopii, testów na obecność Helicobacter Pylori, RTG z kontrastem oraz histopatologii,
na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego leczenie choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji lekarskich i badań;
- 4) **Choroby tarczycy wymagające leczenia operacyjnego (operacji chirurgicznej)** – pomoc w zakresie:
 - a) konsultacji lekarskich: endokrynologa,
 - b) badań: laboratoryjnych (TSH, FT3, FT4, Anty-TG, anty-TPO),
na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza Prowadzącego leczenie choroby tarczycy zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji lekarskich i badań;
- 5) **Kamica żółciowa wymagająca usunięcia kamieni** – pomoc w zakresie:
 - a) konsultacji lekarskich: gastrologa,
 - b) badań: USG jamy brzusznej oraz badań laboratoryjnych (AST, ALT, ALP, GGTP, bilirubina, CRP, amylaza, lipaza),
na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego leczenie kamicy żółciowej zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji lekarskich i badań;
- 6) **Osteoporoza** – pomoc w zakresie:
 - a) konsultacji lekarskich: reumatologa,
 - b) badań: USG oraz badań laboratoryjnych (morfologia, OB, wapń, fosfor, fosfotaza alkaliczna, kreatynina, markery kostne BTM, wit. D),
na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego leczenie osteoporozy zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji lekarskich i badań;
- 7) **Celiakia** – pomoc w zakresie:
 - a) maksymalnie 4 konsultacji specjalistycznych gastrologa,

- b) badania specjalistycznego: gastrokopii (w tym biopsji),
 c) badań laboratoryjnych w kierunku potwierdzenia celiakii, w tym genetycznych (HLA-DQ2, DQ8),
 na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego leczenie Celiakii zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji lekarskich i badań.

Tabela nr 12 Pakiet medyczny „Choroby Cywilizacyjne”

Lp.	Zakres Świadczeń	Limit Świadczeń	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Warunki nabycia prawa do Świadczenia	Osoba uprawniona do Świadczenia
1.	Cukrzyca	Łączna kwota 3000 zł na Zdarzenie, limit: 1 zdarzenie w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia	Wystąpienie u Ciebie Cukrzycy, ujętej w Katalogu Chorób cywilizacyjnych	Wypłata Świadczenia z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego Zachorowanie Ubezpieczonego na Choroby cywilizacyjne w zakresie Cukrzycy	Ty
2.	Zaawansowane nadciśnienie tętnicze	Łączna kwota 3000 zł , na Zdarzenie, limit: 1 zdarzenie w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia	Wystąpienie u Ciebie Zaawansowanego nadciśnienia tętniczego, ujętego w Katalogu Chorób cywilizacyjnych	Wypłata Świadczenia z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego Zachorowanie Ubezpieczonego na Choroby cywilizacyjne w zakresie Zaawansowanego nadciśnienia tętniczego	Ty
3.	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy	Łączna kwota 3000 zł na Zdarzenie, limit: 1 zdarzenie w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia	Wystąpienie u Ciebie Choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy, ujętej w Katalogu Chorób cywilizacyjnych	Wypłata Świadczenia z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego Zachorowanie Ubezpieczonego na Choroby cywilizacyjne w zakresie Choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy	Ty
4.	Choroba tarczycy wymagająca leczenia operacyjnego (operacji chirurgicznej)	Łączna kwota 3000 zł na Zdarzenie, limit: 1 zdarzenie w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia	Wystąpienie u Ciebie Choroby tarczycy wymagającej leczenia operacyjnego, ujętej w Katalogu Chorób cywilizacyjnych	Wypłata Świadczenia z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego Zachorowanie Ubezpieczonego na Choroby cywilizacyjne w zakresie Choroby tarczycy wymagającej leczenia operacyjnego	Ty
5.	Kamica żółciowa wymagająca usunięcia kamieni	Łączna kwota 3000 zł na Zdarzenie, limit: 1 zdarzenie w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia	Wystąpienie u Ciebie Kamicy żółciowej wymagającej usunięcia kamieni, ujętej w Katalogu Chorób cywilizacyjnych	Wypłata Świadczenia z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego Zachorowanie Ubezpieczonego na Choroby cywilizacyjne w zakresie Kamicy żółciowej wymagającej usunięcia kamieni	Ty
6.	Osteoporoza	Łączna kwota 3000 zł na Zdarzenie, limit: 1 zdarzenie w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia	Wystąpienie u Ciebie Osteoporozy, ujętej w Katalogu Chorób cywilizacyjnych	Wypłata Świadczenia z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego Zachorowanie Ubezpieczonego na Choroby cywilizacyjne w zakresie Osteoporozy	Ty
7.	Celiakia	Łączna kwota 3000 zł na Zdarzenie, limit: 1 zdarzenie w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia	Wystąpienie u Ciebie Celiakii, ujętej w Katalogu Chorób cywilizacyjnych	Wypłata Świadczenia z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego Zachorowanie Ubezpieczonego na Choroby cywilizacyjne w zakresie Celiakii	Ty

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

14. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego Zachorowanie Ubezpieczonego na chorobę nowotworową, o którym mowa w § 79 ust. 1 pkt 21, ochrona z tytułu Pakietu medycznego „Onkologicznego” kończy się z zachowaniem Twojego prawa do świadczeń wskazanych w Pakiecie medycznym „Onkologicznym” w Tabeli nr 10.
15. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu ryzyk: Wsparcie finansowe po Zawałe serca oraz Wsparcie finansowe: po Udarze mózgu albo po Udarze mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, ochrona z tytułu Pakietu medycznego „Kardiologicznego” kończy się z zachowaniem Twojego prawa do świadczeń wskazanych w Pakiecie medycznym „Kardiologicznym” w Tabeli nr 11.

W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

16. Nie realizujemy Świadczenia z pakietu medycznego, z tytułu i w następstwie:

- 1) samookaleczenia lub okaleczenia Osoby uprawnionej na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Osobę uprawnioną;
 - 2) leczenia Osoby uprawnionej wynikającego lub będącego konsekwencją wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków;
 - 3) epidemii lub pandemii, katastrof naturalnych, wycieków, zanieczyszczeń lub skażeń;
 - 4) poddania się przez Osobę uprawnioną leczeniu, terapii lub zabiegom o charakterze medycznym odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych Osób uprawnionych;
 - 5) uprawiania przez Osobę uprawnioną następujących aktywności: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
 - 6) działaniem Osoby uprawnionej po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 7) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Osobę uprawnioną: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką,
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Osobę uprawnioną przy jej współudziale lub za jej namową;
 - 9) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
 - 10) zabiegów chirurgii estetycznej Osoby uprawnionej, nie dotyczy zwrotu kosztów zabiegów chirurgii estetycznej w zakresie wskazanym w Tabeli nr 10;
 - 11) zdiagnozowania w okresie trwania naszej odpowiedzialności Nowotworu złośliwego będącego nawrotem, wznową lub przerzutem choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie 3 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia w zakresie pakietu medycznego określonego w Tabeli nr 10;
 - 12) zdiagnozowania w okresie trwania naszej odpowiedzialności Łagodnego nowotworu mózgu, Łagodnego nowotworu rdzenia kręgowego lub Nowotworu w stadium przedinwazyjnym będących nawrotem lub wznową choroby nowotworowej zdiagnozowanych w okresie 3 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia w zakresie pakietu medycznego określonego w Tabeli nr 10;
 - 13) zdiagnozowania w okresie trwania naszej odpowiedzialności Nowotworu złośliwego będącego nawrotem, wznową lub przerzutem choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie 3 lat przed rozszerzeniem zakresu ochrony o Pakiet dodatkowy zawierający pakiet medyczny „Onkologiczny” określony w Tabeli nr 10;
 - 14) zdiagnozowaniem w okresie trwania naszej odpowiedzialności Łagodnego nowotworu mózgu, Łagodnego nowotworu rdzenia kręgowego lub Nowotworu w stadium przedinwazyjnym będących nawrotem lub wznową choroby nowotworowej zdiagnozowanych 3 lat przed rozszerzeniem zakresu ochrony o Pakiet dodatkowy zawierający pakiet medyczny „Onkologiczny” określony w Tabeli nr 10;
 - 15) chorób przewlekłych Osoby uprawnionej w zakresie wskazanym w Tabelach nr 5-7;
 - 16) rutynowych kontroli zdrowotnych i profilaktycznych Osoby uprawnionej w zakresie wskazanym w Tabelach nr 5-7.
17. Nasza odpowiedzialność z tytułu pakietu medycznego jest wyłączona w przypadku:
- 1) świadczeń i usług poza terytorium Polski,
 - 2) kosztów zakupu leków (nie ponosimy odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
 - 3) wizyty lekarskiej u stomatologa, jeśli nie dotyczy skutków Wypadku.
18. Przed skorzystaniem przez Osobę uprawnioną ze Świadczeń konieczne jest telefoniczne skontaktowanie się z Centrum Operacyjnym czynnym przez całą dobę, przez wszystkie dni w roku (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).
19. Podczas telefonicznego zgłoszenia należy podać:
- 1) nr PESEL lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL (Twój oraz Osoby uprawnionej);
 - 2) imię i nazwisko (Twoje oraz Osoby uprawnionej);
 - 3) adres Miejsca pobytu;
 - 4) seria i numer Wnioskopolisy;
 - 5) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - 6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
 - 7) inne informacje konieczne pracownikowi Centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
20. Osoby uprawnione zobowiązane są na wniosek Centrum operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności: zaświadczenia i skierowania lekarskie, karty informacyjne z konsultacji lekarskich, karty wypisowe ze szpitala, recepty, faktury i rachunki dokumentujące poniesione koszty.
21. Jeżeli Osoba uprawniona po skontaktowaniu się z Centrum operacyjnym i za naszą zgodą zorganizowała i pokryła koszty usług związanych ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym we własnym zakresie, wypłacimy Świadczenie w wysokości poniesionych kosztów do wysokości limitów lub podlimitów poszczególnych zakresów pakietów medycznych.
22. Jeżeli Osoba uprawniona z przyczyn niezależnych od siebie nie mogła skontaktować się telefonicznie z Centrum operacyjnym, zobowiązana jest w ciągu 7 dni kalendarzowych od dnia, w którym skontaktowanie się z Centrum

operacyjnym stało się możliwe, powiadomić o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz wskazać dlaczego nie mogła skontaktować się z Centrum operacyjnym.

23. Jeżeli ze względu na brak możliwości skontaktowania się z Centrum Operacyjnym Osoba uprawniona we własnym zakresie zorganizowała i pokryła koszty usług, zobowiązujemy się do wypłaty Świadczenia w wysokości poniesionych przez Osobę uprawnioną kosztów w zakresie i do wysokości limitów lub podlimitów, wskazanych w poszczególnych zakresach pakietów medycznych.
24. Zwrotu poniesionych kosztów dokonamy na podstawie:
 - 1) dokumentów potwierdzających zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) spełnienia warunków nabycia prawa do Świadczenia;
 - 3) dokumentów potwierdzających zakres uzyskanej pomocy oraz rachunków i dowodów ich zapłaty.
25. Wypłata Świadczenia w wysokości poniesionych kosztów następuje w takim zakresie, w jakim zostały one udokumentowane i faktycznie poniesione przez Osobę uprawnioną i w granicach kwot, limitów lub podlimitów Świadczeń wskazanych w poszczególnych zakresach pakietów medycznych.

§ 80 Pakiet medyczny Teleopieka kardiologiczna

Ryzyko ubezpieczeniowe dostępne w ramach Pakietu dodatkowego „Kardiologicznego”

Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez Nas w § 80 zwroty oznaczają:
 - 1) **Centrum operacyjne** – podmiot, z którym zawarliśmy umowę dotyczącą realizacji Świadczeń w ramach Teleopieki kardiologicznej;
 - 2) **Centrum telemedyczne** – całodobowe centrum obsługujące Ubezpieczonych w zakresie Teleopieki kardiologicznej;
 - 3) **Dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
 - 4) **Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu w następstwie Nagłego zachorowania kardiologicznego albo Zaostrzenia lub powikłania choroby przewlekłej, trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni, związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie;
 - 5) **Lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi Twoje leczenie na skutek Nagłego zachorowania kardiologicznego lub Zaostrzenia lub powikłania choroby przewlekłej, wskazany przez Ciebie pisemnie, jako Osoba uprawniona do kontaktu, upoważniona do otrzymania od Centrum operacyjnego wyników Twoich badań;
 - 6) **Lekarz dyżurny** – osoba o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach, zgodnych z wymaganiami określonymi w przepisach Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
 - 7) **Nagłe zachorowanie kardiologiczne** – powstały w okresie trwania naszej odpowiedzialności w sposób nagły i niespodziewany stan chorobowy układu sercowo-naczyniowego wymieniony w Tabeli stanów chorobowych uprawniający do skorzystania z Teleopieki kardiologicznej;
 - 8) **Osoba uprawniona do kontaktu** – osoba, którą wskażesz pisemnie, uprawniona do kontaktu z Centrum operacyjnym w Twoim imieniu oraz do otrzymania wyników Twoich badań, które zostaną udostępnione przez Centrum operacyjne;
 - 9) **Szpital** – działający na terytorium Polski zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy, zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych. Szpitalem w rozumieniu niniejszych warunków ubezpieczenia nie jest dom opieki, dom pomocy społecznej, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład opiekuńczo-leczniczy, ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
 - 10) **Świadczenie** – w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenie spełniane przez nas na Twoją rzecz;
 - 11) **Teleopieka kardiologiczna** – usługa realizowana na odległość za pomocą systemów telemedycznych przez Centrum operacyjne na Twoją rzecz;
 - 12) **Zaostrzenie lub powikłanie choroby przewlekłej** – powstałe w okresie trwania naszej odpowiedzialności nagłe nasilenie objawów chorobowych układu sercowo-naczyniowego wymienionych w Tabeli stanów chorobowych stanowiącej załącznik do OWU, uprawniających do skorzystania z Teleopieki kardiologicznej, ze strony tego samego lub innego narządu, pozostające w bezpośrednim związku z tą chorobą, o ostrym (burzliwym) przebiegu, zagrażające Twojemu życiu lub zdrowiu, skutkujące Twoją Hospitalizacją;
 - 13) **Zestaw teleopieki kardiologicznej** – aparat EKG, materiały szkoleniowe i informacyjne, udostępnione przez Centrum operacyjne w ramach Teleopieki kardiologicznej.

Co obejmujemy ochroną

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) Nagłe zachorowanie kardiologiczne lub
 - 2) Zaostrzenie lub powikłanie choroby przewlekłej,pod warunkiem, że nastąpiło na terytorium Polski w okresie trwania naszej odpowiedzialności.

Kiedy rozpoczyna się okres trwania naszej odpowiedzialności

3. Nasza odpowiedzialność z tytułu Teleopieki kardiologicznej rozpoczyna się od dnia wskazanego we Wnioskopolisie jako Początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do nas składka.

4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy, w którym występuje niniejsze ryzyko, nasza odpowiedzialność z tytułu tego ryzyka, w ramach tego Pakietu dodatkowego rozpoczyna się w dniu wskazanym w aneksie do Wnioskopolisy jako Początek okresu ubezpieczenia.

Jakie są zasady realizacji Świadczenia

5. W ramach Teleopieki kardiologicznej przez 180 dni, licząc od daty, w której dostarczyliśmy Ci Zestaw teleopieki kardiologicznej do Miejsca Twojego pobytu, zapewnimy Ci całodobowy dyżur Centrum telemedycznego w ramach następujących usług (bez limitu ilościowego):
- 1) rejestrowanie w systemie telemedycznym badań przesłanych przez Ciebie za pomocą otrzymanego aparatu EKG;
 - 2) analizę badań przez Lekarza dyżurnego;
 - 3) stały kontakt telefoniczny z Lekarzem dyżurnym;
 - 4) dostęp do informacji na temat wyniku badań pod numerem Centrum telemedycznego, znajdującym się na aparacie EKG;
 - 5) archiwizację wszystkich wykonanych badań wraz z ich wynikami przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;
 - 6) udostępnienie drogą telefoniczną po uprzedniej weryfikacji tożsamości lub mailową (w postaci zaszyfrowanych plików) wyników Twoich badań Osobie uprawnionej do kontaktu lub Lekarzowi prowadzącemu leczenie;
 - 7) wezwanie pogotowia ratunkowego do miejsca Twojego pobytu, w przypadku stwierdzenia przez Lekarza dyżurnego uzasadnionej medycznie potrzeby pomocy medycznej oraz posiadania informacji o miejscu Twojego pobytu, a także poinformowanie o tym fakcie Osoby uprawnionej do kontaktu, w przypadku wyrażenia przez Ciebie takiej woli;
 - 8) przekazywanie dyspozytorowi pogotowia ratunkowego informacji na temat wyniku Twojego badania.
6. Warunkiem udostępnienia wyników badań Osobie uprawnionej do kontaktu lub Lekarzowi prowadzącemu leczenie jest przekazanie przez Ciebie pisemnej zgody na taki kontakt do Centrum operacyjnego.
7. W ramach Teleopieki kardiologicznej pokrywamy koszty:
- 1) dostarczenia przez Centrum operacyjne Zestawu teleopieki kardiologicznej do Miejsca pobytu;
 - 2) szkolenia z obsługi aparatu EKG, stanowiącego element Zestawu teleopieki kardiologicznej oraz ze sposobu korzystania z Teleopieki kardiologicznej, które zostaną przeprowadzone telefonicznie przez Centrum operacyjne;
 - 3) Teleopieki kardiologicznej;
 - 4) odbioru przez Centrum operacyjne aparatu EKG wraz z dostarczoną do niego ładowarką, stanowiącą element Zestawu teleopieki kardiologicznej z Miejsca pobytu, po upływie okresu na jaki udostępniliśmy Ci aparat EKG.
8. Zestaw teleopieki kardiologicznej dostarczymy Ci w terminie maksymalnie 3 Dni roboczych od daty zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego do Centrum operacyjnego.
9. Warunkiem telefonicznego kontaktu Lekarza dyżurnego Centrum telemedycznego jest posiadanie przez Ciebie telefonu stacjonarnego lub komórkowego, którego numer podasz w trakcie kontaktu z Centrum operacyjnym.
10. W celu skorzystania ze Świadczeń w ramach Teleopieki kardiologicznej, niezwłocznie po zaistnieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego skontaktuj się telefonicznie z Centrum operacyjnym, którego numer telefonu znajduje się we Wnioskopolisie. Centrum Operacyjne czynne jest całą dobę, przez wszystkie dni w roku (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).
11. Podczas telefonicznego zgłoszenia podaj następujące informacje:
- 1) dane umożliwiające Twoją identyfikację (Twoje imię i nazwisko oraz nr PESEL lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL);
 - 2) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Tobą lub wskazaną przez Ciebie Osobą kontaktową;
 - 3) adres Miejsca pobytu.
12. Warunkiem skorzystania z Teleopieki kardiologicznej jest przesłanie do Centrum operacyjnego dokumentacji medycznej potwierdzającej zaistnienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, np.: kartę wypisową ze szpitala lub inny dokument potwierdzający datę początku i końca Hospitalizacji oraz diagnozę medyczną wystawioną przez Lekarza prowadzącego leczenie.
13. Masz możliwość przesłania do Centrum operacyjnego własnoręcznie podpisane oświadczenie stanowiące upoważnienie Osoby uprawnionej do kontaktu lub Lekarza prowadzącego leczenie do odbioru wyników badań, zawierające imię i nazwisko, datę Twojego urodzenia oraz telefon do Osoby kontaktowej lub Lekarza prowadzącego leczenie, w celu umożliwienia z nimi kontaktu.
14. Po potwierdzeniu uprawnień do realizacji Teleopieki kardiologicznej, Centrum operacyjne kontaktuje się z Centrum telemedycznym w celu przekazania Twoich danych oraz z Tobą w celu przekazania szczegółowych informacji dotyczących realizacji Teleopieki kardiologicznej.
15. Centrum telemedyczne kontaktuje się z Centrum operacyjnym w celu poinformowania o dacie, w której dostarczy Ci Zestaw teleopieki kardiologicznej.
16. W celu prawidłowej realizacji Świadczenia zobowiązujesz się:
- 1) postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum operacyjnego;
 - 2) umożliwić Centrum operacyjnemu dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia zasadności Świadczenia oraz udzielić w tym celu niezbędnych informacji;
 - 3) postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum telemedycznego w zakresie korzystania z aparatu EKG;
 - 4) niezwłocznie informować Centrum telemedyczne oraz Centrum operacyjne o oznakach nieprawidłowego działania, awariach, uszkodzeniach aparatu EKG lub utrudnieniach w korzystaniu z niego;
 - 5) do nieprzekazywania aparatu EKG osobom trzecim i korzystania z Teleopieki kardiologicznej wyłącznie na własny użytek;
 - 6) korzystać z aparatu EKG zgodnie z instrukcją obsługi, co stanowi jeden z warunków umożliwiających należyte świadczenie Teleopieki kardiologicznej przez Centrum telemedyczne.

17. Po zakończeniu Świadczenia usługi w ramach Teleopieki kardiologicznej zobowiązujesz się do zwrotu aparatu EKG. W tym celu Centrum operacyjne skontaktuje się z Tobą i ustali sposób i termin zwrotu aparatu EKG. Nie ponosisz kosztu jego odbioru.

W jakich sytuacjach nie zrealizujemy Świadczenia

18. Nie zrealizujemy Świadczenia z tytułu Teleopieki kardiologicznej w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
- 1) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
 - 2) leczeniem eksperymentalnym i niepotwierdzonym badaniami;
 - 3) zabiegami ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania;
 - 4) poddaniem się przez Ciebie leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 5) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 6) Twoim działaniem po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 7) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 8) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 9) leczeniem wynikającym lub będącym konsekwencją wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków;
 - 10) epidemią lub pandemią, katastrofami naturalnymi, wyciekami, zanieczyszczeniami lub skażeniami;
 - 11) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping).
19. Nasza odpowiedzialność z tytułu Teleopieki kardiologicznej jest wyłączona w przypadku:
- 1) świadczeń i usług poza terytorium Polski;
 - 2) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Polski;
 - 3) zdarzeń niezwiązanych z Nagłym zachorowaniem kardiologicznym lub Zaostrzeniem lub powikłaniem choroby przewlekłej.
20. Zakresem ubezpieczenia nie są objęte koszty połączeń z Centrum operacyjnym oraz Centrum telemedycznym. Opłaty za połączenia są zgodne z cennikiem operatora.

§ 81 Postanowienia końcowe

1. Zawiadomienia i oświadczenia w związku z Umową ubezpieczenia powinny być składane na piśmie lub w innej formie uzgodnionej z Ubezpieczającym lub za pomocą udostępnionego przez nas serwisu / aplikacji internetowej, w zakresie ich funkcjonalności.
2. Ubezpieczający, Ubezpieczony oraz my zobowiązani jesteśmy do informowania się wzajemnie o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do korespondencji w związku z realizacją Umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli po objęciu Cię ochroną ubezpieczeniową zmienisz nazwisko lub imię lub zmienią je Uprawnieni lub Uprawnieni zastępczy, osoba składająca wniosek o wypłatę Świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do Świadczenia zgodnie z danymi które posiadamy.
4. Przez dzień złożenia wniosku lub oświadczenia (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku lub oświadczenia) rozumie się dzień doręczenia do nas albo do agenta wnioskopolisy lub oświadczenia.
5. Reklamacje, mogą być składane do nas:
 - 1) na piśmie w postaci papierowej: na adres: skr. pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1 albo doręczone osobiście w każdej naszej jednostce obsługującej klientów;
 - 2) na piśmie w postaci elektronicznej: na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-43731-69770-HRJAI-14 albo za pomocą formularza na stronie www.warta.pl/reklamacje;
 - 3) ustnie: telefonicznie pod nr 502 308 308 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo do protokołu w każdej naszej jednostce obsługującej klientów.
6. Reklamację rozpatrzymy w terminie 30 dni od daty wpływu i udzielimy odpowiedzi na piśmie: listem w postaci papierowej lub pocztą elektroniczną w postaci elektronicznej – w zależności od sposobu zgłoszenia reklamacji lub wyboru składającego reklamację. W przypadku złożenia reklamacji przez klienta na adres do doręczeń elektronicznych, udzielimy odpowiedzi elektronicznie na adres do doręczeń elektronicznych klienta. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący reklamację zostanie uprzednio powiadomiony.
7. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest jednostka organizacyjna TUnŻ „WARTA” S.A. wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA” S.A.

6. Podmiotami uprawnionymi do pozasądowego rozpatrywania sporów są:
 - 1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl);
 - 2) Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
7. Niezależnie od postanowień OWU, wykonujemy obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.
8. W porozumieniu z Ubezpieczającym możemy wprowadzić do Umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszym OWU.
9. Roszczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem trzech lat.
10. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową oraz inne stosowne przepisy prawa.
11. Dla Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie OWU właściwym jest prawo polskie.
12. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia albo spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
13. Udostępniamy tekst OWU w wersji papierowej lub w postaci elektronicznej w sposób umożliwiający jego przechowywanie i odtwarzanie w zwykłym toku czynności.
14. Opodatkowanie Świadczeń wypłacanych przez nas nastąpi zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych albo ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych. Świadczenie wypłacane przez nas nie podlega przepisom ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn, w związku z art. 831 § 3 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny.
15. Nie udzielamy ochrony lub nie wypłacimy Świadczenia w przypadkach, w których ochrona lub wypłata Świadczenia naraziłaby nas na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub prawa innych krajów oraz regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu Umowy ubezpieczenia.
16. Oświadczamy, że rzeczywisty właściciel w ramach transakcji objętych Umową ubezpieczenia nie ma miejsca zamieszkania, siedziby lub zarządu w kraju stosującym szkodliwą konkurencję podatkową. Pojęcie rzeczywistego właściciela należy rozumieć zgodnie z definicją o której mowa w art. 4a pkt 29) Ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych z dnia 15 lutego 1992 r. lub w art. 5a pkt 33d) Ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych z dnia 26 lipca 1991 r."
17. Ujawniamy sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej na stronie internetowej www.warta.pl.
18. OWU zatwierdziliśmy Uchwałą nr 157/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 30 czerwca 2026 roku i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 października 2026 roku.



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot

Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku stanowiąca załącznik do ryzyk ubezpieczeniowych:

- 1) powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku;
- 2) powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego;
- 3) powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego.

Na potrzeby Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku, użyte przez nas zwroty oznaczają:

- 1) **Oparzenie** – uszkodzenie tkanek organizmu spowodowane działaniem czynników termicznych, chemicznych, elektrycznych, radiacyjnych. W przypadku oparzeń mieszanych klasyfikujemy je według wyższego stopnia oparzenia. Definicja nie obejmuje oparzeń termicznych spowodowanych działaniem promieni słonecznych;
- 2) **Rana zaopatrzona chirurgicznie** – przerwanie ciągłości skóry lub tkanki podskórnej, które zostało zaopatrzone chirurgicznie przy użyciu szwów, klamer lub plastrów chirurgicznych lub poprzez wycięcie tkanek martwiczych;
- 3) **Badanie obrazowe** – procedura, która umożliwia ocenę stanu struktur lub funkcji organizmu. Obejmuje m.in. badania obrazowe (RTG, USG, TK, MRI, scyntygrafia) oraz badania czynnościowe (EEG, EKG), w celu wykrywania patologii i monitorowania procesów fizjologicznych.

Ważne:

1. Jeżeli Twój uraz będzie leczony metodami zachowawczą i operacyjną, Świadczenie przyznamy wyłącznie za punkt w Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku odpowiadający leczeniu operacyjnemu.
2. Suma procentów Trwałego uszczerbku na zdrowiu, przyznanych za uszkodzenie danej części ciała, nie może być wyższa niż procent przewidziany w Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku za jej całkowitą utratę.
3. Nie sumujemy procentów Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku jeżeli dotyczą one uszkodzeń tego samego narządu, lub tej samej części ciała. W takim przypadku zastosujemy tę pozycję, w której określono najwyższy procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku.

TABELA TRWAŁYCH USZCZERBKÓW NA ZDROWIU W WYNIKU WYPADKU

A. OPARZENIA

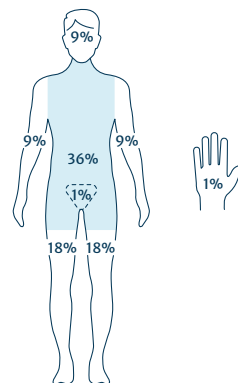
Ocena powierzchni Oparzenia:

TBSA (Total Body Surface Area) – procent całkowitej powierzchni ciała objęty oparzeniem, wykorzystywany do oceny ciężkości urazu i planowania leczenia.

Reguła dłoni – zgodnie z którą powierzchnia dłoni osoby oparzonej odpowiada 1% łącznej powierzchni ciała

Reguła dziewiątek Wallece'a – reguła stosowana przy ocenie powierzchni oparzenia, zgodnie z którą:

1. Powierzchnia głowy lub każdej z kończyn górnych stanowi 9% powierzchni ciała.
2. Powierzchnia przednia tułowia to 18% (9% powierzchnia brzucha oraz 9% powierzchnia klatki piersiowej).
3. Powierzchnia tylna tułowia stanowi również 18% powierzchni ciała.
4. Powierzchnia każdej kończyny dolnej to odpowiednio 18%.
5. Powierzchnia krocza 1%.



Trwały uszczerbek na zdrowiu		% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
1.	Oparzenie	
	twarzy III stopnia za 1% TBSA	5
	twarzy II stopnia za 1% TBSA	2
	przetyku i dróg oddechowych niewymagające hospitalizacji lub z hospitalizacją do 2 dni	2
	przetyku i dróg oddechowych wymagające hospitalizacji powyżej 2 dni	5
	1 palca ręki lub stopy co najmniej II stopnia (za każdy palec, ale nie więcej niż 3% łącznie)	1
	inne oparzenia powierzchni ciała II stopnia za 1% TBSA	1
	inne oparzenia powierzchni ciała III stopnia za 1% TBSA	2
	inne oparzenia I stopnia za 1% TBSA	0,5

B. ODMROŻENIA

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
2. Odmrożenie:		
twarzy III stopnia za 1% TBSA		1
twarzy II stopnia za 1% TBSA		2
przetyku i dróg oddechowych niewymagające hospitalizacji lub z hospitalizacją do 2 dni		1

C. USZKODZENIA POWŁOK CIAŁA (RANY LUB BLIZNY)

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
3. Rana zaopatrzona chirurgicznie/blizna twarzy lub uszu:		
a) do 4 cm długości		3
b) powyżej 4 cm do 8 cm długości		6
c) powyżej 8 cm długości		10
4. Rana zaopatrzona chirurgicznie /blizna głowy:		
a) od 2 cm do 4 cm długości		1
b) powyżej 4 cm do 10 cm długości		2
c) powyżej 10 cm długości		5
5. Rana zaopatrzona chirurgicznie/blizna palców (za każdy palec):		1
6. Rana zaopatrzona chirurgicznie/blizna pozostałych powłok ciała:		
a) od 1 cm do 4 cm długości		1
b) powyżej 4 cm do 10 cm długości		2
c) powyżej 10 cm długości		3

Ważne: Maksymalny uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzeń powłok ciała za jeden wypadek nie może przekroczyć 30% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.

D. USZKODZENIA, PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY NERWÓW

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
7. Uszkodzenie nerwów: językowo-gardłowego lub błędnego, mięśniowo-skórnego, pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego (poza splotem lędźwiowo-krzyżowym) (za każdy):		
a) częściowe		3
b) całkowite		10
8. Uszkodzenie nerwów: jednostronne nerwu twarzowego, ruchowych gałki ocznej, trójdzielnego, dodatkowego, przeponowego, piersiowego długiego, pachwowego, łokciowego, pozostałe nerwy odcinka szyjno-piersiowego, pośladkowego (za każdy):		
a) częściowe		5
b) całkowite		15
9. Uszkodzenie nerwów: podjęzykowego, promieniowego, pośrodkowego, zasłonowego, sromowego, strzałkowego (za każdy):		
a) częściowe		5
b) całkowite		20
10. Uszkodzenie nerwu udowego:		
a) częściowe		10
b) całkowite		30
11. Uszkodzenie nerwu kulszowego		
a) częściowe		10
b) całkowite		50

12.	Uszkodzenie nerwu piszczelowego:	
	a) częściowe	5
	b) całkowite	30
13.	Uszkodzenie części górnej (nadobojczykowej) splotu barkowego:	
	a) częściowe	5
	b) całkowite	25
14.	Uszkodzenie części dolnej (podobojczykowej) splotu barkowego:	
	a) częściowe	10
	b) całkowite	30
15.	Uszkodzenie splotu łędźwiowo-krzyżowego:	
	a) częściowe	20
	b) całkowite	60
16.	Kauzalgie potwierdzone badaniami neurologicznymi:	3

E. USZKODZENIA GŁOWY

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
17.	Oskalpowanie	
	a) utrata skóry owłosionej głowy (oskalpowanie) o rozmiarze do 2 cm ²	1
	b) utrata skóry owłosionej głowy (oskalpowanie) o rozmiarze powyżej 2 cm ² do 5 cm ²	4
	c) utrata skóry owłosionej głowy (oskalpowanie) powyżej 5 cm ²	10
18.	Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (złamania, wgłębienia, szczeliny, fragmentacja):	
	a) niewymagające leczenia operacyjnego	2
	b) wymagające leczenia operacyjnego	5
19.	Ubytki w kościach czaszki w zależności od powierzchni ubytku:	
	a) do 10 cm ²	5
	b) powyżej 10 cm ²	15
20.	Padaczka pourazowa (na podstawie opisanych objawów lub jednej ze skal):	

Postać	Opis kliniczny i funkcjonalny (na podstawie wytycznych ILAE i NICE)	Skala NHS3	Skala LSSS 2.0	Wpływ na jakość życia (QOLIE-31)	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
nietyпова/śladowa	Napady o różnej morfologii, bez utraty przytomności (np. napady częściowe proste, sensoryczne). Brak upadków. Pacjent w pełni samodzielny.	1 – 5 pkt	< 20 pkt	> 70 pkt (Dobra jakość życia)	5
padaczka łagodna	Napady z utratą świadomości rzadkie (≤2 w roku) lub częstsze napady bez utraty przytomności, które nie powodują upadków. Dobra kontrola farmakologiczna. Brak istotnych zaburzeń poznawczych.	6 – 10 pkt	20 – 40 pkt	60 – 70 pkt	20
padaczka umiarkowana	Napady z utratą przytomności (toniczno-kloniczne lub częściowe złożone) występujące regularnie (>1 w kwartale), mimo leczenia. Czasami występują upadki lub urazy. Zdolność do pracy zachowana z ograniczeniami (zakaz pracy na wysokości/przy maszynach).	11 – 15 pkt	41 – 60 pkt	40 – 60 pkt (wyraźny wpływ na życie)	40
padaczka znaczna	Częste napady z utratą przytomności (≥1 w miesiącu) lub napady z ciężkimi urazami/upadkami. Długi okres ponapadowy. Obecne zmiany charakterologiczne lub lekkie otępienie. Znaczne utrudnienie wykonywania pracy zawodowej.	16 – 20 pkt	61 – 80 pkt	30 – 40 pkt	70

padaczka ciężka/ lekooporna	Liczne napady z utratą przytomności (często seryjne lub stany padaczkowe). Towarzyszące głębokie zaburzenia psychiczne, charakteropatia, otępienie. Pacjent wymaga stałej opieki osób trzecich (niebezpieczeństwo urazów, brak samodzielności).	> 20 pkt	> 80 pkt	< 30 pkt (bardzo niska jakość życia)	100
Ważne: Padaczkę ocenimy na podstawie dokumentacji od lekarza specjalisty (neurologa) potwierdzającej rozpoznanie padaczki klinicznej oraz na podstawie badania EEG opisującego zmiany napadowe lub w przypadku prawidłowego EEG - na podstawie dokumentacji potwierdzającej skuteczność wdrożonego leczenia przeciwpadaczkowego lub karta informacyjna z leczenia szpitalnego po wystąpieniu napadu (np. na SOR). Udowodnienie lekooporności (dla stopni >40%): W przypadku padaczki lekoopornej, wymagana jest dokumentacja potwierdzająca stosowanie co najmniej dwóch leków przeciwpadaczkowych w dawkach terapeutycznych przez okres minimum 12 miesięcy bez uzyskania pełnej kontroli napadów (zgodnie z definicją padaczki lekoopornej ILAE).					

21. **Zespoły podwzgórzowe pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy, zaburzenia hormonalne pochodzenia ośrodkowego) za każde:** 10
22. **Afazja pourazowa (oceniana na podstawie opisanych objawów lub skali):**

Postać	Nasilenie opisowe na podstawie wytycznych Boston Diagnostic Aphasia Examination	Skala NIHSS	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
a) Afazja czuciowa			
i) lekka	nieznaczne zaburzenia rozumienia, mowa płynna	1	20
ii) umiarkowana	wyraźne zaburzenia rozumienia, złożonych struktur, anomia	2	40
iii) ciężka	głębokie zaburzenia rozumienia, niewielkie rozumienie otoczenia	3	60
b) Afazja ruchowa			
i) lekka	okazyjne trudności słowne, mowa z wysiłkiem ale gramatycznie poprawna	1	20
ii) umiarkowana	brak fluencji, styl telegraficzny, agramatyzm	2	40
iii) ciężka	brak mowy spontanicznej, powtarzanie utrudnione, apraksja	3	60
c) Afazja mieszana			
i) lekka	objawy łagodne obu typów	1	30
ii) umiarkowana	zaburzenia rozumienia i nadawania mowy	2	60
iii) ciężka/globalna	całkowita/prawie całkowita utrata mowy i rozumienia, brak użytecznej komunikacji	3	100

23. **Wstrząśnienie mózgu z utratą przytomności po urazie głowy:**
- | | |
|---------------------------------------|---|
| a) z pobytem w szpitalu do 3 dni | 1 |
| b) z pobytem w szpitalu powyżej 3 dni | 3 |
24. **Krwiak pourazowy śródczaszkowy potwierdzony w badaniu obrazowym mózgu (RM,TK):**
- | | |
|------------------------|----|
| a) leczony zachowawczo | 2 |
| b) leczony operacyjnie | 10 |

F. USZKODZENIA TWARZY

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
25. Uszkodzenie nosa:		
a) złamanie kości nosa lub przegrody nosa leczone zachowawczo		1
b) złamanie kości nosa lub przegrody nosa leczone operacyjnie		4
c) częściowa utrata nosa		7
d) całkowita utrata nosa		30
e) utrata powonienia potwierdzona badaniami laryngologicznymi		5
26. Utrata zębów:		
a) siekacze i kły – utrata korony z zachowaniem korzenia zęba		2
b) siekacze i kły – utrata korony i korzenia zęba		3
c) pozostałe zęby – utrata korony z zachowaniem korzenia zęba		1

	d) pozostałe zęby – utrata korony i korzenia zęba	2
27.	Złamanie kości twarzoczaszki (kości oczodołów, kości szczękowych, kości jarzmowych):	
	a) leczone zachowawczo	4
	b) leczone operacyjnie	8
28.	Złamanie żuchwy:	
	a) leczone zachowawczo	3
	b) leczone operacyjnie	6
29.	Utrata szczęki lub żuchwy:	
	a) częściowa	15
	b) całkowita	40
30.	Ubytek podniebienia:	10
31.	Uszkodzenia języka:	
	a) Rana języka wymagająca szycia	1
	b) częściowa utrata języka	3
	c) całkowita utrata języka	50
32.	Uszkodzenia jamy ustnej (podniebienia, dna jamy ustnej, ślinianek) wymagające zaopatrzenia chirurgicznego:	1
33.	Uszkodzenia warg:	
	a) częściowa utrata jednej wargi	5
	b) całkowita utrata jednej wargi	10

G. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
34.	Obniżenie ostrości wzroku:	
	a) częściowe obniżenie ostrości wzroku jednego oka do 0,6	5
	b) częściowe obniżenie ostrości wzroku jednego oka powyżej 0,6	15
	c) częściowe obniżenie ostrości wzroku obu oczu do 0,6	20
	d) częściowe obniżenie ostrości wzroku obu oczu powyżej 0,6	50
	e) całkowita utrata widzenia jednego oka	35
	f) całkowita utrata widzenia obu oczu	100
35.	Uszkodzenie gałki ocznej bez zaburzeń ostrości widzenia, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej:	1
36.	Utrwalone podwójne widzenie bez zaburzeń ostrości wzroku:	2
Ważne: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami, zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.		
37.	Utrata gałki ocznej (za każdą gałkę oczną):	50
38.	Porażenie nastawności (akomodacji) - przy zastosowaniu szkieł korekcyjnych:	
	a) jednego oka	15
	b) obojga oczu	30
39.	Ciało obce wewnątrzgałkowe powodujące obniżenie ostrości wzroku bez możliwości usunięcia:	5
40.	Ubytki pola widzenia na podstawie badania perymetrycznego:	
	a) koncentryczne ubytki pola widzenia jednego oka do 40%	10
	b) koncentryczne ubytki pola widzenia jednego oka powyżej 40%	20
	c) koncentryczne ubytki pola widzenia obu oczu do 40%	25
	d) koncentryczne ubytki pola widzenia obu oczu powyżej 40%	80
	e) dwuskroniowe	60
	f) dwunosowe	30
	g) jednoimienne	30
	h) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	5
41.	Bezsoczewkowatość po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej:	
	a) w jednym oku	25
	b) w obu oczach	40

42.	Usunięcie zaćmy pourazowej z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej:	
	a) w jednym oku	15
	b) w obu oczach	30
43.	Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie) leczone operacyjnie:	
	a) w jednym oku	5
	b) w obu oczach	10
44.	Odwarstwienie siatkówki jednego oka:	
	a) bez zaburzeń ostrości wzroku	2
	b) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku	5
	c) z całkowitą utratą wzroku	35
45.	Wytrzeszcz tętniący:	50
46.	Przewlekłe zapalenie spojówek:	2
47.	Uszkodzenie powiek:	
	a) niepowodujące niedomykalności	2
	b) powodujące niedomykalność	8
48.	Jaskra pourazowa:	

Ważne: do wszystkich punktów dotyczących narządu wzroku.

Łączny trwały uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia jednego oka nie może przekroczyć 35% lub w obu oczach 100%.

H. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
49.	Pourazowe uszkodzenie ostrości słuchu obliczane jako średnia arytmetyczna progów słyszenia dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz oddzielnie dla ucha prawego i lewego na podstawie audiogramu tonalnego:	
	a) częściowa utrata słuchu w jednym uchu (powyżej 25dB)	5
	b) częściowa utrata słuchu w obu uszach (powyżej 25dB)	10
	c) całkowita utrata słuchu w jednym uchu	20
	d) całkowita utrata słuchu w obu uszach	50
50.	Uszkodzenie jednego ucha lub obu uszu z szumami usznymi:	2
51.	Uszkodzenie małżowiny usznej:	
	a) utrata części małżowiny	5
	b) utrata jednej małżowiny	15
	c) utrata obu małżowin	30
52.	Uszkodzenie ucha środkowego:	
	a) uszkodzenie błony bębenkowej	2
	b) przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego	5
	c) uszkodzenie kosteczek słuchowych	5
53.	Uszkodzenie ucha wewnętrznego z zaburzeniami równowagi:	5

I. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
54.	Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji:	5
55.	Uszkodzenie krtani:	
	a) leczone endoskopowo	5
	b) leczone operacyjnie	15
	c) leczone operacyjnie z konieczności noszenia rurki tchawiczej	30
56.	Uszkodzenia tchawicy:	
	a) bez niewydolności oddechowej	3
	b) z niewydolnością oddechową	35
57.	Uszkodzenia przełyku:	

a)	leczone endoskopowo	3
b)	leczone operacyjnie	10
c)	leczone operacyjnie z rekonstrukcją narządu	40
58.	Zerwanie ścięgien lub mięśni szyi wymagające zabiegu operacyjnego	2

J. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
59.	Utrata brodawki sutkowej:	
a)	częściowa	3
b)	całkowita	8
60.	Utrata gruczołu piersiowego:	
a)	częściowa	8
b)	całkowita	15
61.	Złamanie żebra (za jedno żebro):	1
62.	Złamanie mostka:	
a)	bez przemieszczeń	2
b)	z przemieszczeniami	4
63.	Uszkodzenie płuca:	
a)	utrata części płuca	15
b)	utrata całości płuca	30
64.	Uszkodzenie opłucnej:	
a)	leczone zachowawczo	2
b)	leczone drenażem	4
c)	leczone operacyjnie	8
65.	Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc dodatkowo:	20
66.	Pourazowe uszkodzenie serca lub osierdza:	10
67.	Uszkodzenia przepony po leczeniu operacyjnym:	10

K. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
68.	Przepuklina urazowa, wysiłkowa:	10
69.	Uszkodzenie mięśni brzucha:	2
70.	Przetoka jamy brzusznej będąca wynikiem powikłań pourazowych (z wyłączeniem przetok jelitowych i odbytniczych):	15
71.	Uszkodzenie naczyń jamy brzusznej lub miednicy wymagające leczenia operacyjnego:	8
72.	Uszkodzenie aorty:	10
73.	Uszkodzenie żołądka, jelit i sieci:	
a)	leczone endoskopowo	2
b)	leczone operacyjne bez utraty narządów jamy brzusznej	5
c)	leczone operacyjnie z częściowym usunięciem narządów jamy brzusznej	10
74.	Trwała przetoka jelitowa:	
a)	jelita cienkiego	60
b)	jelita grubego	45
75.	Trwała przetoka okołoodbytnicza:	15
76.	Uszkodzenia odbytu, zwieracza i odbytnicy:	

	a) wymagające szycia rany	3
	b) wymagające leczenia operacyjnego rekonstrukcyjnego	15
	c) wymagające leczenia operacyjnego z wyłonieniem sztucznego odbytu	50
77.	Uszkodzenie śledziony:	
	a) pęknięcie lub krwiak leczone zachowawczo	2
	b) pęknięcie lub krwiak leczone operacyjnie z zachowaniem całości narządu	5
	c) częściowe usunięcie	10
	d) całkowite usunięcie	15
78.	Uszkodzenie wątroby, przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki:	
	a) pęknięcie lub krwiak leczone zachowawczo	2
	b) pęknięcie lub krwiak leczone operacyjnie z zachowaniem całości narządu	8
	c) wycięcie pęcherzyka żółciowego	10
	d) częściowe usunięcie wątroby lub trzustki	10
	e) całkowite usunięcie wątroby lub trzustki	100

L. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
79.	Uszkodzenie nerki:	
	a) pęknięcie lub krwiak jednej nerki leczone zachowawczo	2
	b) pęknięcie lub krwiak jednej nerki leczone operacyjnie z zachowaniem całości narządu	5
	c) częściowa utrata jednej nerki	15
	d) całkowita utrata jednej nerki	35
	e) całkowita utrata obu nerek	100
80.	Uszkodzenie pęcherza moczowego lub moczowodu:	
	a) uszkodzenie pęcherza leczone zachowawczo	2
	b) uszkodzenie pęcherza leczone operacyjnie	10
	c) całkowita utrata pęcherza moczowego	50
	d) uszkodzenie moczowodu leczone operacyjnie	7
81.	Uszkodzenie cewki moczowej:	
	a) leczone zachowawczo	2
	b) leczone operacyjnie	7
	c) uszkodzenie prącia wymagające zaopatrzenia chirurgicznego	5
	d) częściowa utrata prącia	10
	e) całkowita utrata prącia	40
82.	Uszkodzenie dróg moczowych powikłane przetokami dodatkowo:	10
83.	Uszkodzenie jąder lub jajowodów:	
	a) uszkodzenie jąder lub jajowodów leczone zachowawczo	3
	b) uszkodzenie jąder lub jajowodów leczone operacyjnie	5
	c) utrata jednego jajnika lub jednego jądra	20
84.	Uszkodzenie lub utrata pochwy lub macicy:	
	a) uszkodzenie macicy bez utraty narządu	3
	b) częściowa utrata macicy	15
	c) całkowita utrata macicy	30
	d) wypadanie pochwy	10
	e) wypadanie pochwy i macicy	30
85.	Uszkodzenie worka mosznowego, krocza, sromu, pochwy, mięśni lub powięzi leczone operacyjnie:	5

M. NAGŁE ZATRUCIA GAZAMI, DZIAŁANIE CZYNNIKÓW: CHEMICZNYCH, FIZYCZNYCH LUB BIOLOGICZNYCH

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
86. Nagłe zatrucia gazami, działanie czynników chemicznych, fizycznych lub biologicznych (porażenia prądem, porażenia piorunem, ukąszenia) skutkujące pobytem w szpitalu:		
a) od 2 do 3 dni		1
b) powyżej 3 do 5 dni		2
c) powyżej 5 dni		5

N. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
87. Uszkodzenia kręgosłupa (szyjnego, piersiowego, piersiowo-lędźwiowego) potwierdzone w Badaniu obrazowym lub klinicznym (również z towarzyszącym zespołem bólowym):		
a) skręcenie z unieruchomieniem w postaci kołnierza/gorsetu		1
b) zwichnięcie		4
c) złamanie trzonów lub łuków leczone zachowawczo (za każdy krąg)		4
d) złamanie trzonów lub łuków leczone operacyjnie (za każdy krąg)		7
e) złamania wyrostków kolczystych, stawowych lub poprzecznych (za każdy krąg)		1
88. Uszkodzenie więzadeł lub krążków międzykręgowych potwierdzone w Badaniu obrazowym lub klinicznym (również z towarzyszącym zespołem bólowym):		
a) leczone zachowawczo z unieruchomieniem w postaci kołnierza/gorsetu		1
b) leczone operacyjnie		5

Ważne: maksymalny, uszczerbek z tytułu uszkodzeń kręgosłupa nie może przekroczyć 30% za każdy jego odcinek.

89. Porażenia i niedowłady wynikające z uszkodzenia rdzenia kręgowego oceniane najwcześniej po 6 miesiącach od Wypadku (na podstawie jednej ze skal - każdą kończynę ocenia się osobno):

Postać	Skala NIHSS	Skala MRC/Lovetta	Skala FMA		% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
	kończyna górna lub dolna	kończyna górna lub dolna	Kończyna górna	Kończyna dolna	
a) porażenie/plegia	4	0-1	<20	<10	50
b) niedowład znaczący/głęboki	3	2	21-40	11-17	40
c) niedowład umiarkowany	2	3	41-55	18-24	25
d) niedowład lekki	1	4	56-65	25-33	10

90. Uszkodzenia rdzenia kręgowego potwierdzone w badaniach obrazowych niepowodujące niedowładów:

a) leczone zachowawczo	4
b) leczone operacyjnie	7

O. USZKODZENIA MIEDNICY

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
91. Rozejście spojenia łonowego:		
a) leczone zachowawczo		2
b) leczone operacyjnie		6
92. Złamanie jedno lub wielomiejscowe miednicy:		
a) złamanie w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa lub kulszowa) (za każdą)		4
b) złamanie w odcinku przednim obustronne (kość łonowa lub kulszowa) (za każdą)		8
c) złamania miednicy w odcinku przednim i tylnym leczone wyłącznie zachowawczo		15

	d) wielomiejscowe złamania miednicy w odcinku przednim i tylnym leczone operacyjnie	20
93.	Izolowane zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego:	10
94.	Złamanie kości krzyżowej:	3
95.	Złamanie kości guzicznej (ogonowej):	2
96.	Złamanie talerza biodrowego, kolców biodrowych, guza kulszowego (za każde):	2

P. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
ŁOPATKA		
97.	Złamanie łopatki:	
	a) leczone zachowawczo	3
	b) leczone operacyjnie	6
OBOJCZYK		
98.	Złamanie obojczyka:	
	a) leczone zachowawczo	3
	b) leczone operacyjnie	6
99.	Staw rzekomy obojczyka nieleczone operacyjnie:	8
100.	Uszkodzenia stawu obojczykowo - barkowego lub obojczykowo – mostkowego:	
	a) skręcenie	1
	b) zwichnięcie nieleczone operacyjnie	2
	c) zwichnięcie wymagające leczenia operacyjnego	5
101.	Uszkodzenia w obrębie stawu łopatkowo-ramiennego:	
	a) skręcenie	2
	b) zwichnięcie wymagające repozycji lekarza (z wyłączeniem zwichnięć nawykowych)	6
	c) złamanie guzka większego kości ramiennej	3
	d) złamanie głowy lub nasady bliższej kości ramiennej lub panewki łopaki leczone zachowawczo (za każdą)	5
	e) złamanie głowy lub nasady bliższej kości ramiennej lub panewki łopatki leczone operacyjnie (za każdą)	10
	f) złamanie leczone wszczepieniem sztucznego stawu (protezooplastyka)	15
102.	Utrata kończyny górnej:	
	a) w stawie ramiennie-barkowym	70
	b) wraz z łopatką	75
RAMIĘ		
103.	Złamanie trzonu kości ramiennej:	
	a) leczone zachowawczo	5
	b) leczone operacyjnie	8
104.	Uszkodzenia mięśni, naczyń krwionośnych lub ścięgien ramienia:	
	a) leczone zachowawczo	3
	b) leczone operacyjnie	5
105.	Utrata kończyny w obrębie ramienia:	65
ŁOKIEĆ		
106.	Uszkodzenia w obrębie stawu łokciowego	
	a) skręcenie	1
	b) zwichnięcie	4
	c) złamanie dalszego końca kości ramiennej leczone operacyjnie	10
	d) złamanie dalszego końca kości ramiennej lub bliższego końca kości promieniowej lub łokciowej leczone zachowawczo (za każdą)	5
	e) złamanie bliższego końca kości promieniowej lub łokciowej leczone operacyjnie (za każdą)	6
	f) złamanie leczone wszczepieniem całkowitej protezy stawu łokciowego (protezooplastyka)	20
107.	Utrata kończyny na poziomie stawu łokciowego:	65

PRZEDRAMIĘ**108. Złamanie trzonu kości przedramienia (za każdą):**

a) leczone zachowawczo	3
b) leczone operacyjnie	6

109. Złamanie nasady dalszej kości przedramienia (za każdą):

a) leczone zachowawczo	3
b) leczone operacyjnie	7

110. Uszkodzenia mięśni, naczyń krwionośnych lub ścięgien przedramienia leczone operacyjnie: 2**111. Staw rzekomy kości promieniowej lub łokciowej nieleczone operacyjnie:** 10**112. Utrata kończyny w obrębie przedramienia:** 60**NADGARSTEK****113. Uszkodzenia w obrębie nadgarstka:**

a) skręcenie	1
b) uszkodzenie kompleksu chrząstki trójkątnej	3
c) zwinięcie wymagające repozycji lekarza	5
d) złamanie kości nadgarstka leczone zachowawczo	3
e) złamanie kości nadgarstka leczone operacyjnie	7

114. Utrata kończyny na poziomie nadgarstka: 50**ŚRÓDRĘCZE****115. Złamanie kości śródręcza (za każdą kość):**

a) leczone zachowawczo	2
b) leczone operacyjnie	4

PALCE DŁONI**116. Uszkodzenia kciuka:**

a) skręcenie potwierdzone w Badaniach obrazowych	1
b) zwinięcie	2
c) złamanie leczone zachowawczo (za każdy paliczek)	2
d) złamanie leczone operacyjnie (za każdy paliczek)	4
e) utrata opuszki palca lub trwała utrata płytki paznokciowej	1
f) utrata paliczka paznokciowego	6
g) utrata obu paliczków bez kości śródręcza	20
h) utrata obu paliczków z kością śródręcza	25
i) uszkodzenia, przecięcia ścięgien, mięśni (za każde)	2
j) uszkodzenia torebki stawowej	2

117. Uszkodzenia palca wskazującego:

a) skręcenie potwierdzone w Badaniach obrazowych	1
b) zwinięcie	1,5
c) złamanie leczone zachowawczo (za każdy paliczek)	1
d) złamanie leczone operacyjnie (za każdy paliczek)	3
e) utrata opuszki palca lub trwała utrata płytki paznokciowej	1
f) utrata paliczka paznokciowego	5
g) utrata paliczka paznokciowego i środkowego	10
h) utrata trzech paliczków bez kości śródręcza	18
i) utrata trzech paliczków z kością śródręcza	20
j) uszkodzenia, przecięcia ścięgien, mięśni (za każde)	2
k) uszkodzenia torebki stawowej	2

118. Uszkodzenie palców III-V (za każdy palec):

a) skręcenie potwierdzone w Badaniach obrazowych	0,5
b) zwinięcie	1
c) złamanie leczone zachowawczo (za każdy paliczek)	1
d) złamanie leczone operacyjnie (za każdy paliczek)	2

e)	utrata opuszki palca lub trwała utrata płytki paznokciowej	1
f)	utrata paliczka paznokciowego	2,5
g)	utrata paliczka paznokciowego i środkowego	5
h)	utrata trzech paliczków bez kości śródręcza	8
i)	utrata trzech paliczków z kością śródręcza	10
j)	uszkodzenia, przecięcia ścięgien, mięśni (za każde)	1
k)	uszkodzenia torebki stawowej	1

R. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
STAW BIODROWY		
119. Uszkodzenie stawu biodrowego:		
a)	skręcenie	3
b)	zwichnięcie	10
c)	złamanie krętarza większego lub mniejszego kości udowej leczone zachowawczo (za każde)	5
d)	złamanie krętarza większego lub mniejszego kości udowej leczone operacyjnie (za każde)	8
e)	złamania nasady bliższej kości udowej, złamania szyjki lub urazowe złuszczenia głowy kości udowej leczone zachowawczo (za każde)	8
f)	złamania nasady bliższej kości udowej, złamania szyjki lub urazowe złuszczenie głowy kości leczone operacyjnie (za każde)	15
g)	złamanie panewki stawu biodrowego leczone zachowawczo	8
h)	złamanie panewki stawu biodrowego leczone operacyjnie	15
i)	złamania panewki stawu biodrowego lub bliższego końca kości udowej leczone operacyjnie protezoplastyką	25
j)	utrata kończyny w stawie biodrowym	75
UDO		
120. Złamanie trzonu kości udowej:		
a)	leczone zachowawczo	8
b)	leczone operacyjnie	15
121. Uszkodzenia mięśni, naczyń krwionośnych lub ścięgien uda:		3
122. Utrata kończyny w obrębie uda:		60
KOLANO		
123. Złamanie kości tworzących staw kolanowy (z wyłączeniem złamań podchrzęstnych):		
a)	złamanie dalszego końca kości udowej lub bliższego końca kości piszczelowej leczone zachowawczo (za każde)	5
b)	złamanie dalszego końca kości udowej lub bliższego końca kości piszczelowej leczone operacyjnie (za każde)	8
124. Uszkodzenie rzepki:		
a)	złamanie leczone zachowawczo	3
b)	złamanie leczone operacyjnie	5
c)	złamanie leczone operacyjnie z usunięciem rzepki	10
d)	zwichnięcie (z wyłączeniem zwichnięcia nawykowego)	3
125. Skręcenie stawu kolanowego:		2
126. Uszkodzenie aparatu więzadłowego potwierdzone w Badaniach obrazowych i w rozpoznaniu klinicznym:		
a)	jednego więzadła leczone zachowawczo	3
b)	jednego więzadła leczone operacyjnie	5
c)	dwóch więzadeł leczone zachowawczo	6
d)	dwóch więzadeł leczone operacyjnie	8
e)	trzech lub więcej więzadeł leczone zachowawczo	10
f)	trzech lub więcej więzadeł leczone operacyjnie	15

127.	Uszkodzenie łąkotki potwierdzone w Badaniach obrazowych i w rozpoznaniu klinicznym:	
	a) leczone zachowawczo (za każdą)	3
	b) leczone operacyjnie (za każdą)	4
128.	Uszkodzenie chrząstki stawowej potwierdzone w Badaniach obrazowych i w rozpoznaniu klinicznym:	2
129.	Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego:	65
PODUDZIE		
130.	Złamanie kości strzałkowej – izolowane:	
	a) leczone zachowawczo	2
	b) leczone operacyjnie	4
131.	Złamanie trzonu lub dalszego końca kości piszczelowej:	
	a) leczone zachowawczo	4
	b) leczone operacyjnie	6
132.	Uszkodzenie ścięgien lub tkanek miękkich lub naczyń krwionośnych podudzia potwierdzone w Badaniach obrazowych:	
	a) uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone zachowawczo	3
	b) zerwanie ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	5
	c) uszkodzenia tkanek miękkich leczone zachowawczo	2
	d) uszkodzenia tkanek miękkich leczone operacyjnie	4
133.	Utrata kończyny w obrębie podudzia:	45
STAW SKOKOWY, STOPA		
134.	Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego lub skokowo-piętowego:	
	a) skręcenie	1
	b) skręcenie z uszkodzeniem struktur stawowych (wiązał, torebki stawowej) potwierdzone w Badaniach obrazowych niewymagające operacji	2
	c) skręcenie z uszkodzeniem struktur stawowych (wiązał, torebki stawowej) potwierdzone w Badaniach obrazowych wymagające operacji	4
	d) zwichnięcie	5
135.	Złamania w obrębie stopy potwierdzone w badaniu TK, RTG, MRI:	
	a) kostki bocznej	3
	b) kostki przyśrodkowej	3
	c) dwukostkowe	6
	d) trójkostkowe	12
	e) kości skokowej	4
	f) kości piętowej	5
	g) kości stępu	3
	h) kości śródstopia - za każdą kość	2
136.	Utrata stopy:	
	a) w całości	50
	b) na poziomie stawu Choparta	40
	c) w stawie Lisfranca	35
	d) w obrębie kości śródstopia	25
137.	Uszkodzenia mięśni, naczyń krwionośnych lub ścięgien stopy:	1
PALCE STOPY		
138.	Uszkodzenia palucha:	
	a) utrata częściowa	5
	b) utrata całkowita	10
	c) utrata całkowita z kością śródstopia	15
	d) złamanie	2
139.	Uszkodzenia pozostałych palców stopy (za każdy palec):	
	a) utrata częściowa	2
	b) utrata całkowita	3
	c) utrata całkowita z kością śródstopia	5

	d) złamanie	1
140.	Skręcenie, zwichnięcie palca stopy (za każdy palec, w tym paluch):	1
S. INNE		
	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
141.	Uszkodzenia kości powikłane przewlekłym zapaleniem kości, szpiku, kręgów kręgosłupa, przetokami, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przepuklinami mózgowymi:	5

Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym dotycząca powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym.

TABELA TRWAŁYCH USZCZERBKÓW NA ZDROWIU W WYNIKU ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU Z UTRWALONYM DEFICYTEM NEUROLOGICZNYM



A. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU W WYNIKU ZAWAŁU SERCA

1.

Uszkodzenie serca lub osierdzia potwierdzone w dokumentacji medycznej:

**% Trwałego
uszczerbku na
zdrowiu**

a)	z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	5
b)	I klasa NYHA, EF 50-55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	10
c)	II klasa NYHA, EF 50-55%, 7-10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	20
d)	II klasa NYHA, EF 45-49%, 7-10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	30
e)	III klasa NYHA, EF 40-44%, 5-7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	40
f)	III klasa NYHA, EF 35-39%, 5-7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	50
g)	IV klasa NYHA, EF 20-34%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	60
h)	IV klasa NYHA, EF poniżej 20%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	70

B. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU W WYNIKU UDARU MÓZGU Z UTRWALONYM DEFICYTEM NEUROLOGICZNYM



2. **Porażenia i niedowłady (na podstawie jednej ze skal - każdą kończynę ocenia się osobno):**

Postać	Skala NIHSS	Skala MRC/ Lovetta	Skala FMA		% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
	kończyna górna lub dolna	kończyna górna lub dolna	Kończyna górna	Kończyna dolna	
a) porażenie/plegia	4	0-1	<20	<10	50
b) niedowład znaczący/głęboki	3	2	21-40	11-17	40
c) niedowład umiarkowany	2	3	41-55	18-24	25
d) niedowład lekki	1	4	56-65	25-33	10

3. **Afazja (oceniana na podstawie opisanych objawów lub skali):**

Postać	Nasilenie opisowe na podstawie wytycznych Boston Diagnostic Aphasia Examination	Skala NIHSS	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
a) Afazja czuciowa			
i) lekka	nieznaczne zaburzenia rozumienia, mowa płynna	1	20
ii) umiarkowana	wyraźne zaburzenia rozumienia, złożonych struktur, anomia	2	40
iii) ciężka	głębokie zaburzenia rozumienia, niewielkie rozumienie otoczenia	3	60
b) Afazja ruchowa			
i) lekka	okazyjne trudności słowne, mowa z wysiłkiem ale gramatycznie poprawna	1	20
ii) umiarkowana	brak fluencji, styl telegraficzny, agramatyzm	2	40
iii) ciężka	brak mowy spontanicznej, powtarzanie utrudnione, apraksja	3	60
c) Afazja mieszana			
i) lekka	objawy łagodne obu typów	1	30
ii) umiarkowana	zaburzenia rozumienia i nadawania mowy	2	60
iii) ciężka/globalna	całkowita/prawie całkowita utrata mowy i rozumienia, brak użytecznej komunikacji	3	100

4. Dyztartia

a) umiarkowana – 1 stopień w skali NIHSS	40
b) ciężka – 2 stopień w skali NIHSS	100

5. Zespoły pozapiramidowe potwierdzone w Badaniach medycznych (na podstawie opisanych objawów lub jednej ze skal):

Postać	Opis kliniczny i funkcjonalny	Skala UPDRS (Część III- Motoryczna)	Skala Simpsona- Angusa (SAS) (średnia punktów)	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
a) lekka	Obecne łagodne objawy: niewielkie drżenie spoczynkowe, lekka sztywność (koła zębatego) wyczuwalna przy badaniu, spowolnienie ruchów (bradykineza). Funkcjonalność: Objawy nieznacznie utrudniające życie, pełna samodzielność w samoobsłudze.	11 – 30 pkt	0.3 – 1.0 (klinicznie łagodne)	20
b) umiarkowana	Wyraźne objawy: widoczne drżenie, umiarkowana sztywność (opór przy ruchach biernych), wyraźne spowolnienie, zaburzenia chodu (chód drobnymi krokami), uboga mimika (hipomimia). Funkcjonalność: Utrudniona sprawność ustroju, trudności z precyzyjnymi czynnościami (zapinanie guzików, jedzenie), chód samodzielny, ale wolny i niepewny. Często towarzyszą zaburzenia mowy (mowa cicha, monotonna).	31 – 60 pkt	1.1 – 2.0 (klinicznie istotne)	60
c) ciężka	Nasilone objawy: silne drżenie uniemożliwiające chwyt, sztywność typu „rury ołowianej”, zastyganie w bezruchu (akineza), upadki (niestabilność postawy). Funkcjonalność: Znaczne ograniczenie sprawności, pacjent wymaga stałej pomocy lub opieki innych osób przy wstawaniu, chodzeniu i higienie.	> 60 pkt	> 2.0 (ciężkie nasilenie)	100

6. Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego (na podstawie opisanych objawów lub jednej ze skal):

Postać	Opis kliniczny i funkcjonalny	Skala SARA	Skala Berga (BBS)	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
a) lekka	Chód samodzielny bez pomocy, ale „na szerszej podstawie”. Niewielkie zachwianie przy zwrotach lub chodzie tandemowym. Dyskretna dysmetria w próbach palec-nos/pięta-kolano. Pełna samodzielność.	3,5 – 10 pkt (samodzielny chód)	41 – 49 pkt (Niskie ryzyko upadku, ale chód z deficytem)	30
b) umiarkowana	Chód wyraźnie chwiejny, „marynarski”. Często wymaga asekuracji (laska, kula) lub sporadycznego podtrzymania przez drugą osobę (zwłaszcza przy nierównościach). Trudności z precyzyjnymi ruchami kończyn. Samodzielność ograniczona.	10,5 – 22 pkt (chód z pomocą/ przyrządem)	21 – 40 pkt (Średnie/ Wysokie ryzyko upadku)	60
c) ciężka	Brak możliwości samodzielnego stania i chodzenia (nawet z pomocą). Pacjent porusza się na wózku lub leży. Głęboka ataksja tułowa (siedzi chwiejnie).	> 22,5 pkt	0 – 20 pkt (Bardzo wysokie ryzyko upadku)	100

7. **Padaczka (na podstawie opisanych objawów lub jednej ze skal):**

Postać	Opis kliniczny i funkcjonalny (na podstawie wytycznych ILAE i NICE)	Skala NHS3	Skala LSSS 2.0	Wpływ na jakość życia (QOLIE-31)	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
a) nietypowa/śladowa	Napady o różnej morfologii, bez utraty przytomności (np. napady częściowe proste, sensoryczne). Brak upadków. Pacjent w pełni samodzielny.	1 – 5 pkt	< 20 pkt	> 70 pkt (Dobra jakość życia)	5
b) padaczka łagodna	Napady z utratą świadomości rzadkie (≤ 2 w roku) lub częstsze napady bez utraty przytomności, które nie powodują upadków. Dobra kontrola farmakologiczna. Brak istotnych zaburzeń poznawczych.	6 – 10 pkt	20 – 40 pkt	60 – 70 pkt	20
c) padaczka umiarkowana	Napady z utratą przytomności (toniczno-kloniczne lub częściowe złożone) występujące regularnie (> 1 w kwartale), mimo leczenia. Czasami występują upadki lub urazy. Zdolność do pracy zachowana z ograniczeniami (zakaz pracy na wysokości/przy maszynach).	11 – 15 pkt	41 – 60 pkt	40 – 60 pkt (wyraźny wpływ na życie)	40
d) padaczka znaczna	Częste napady z utratą przytomności (≥ 1 w miesiącu) lub napady z ciężkimi urazami/upadkami. Długi okres ponapadowy. Obecne zmiany charakterologiczne lub lekkie otępienie. Znaczne utrudnienie wykonywania pracy zawodowej.	16 – 20 pkt	61 – 80 pkt	30 – 40 pkt	70
e) padaczka ciężka/lekooporna	Liczne napady z utratą przytomności (często seryjne lub stany padaczkowe). Towarzyszące głębokie zaburzenia psychiczne, charakteropatia, otępienie. Pacjent wymaga stałej opieki osób trzecich (niebezpieczeństwo urazów, brak samodzielności).	> 20 pkt	> 80 pkt	< 30 pkt (bardzo niska jakość życia)	100
Ważne: Padaczkę oceniamy na podstawie dokumentacji od lekarza specjalisty (neurologa) potwierdzającej rozpoznanie padaczki klinicznej oraz na podstawie badania EEG opisującego zmiany napadowe lub w przypadku prawidłowego EEG - na podstawie dokumentacji potwierdzającej skuteczność wdrożonego leczenia przeciwpadaczkowego lub karta informacyjna z leczenia szpitalnego po wystąpieniu napadu (np. na SOR). Udowodnienie lekooporności (dla stopni $> 40\%$): W przypadku padaczki lekoopornej, wymagana jest dokumentacja potwierdzająca stosowanie co najmniej dwóch leków przeciwpadaczkowych w dawkach terapeutycznych przez okres minimum 12 miesięcy bez uzyskania pełnej kontroli napadów (zgodnie z definicją padaczki lekoopornej ILAE).					

Trwały uszczerbek na zdrowiu

% Trwałego uszczerbku na zdrowiu

8. **Uszkodzenie nerwów: jednostronne nerwu twarzewego, trójdzielnego (za każdy):**

a) częściowe	5
b) całkowite	15

9. **Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):**

a) zmiany charakterologiczne i/lub deficyt neurologiczny o niewielkim nasileniu, nieznacznie ograniczający sprawność	15
b) umiarkowana encefalopatia – zmiany charakterologiczne i/lub deficyt neurologiczny o średnim nasileniu, częściowo ograniczający funkcjonowanie	40
c) znaczna encefalopatia – obecne zmiany charakterologiczne i/lub duży deficyt neurologiczny, wyraźnie ograniczający funkcjonowanie	70
d) ciężka encefalopatia – objawy neurologiczne i psychiczne znacznie ograniczające sprawność, wymagające stałej opieki (np. otępienie, psychozy, poważne zaburzenia zachowania)	100

Ważne: Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, psychiatrycznym oraz badania dodatkowe (EEG, TK lub NMR).

10.	Ubytki pola widzenia na podstawie badania perymetrycznego:	
	a) koncentryczne ubytki pola widzenia jednego oka do 40%	10
	b) koncentryczne ubytki pola widzenia jednego oka powyżej 40%	20
	c) koncentryczne ubytki pola widzenia obu oczu do 40%	25
	d) koncentryczne ubytki pola widzenia obu oczu powyżej 40%	80
	e) dwuskroniowe	60
	f) dwunosowe	30
	g) jednoimienne	30
	h) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	5
11.	Uszkodzenie ostrości słuchu obliczane jako średnia arytmetyczna progów słyszenia dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz oddzielnie dla ucha prawego i lewego na podstawie audiogramu tonalnego:	
	a) częściowa utrata słuchu w jednym uchu (powyżej 25dB)	5
	b) częściowa utrata słuchu w obu uszach (powyżej 25dB)	10
	c) całkowita utrata słuchu w jednym uchu	20
	d) całkowita utrata słuchu w obu uszach	50

Katalog poważnych zachorowań dotyczący ryzyk ubezpieczeniowych:

a) wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania;

b) wystąpienie u małżonka albo partnera poważnego zachorowania.

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ	
Poważne zachorowanie	Definicja
1. Anemia Aplastyczna	Przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię, trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej 2 z niżej wymienionych sposobów: 1) przetaczanie preparatów krwiopochodnych; 2) podawanie preparatów stymulujących szpik; 3) podawanie preparatów immunosupresyjnych; 4) przeszczepienie szpiku kostnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii na podstawie wyniku biopsji szpiku kostnego. Definicja nie obejmuje wad wrodzonych oraz przypadków anemii aplastycznej w wyniku leczenia farmakologicznego, chemioterapii lub radioterapii. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się rozpoczęcie specjalistycznego leczenia w okresie naszej odpowiedzialności.
2. Bakteryjne zapalenie mózgu z ubytkiem neurologicznym	Postać choroby wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych, rozpoznana na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych, potwierdzona wynikami: badania płynu mózgowo-rdzeniowego, badań bakteriologicznych lub immunologicznych, powodująca trwałe ubytki lub deficyt neurologiczny nie poddający się rehabilitacji w ciągu 6 miesięcy. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
3. Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych z ubytkiem neurologicznym	Postać choroby wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych, rozpoznana na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych, potwierdzona wynikami: badania płynu mózgowo-rdzeniowego, badań bakteriologicznych lub immunologicznych, powodująca trwałe ubytki lub deficyt neurologiczny nie poddający się rehabilitacji w ciągu 6 miesięcy. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
4. Bąblowiec mózgu leczony operacyjnie	Bąblowiec mózgu wymagający wykonania operacji chirurgicznej usunięcia torbieli bąblowcowej mózgu spowodowanej tasiemcem z rodzaju <i>Echinococcus</i>. Rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone badaniem histopatologicznym. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w okresie naszej odpowiedzialności.
5. Bąblowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej leczony operacyjnie	Bąblowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej wymagający wykonania operacji chirurgicznej, polegającej na usunięciu torbieli bąblowcowej, spowodowanej tasiemcem z rodzaju <i>Echinococcus</i>. Rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone badaniem histopatologicznym. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
6. Chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass)	Przeprowadzenie operacji chirurgicznej, przy otwartej klatce piersiowej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona wskutek zalecenia specjalisty – kardiologa. Definicja nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji chirurgicznej w okresie naszej odpowiedzialności.
7. Cholera	Ostra choroba zakaźna wywołana przez przecinkowce cholery (<i>Vibrio cholerae</i>), potwierdzona charakterystycznym obrazem klinicznym oraz pozytywnym wynikiem badania diagnostycznego mikrobiologicznego lub immunologicznego. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.

8.	Choroba Alzheimera	Pogorszenie lub utrata czynności intelektualnych spowodowana nieodwracalnymi zmianami funkcjonowania mózgu. Rozpoznanie musi zostać postawione przez Lekarza specjalistę na podstawie danych klinicznych oraz testów i kwestionariuszy służących do diagnostyki choroby Alzheimera i demencji. Choroba musi powodować poważne upośledzenie funkcji poznawczych. Definicja nie obejmuje innych typów demencji. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
9.	Choroba Creutzfeldta-Jakoba	Postępująca choroba zakaźna, prowadząca do uszkodzenia centralnego układu nerwowego charakteryzująca się objawami psychicznymi (otępienie) oraz neurologicznymi (objawy porażenia nerwów, zaburzenia wzroku, zaburzenia równowagi i inne). Jednoznaczna diagnoza musi być postawiona przez Lekarza specjalistę. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
10.	Choroba Huntingtona (pląsawica Huntingtona)	Postępująca choroba genetyczna ośrodkowego układu nerwowego, objawiająca się niekontrolowanymi ruchami i postępującym otępieniem, potwierdzona charakterystycznymi objawami klinicznymi oraz pozytywnymi wynikami badań dodatkowych EEG, neuroobrazowych, immunologicznych. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
11.	Choroba Leśniowskiego – Crohna o ciężkim przebiegu	Ciężka postać choroby z pełnościenne, ziarniniakowym zapaleniem jelita, przebiegająca z wytworzeniem przetok, niedrożnością lub perforacją jelita, potwierdzona charakterystycznym obrazem klinicznym oraz wynikami badania histopatologicznego lub immunologicznego. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
12.	Choroba neuronu ruchowego	Wystąpienie jednej z niżej wymienionych chorób, potwierdzonych przez Lekarza specjalistę, których wspólną cechą są objawy uszkodzenia neuronów ruchowych: 1) stwardnienia zanikowego bocznego (SLA); 2) postępującego zaniku mięśni (PMA); 3) pierwotnego stwardnienia bocznego (PLS); 4) postępującego porażenia opuszkowego (PBP). Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
13.	Choroba Parkinsona	Przewlekła choroba układu pozapiramidowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia produkcji dopaminy. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone wystąpieniem co najmniej 2 z 3 objawów choroby, tj. akinezy, drżenia spoczynkowego, wzmożenia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej). Definicja nie obejmuje zespołów objawów parkinsonowskich wywołanych innymi schorzeniami oraz przypadków choroby Parkinsona wywołanej lekami lub substancjami toksycznymi. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
14.	Ciężkie oparzenia	Oparzenia czynnikami fizycznymi lub chemicznymi wymagające hospitalizacji i obejmujące: 1) powyżej 40% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie lub 2) co najmniej 20% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zajęcie Wypadku prowadzącego do powyższych następstw w okresie naszej odpowiedzialności.
15.	Cukrzyca o ciężkim przebiegu (typ 1)	Cukrzyca insulinozależna wymagająca stałego i regularnego podawania insuliny. Warunkiem uznania zasadności Świadczenia jest: 1) podawanie insuliny potwierdzone przez specjalistę diabetologa; 2) potwierdzenie diagnozy przez specjalistę diabetologa. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
16.	Dur brzuszny	Ostra ogólnoustrojowa choroba zakaźna wywołana przez pałeczkę duru brzuszego (<i>Salmonella typhi</i>) potwierdzona charakterystycznymi objawami klinicznymi i wynikami badań dodatkowych (bakteriologicznych, histopatologicznych, immunologicznych). Definicja nie obejmuje przypadków bezobjawowego nosicielstwa <i>Salmonella typhi</i> lub <i>Salmonella paratyphi</i> . Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.

17.	Dystrofia mięśniowa	Choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym powodująca postępujący zanik mięśni, prowadząca do trwałych zaburzeń ich funkcji, stwierdzona na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych oraz wyników biopsji mięśnia i elektromiografii i (EMG), skutkująca trwałym ograniczeniem zdolności do samodzielnej egzystencji w postaci braku możliwości wykonania co najmniej 2 z 5 podstawowych czynności dnia codziennego: 1) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem do lub pod prysznic i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób; 2) ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania; 3) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku; 4) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie; 5) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
18.	Gorączka Denga	Ostra tropikalna choroba zakaźna wywołana wirusem dengi, przebiegająca z wysoką gorączką, bólami głowy, bólem pozagałkowym, bólami mięśni, bólami stawów, wysypką, krwotokami, leukopenią. Rozpoznanie musi być potwierdzone jednym z badań mikrobiologicznych: izolacją wirusa dengi z surowicy, osocza lub leukocytów; wykryciem kwasów nukleinowych metodą PCR; wykryciem antygenów wirusa lub co najmniej 4-krotnym wzrostem miana przeciwciał IgM lub IgG przy wykluczeniu reakcji krzyżowych z innymi flawiivirusami. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
19.	Gorączka Ebola	Choroba zakaźna wywołana przez wirusa Ebolę. Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny musi być jednoznacznie potwierdzone za pomocą odpowiednich testów laboratoryjnych. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
20.	Gorączka Zachodniego Nilu	Ostra choroba tropikalna wywołana wirusem Zachodniego Nilu, przebiegająca z wysoką gorączką, nudnościami, wymiotami, trudnościami w połykaniu. Rozpoznanie musi być potwierdzone charakterystycznym obrazem klinicznym oraz odpowiednim poziomem przeciwciał klasy IgM. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
21.	Gruźlica	Choroba spowodowana prątkiem gruźlicy (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>, <i>Mycobacterium bovis</i>, <i>Mycobacterium africanum</i>) przebiegająca z zajęciem mięszu płucnego lub drzewa tchawicz-oskrzelowego bądź też opłucnej, węzłów chłonnych klatki piersiowej, układu moczowo-płciowego, kości i stawów, opon mózgowych. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego bądź histologicznego (immunologicznego) i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwprątkowego. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
22.	Infekcyjne zapalenie wsierdza	Choroba infekcyjnego zapalenia wsierdza u osoby z własnymi, naturalnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, rozpoznana zgodnie z obowiązującymi kryteriami medycznymi przez specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych lub kardiologii. Definicja nie obejmuje przypadków tej choroby u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca, wszczepionymi urządzeniami do elektroterapii (elektrostymulatorem, kardiowerterem), u osób, które przebyły operację serca, u osób używających środków uzależniających. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
23.	Kardiomiopatia pierwotna	Kardiomiopatia: rozstrzeniowa, przerostowa, gąbczasta, restrykcyjna i arytmogenna prawej komory, skutkująca znaczną i nieodwracalną niewydolnością serca w stopniu co najmniej II według skali Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA), bez współwystępowania choroby wieńcowej, nadciśnienia tętniczego, wady zastawkowej lub wrodzonej serca na tyle istotnej, by doprowadzić do obserwowanej patologii miokardium. Kardiomiopatia musi być potwierdzona badaniem klinicznym i wynikami niezbędnych badań obrazowych takich jak: echokardiograficzne lub tomografii a komputerowa lub magnetyczny rezonans jądrowy lub cewnikowanie serca. Definicja nie obejmuje kardiomiopatii wtórnych. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.

24.	Łagodny nowotwór mózgu	Wewnątrzczaszkowy, niezłośliwy nowotwór mózgu, opon lub nowotwory nerwów czaszkowych, rozpoznane na podstawie wyników badań neuroobrazowych, immunologicznych lub histopatologicznych, który został usunięty lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, spowodował trwały ubytek neurologiczny. Definicja nie obejmuje: guzów przysadki i szyszynki, torbieli, ziarniniaków, malformacji naczyniowych. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
25.	Łagodny nowotwór rdzenia kręgowego	Wewnątrzkanałowy, niezłośliwy nowotwór rdzenia kręgowego i opon rdzenia, który został usunięty lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, spowodował trwały ubytek neurologiczny, rozpoznany na podstawie pozytywnych wyników badań dodatkowych obrazowych, immunologicznych lub histopatologicznych. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
26.	Łuszczycowe zapalenie stawów	Choroba zapalna stawów występująca u osób chorujących na łuszczycę, która została rozpoznana przez Lekarza specjalistę. Odpowiedzialnością objęte są przypadki postaci wielostawowej (co najmniej 5 stawów), osiowej lub okaleczającej postaci Łuszczycowego zapalenia stawów. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
27.	Malaria skutkująca leczeniem szpitalnym	Choroba zakaźna wywołana przez zarodźca zimnicy. Odpowiadamy wyłącznie za taką zimnicę, która skutkowała hospitalizacją. Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny muszą być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
28.	Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie	Masywny zator tętnicy płucnej, w którym wymagane jest usunięcie świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej poprzez jego nacięcie (tzw. embolektomia chirurgiczna) w trakcie zabiegu operacyjnego wykonanego w trybie pilnym z powodu ostrego zatoru tętnicy płucnej. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w okresie naszej odpowiedzialności.
29.	Neuroborelioza skutkująca leczeniem szpitalnym	Krętkowica przenoszona przez kleszcze przebiegająca z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórными objawiającymi się rumieniem, zapaleniem stawów, zapaleniem mięśnia sercowego oraz różnorodnymi objawami neurologicznymi i skutkująca koniecznością leczenia szpitalnego. Zdiagnozowanie choroby powinno być jednoznacznie potwierdzone przez Lekarza specjalistę i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
30.	Nowotwór złośliwy	Nowotwór inwazyjny, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka (w tym mięsaka skóry). Definicja nie obejmuje: 1) raka nieinwazyjnego, raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji, raka o granicznej złośliwości, raka o niskim stopniu złośliwości oraz wszelkich zmian przedrakowych; 2) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0) lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7; 3) wszelkich nowotworów skóry z wyjątkiem: czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM, chłoniaka skóry oraz mięsaka skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1N0M0 według klasyfikacji TNM; 4) raka brodawkowego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1aN0M0, T1bN0M0); 5) przewlekłej białaczki limfatycznej w stadium niższym niż stopień III według klasyfikacji Rai; 6) wczesnego stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM; 7) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV. Za Wystąpienie poważnego zachorowania przyjmuje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego w okresie naszej odpowiedzialności, które potwierdziło obecność nowotworu złośliwego. Jeśli z medycznego punktu widzenia wykonanie badania histopatologicznego nie jest możliwe lub jest ryzykowne, za Wystąpienie poważnego zachorowania przyjmuje się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności przez Lekarza specjalistę na podstawie dokumentacji medycznej.

31.	Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu skutkujące leczeniem szpitalnym	Postać choroby przenoszonej przez kleszcze, która przebiega z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkująca koniecznością hospitalizacji oraz potwierdzona badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozpoznanie choroby powinno być jednoznacznie ustalone przez Lekarza specjalistę i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
32.	Operacja aorty	Operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Definicja nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu wszelkich rodzajów stentów (także stentgraftu) do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w okresie naszej odpowiedzialności.
33.	Operacja zastawek serca	Przeprowadzona pierwszorazowa operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonana przy otwartym sercu lub bez otwierania serca. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę w zakresie kardiologii. Definicja nie obejmuje operacji naprawczej zastawki serca (a więc bez wymiany) oraz przeszskórnego zabiegu plastyki zastawek. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w okresie naszej odpowiedzialności.
34.	Pełzakowica skutkująca leczeniem szpitalnym	Choroba zakaźna wywołana przez pełzaka czerwonej (<i>Entamoeba histolytica</i>). Odpowiadamy wyłącznie za taką pełzakowicę, która skutkowała hospitalizacją. Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny muszą być jednoznacznie potwierdzone za pomocą odpowiednich testów laboratoryjnych. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
35.	Pierwotne płucne nadciśnienie tętnicze (PAH)	Choroba będąca następstwem przerostu mięśniówki gładkiej naczyń tętniczych płuc oraz zmian (pogrubienia, włóknienia, martwicy) w ich błonie wewnętrznej i środkowej. Dla rozpoznania choroby jest wystąpienie następujących parametrów podczas cewnikowania tętnicy płucnej: 1) wzrost średniego ciśnienia >20 mmHg; 2) naczyniowy opór płucny >2 WU (mmHg/L/min); 3) ciśnienie zaklinowania we włosniczkiach płucnych <15 mmHg. Definicja nie obejmuje nadciśnienia płucnego rozwijającego się wtórnie do istniejących chorób (wtórne nadciśnienie płucne). Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
36.	Piorunujące zapalenie wątroby (ostra niewydolność wątroby)	Gwałtownie rozwijająca się masywna martwica komórek wątrobowych prowadząca bezpośrednio do niewydolności wątroby. Rozpoznanie musi być ustalone na podstawie wystąpienia wszystkich poniższych warunków: 1) zmniejszania się wątroby spowodowanego uszkodzeniem jej mięszu; 2) podwyższonego poziomu enzymów wskaźnikowych uszkodzenia komórki wątrobowej; 3) nasilającej się żółtaczki; 4) encefalopatii wątrobowej lub obecności zaburzeń krzepnięcia z INR powyżej 1.5. Definicja nie obejmuje przypadków piorunującego zapalenia wątroby wywołanego alkoholem, substancjami toksycznymi, niewłaściwym zażywaniem leków. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
37.	Porażenie kończyn	Całkowita i trwała utrata funkcji co najmniej 2 kończyn, spełniająca kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowana Wypadkiem lub chorobą nerwów rdzeniowych, rdzenia kręgowego lub mózgu. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
38.	Postępujące porażenie nadjądrowe	Postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego rozpoznana przez Lekarza specjalistę na podstawie aktualnych standardów diagnostycznych jako postępujące porażenie nadjądrowe, która doprowadziła do stałych zaburzeń ruchowych, zaburzeń ruchomości gałek ocznych oraz niestabilności postawy. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.

39.	Pourazowe uszkodzenie mózgu	Uszkodzenie tkanki mózgowej w wyniku Wypadku, potwierdzone badaniami neuroobrazowymi, skutkujące stwierdzonymi w badaniu klinicznym ograniczeniami samodzielnej egzystencji wyrażającymi się utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum 3 z 5 podstawowych czynności życiowych dnia codziennego: 1) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem do wanny lub pod prysznic i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób; 2) ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania; 3) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku; 4) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie; 5) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zajście Wypadku prowadzącego do powyższych następstw w okresie naszej odpowiedzialności.
40.	Przeszczep narządów	Przeszczepienie jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie na listę biorców oczekujących na przeszczep: serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki, jelita lub kombinacji tych narządów w trakcie tego samego zabiegu oraz szpiku kostnego po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zakwalifikowanie na listę biorców lub przeszczep w okresie naszej odpowiedzialności.
41.	Przeskórna angioplastyka wieńcowa	Zabieg przezskórno poszerzenia zwężeń lub niedrożności dwóch lub więcej tętnic wieńcowych, przeprowadzony z powodu dolegliwości dławicowych, przy użyciu cewnika balonowego. Schorzenie musi być potwierdzone wykazaniem w badaniu koronarograficznym obecności co najmniej 70-procentowego zwężenia światła każdej z dwóch lub więcej tętnic wieńcowych oraz kartą informacyjną poświadczającą rzeczywiste przebycie zabiegu balonowego poszerzenia co najmniej dwóch tętnic wieńcowych w trakcie jednego zabiegu. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się rozpoczęcie specjalistycznego leczenia w okresie naszej odpowiedzialności.
42.	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	Aktywna, rozlana, zapalna choroba miększu wątroby, wywołana przez wirusa zapalenia wątroby typu B (HBV = HBsAg). Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B rozpoznaje się na podstawie poniższych kryteriów występujących łącznie: 1) stałej obecności antygenu powierzchniowego wirusa HBV (HBsAg) w surowicy przez okres przynajmniej 6 miesięcy; 2) utrzymywania się stałej lub okresowej zwiększonej aktywności ilości ALT (aminotransferazy alaninowej) powyżej górnej granicy normy. Definicja nie obejmuje: 1) przewlekłego nosicielstwa HBsAg; 2) przebytego WZW typu B. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
43.	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	Przewlekłe, aktywne zapalenie wątroby, wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C, trwające ponad 6 miesięcy. Kryteria rozpoznania, które muszą być spełnione łącznie: 1) stwierdzenie obecności przeciwciał anty HCV (IgG) lub/i obecności HCV RNA; 2) w badaniu histopatologicznym (biopsja wątroby) albo badaniu elastograficznym wątroby wykonanym nie wcześniej niż po 6 miesiącach od początku choroby obecność cech przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby oraz włóknienia lub marskości. Definicja nie obejmuje przypadków rozpoznania WZW C u osób z infekcją HIV/AIDS. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.

44.	Reumatoidalne zapalenie stawów o ciężkim przebiegu	Uogólnione uszkodzenie stawów wyrażające się deformacją co najmniej 3 z następujących grup stawów: stawy międzypaliczkowe rąk, stawy nadgarstkowe, stawy łokciowe, stawy kręgosłupa szyjnego, stawy kolanowe, stawy stóp. Ubezpieczeniem są objęte wyłącznie przypadki ograniczenia samodzielnej egzystencji wyrażającego się utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum 3 z 5 podstawowych czynności życiowych dnia codziennego: 1) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem do wanny lub pod prysznic i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób; 2) ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania; 3) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku; 4) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie; 5) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
45.	Ropień mózgu leczony operacyjnie	Ropień mózgu, wymagający usunięcia chirurgicznego. Rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone badaniem histopatologicznym. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w okresie naszej odpowiedzialności.
46.	Ropień płuca lub śródpiersia leczony operacyjnie	Ropień płuca lub śródpiersia, dla którego konieczne jest przeprowadzenie leczenia operacyjnego. Definicja nie obejmuje ropniaka opłucnej oraz przypadków ropnia wtórnego płuc powstających w przebiegu zabiegów diagnostyczno-leczniczych, takich jak: endoskopia, torakoskopia, chirurgiczne otwarcie klatki piersiowej, instrumentacja przełyku i dróg oddechowych oraz kaniulacja centralnych naczyń żylnych i tętniczych wewnątrz klatki piersiowej. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w okresie naszej odpowiedzialności.
47.	Schistosomatoza (bilharjoza)	Choroba pasożytnicza, wywołwana przez przywry krwi z rodzaju <i>Schistosoma</i>, potwierdzona charakterystycznymi objawami klinicznymi i wynikiem badania parazytologicznego, serologicznego, immunologicznego lub histopatologicznego. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
48.	Schyłkowa niewydolność nerek	Schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek (lub jednej w przypadku braku drugiej) oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek. Wymagane jest udokumentowanie rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii (z podaniem daty przeprowadzenia pierwszej dializy) lub przeszczepu nerki lub udokumentowanie wpisania na listę biorców. Definicja nie obejmuje: ostrej odwracalnej niewydolności nerek, przy której konieczna jest czasowa dializa oraz niewydolność jednej nerki. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się rozpoczęcie specjalistycznego leczenia lub przeszczepu nerki lub wpisanie na listę biorców, w zależności od tego które ze zdarzeń nastąpiło jako pierwsze w okresie naszej odpowiedzialności.
49.	Schyłkowa niewydolność oddechowa	Schyłkowe stadium choroby płuc powodującej przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami: 1) natężona objętość wydechuwa jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach; 2) konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię; 3) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO2) równe lub niższe niż 55 mmHg; 4) duszność spoczynkowa. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza specjalistę. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
50.	Schyłkowa niewydolność wątroby	Schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby powodująca co najmniej 1 z poniższych objawów: 1) wodobrzusze niepoddające się leczeniu; 2) trwała żółtaczka; 3) żylaki przełyku; 4) encefalopatia wrotna. Definicja nie obejmuje przypadków chorób wątroby powstałych wskutek nadużywania alkoholu, substancji psychoaktywnych, leków. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.

51.	Sepsa o ciężkim przebiegu	Zespół uogólnionej reakcji zapalnej spowodowany przez infekcję bakteryjną, wirusową lub grzybiczą rozprzestrzeniającą się drogą krwionośną, charakteryzującą się obecnością drobnoustrojów chorobotwórczych lub ich toksycznych metabolitów we krwi i prowadzącą do niewydolności wielonarządowej. Definicja obejmuje też przypadki wstrząsu septycznego. Dodatkowo spełnione muszą być co najmniej 2 z następujących kryteriów diagnostycznych zespołu uogólnionej reakcji zapalnej: 1) przyspieszenie czynności serca (tachykardia) o wartość większą, niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej limitu normy dla danego wieku; 2) temperatura ciała powyżej 38,5°C lub poniżej 36°C; 3) przyspieszenie częstości oddechów o wartość większą niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej limitu normy dla danego wieku lub konieczność prowadzenia mechanicznej wentylacji niezależnie od schorzeń układu nerwowomięśniowego lub działania leków; 4) liczba krwinek białych zwiększona lub zmniejszona poza przedział wartości prawidłowych dla danego wieku lub zawartość form niedojrzałych w rozmazie krwi ponad 10%. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
52.	Stwardnienie rozsiane z ubytkami neurologicznymi	Choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego), rozpoznana przez Lekarza specjalistę, wywołana procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi, przejawiająca się zespołem licznych ubytków neurologicznych, rozpoznana na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonald, poprzedzona epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację objawów: uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
53.	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. Definicja nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej oraz śpiączki wynikającej ze spożycia alkoholu i innych substancji odurzających. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
54.	Tężec skutkujący leczeniem szpitalnym	Ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczki tężca (<i>Clostridium tetani</i>), która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i skutkowała koniecznością leczenia szpitalnego. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
55.	Toczeń rumieniowaty układowy	Choroba autoimmunologiczna przebiegająca z typowymi zmianami skórными, nadwrażliwością na słońce, dolegliwościami ze strony stawów i zaburzeniami immunologicznymi, przy współistnieniu zmian w układzie krążenia, lub układzie nerwowym lub w nerkach. Rozpoznanie tocznia powinno być postawione zgodnie z międzynarodowymi kryteriami diagnostycznymi Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego. Definicja nie obejmuje: 1) tocznia rumieniowatego układowego polekowego; 2) tocznia rumieniowatego krążkowego. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
56.	Twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)	Układowa choroba tkanki łącznej przebiegająca z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. W rozumieniu niniejszej definicji musi przebiegać z zajęciem serca lub płuc lub nerek. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami biopsji i badań serologicznych. Definicja nie obejmuje twardziny miejscowej (twardziny liniowej lub plackowatej), eozynofilowego zapalenia powięzi i zespołu CREST. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.

57.	Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym	Nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej, w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmoźgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych, znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie udaru musi zostać potwierdzone wystąpieniem świeżych zmian naczyniopochodnych zaobserwowanych w badaniach obrazowych (np. w badaniu rezonansu magnetycznego, badaniu tomografii komputerowej). Odpowiedzialnością objęte są również przypadki udaru mózdzku, rdzenia przedłużonego, rdzenia kręgowego, które spełniają powyższe kryteria. Definicja nie obejmuje: 1) epizodów pourazowego krwotoku śródmózgowego oraz pourazowego krwotoku podpajęczynówkowego; 2) udaru mózgu dokonanego w nieokreślonej przeszłości lub takiego, którego daty wystąpienia nie można jednoznacznie określić; 3) przemijającego napadu niedokrwiennego (TIA) ani odwracalnego niedokrwiennego deficytu neurologicznego (RIND); 4) wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
58.	Utrata kończyn (wskutek wypadku)	Całkowita i nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana Wypadkiem. Nasza ochrona obejmuje także jednoczasową utratę obu rąk w obrębie nadgarstka albo powyżej lub obu stóp w obrębie stawów skokowych lub powyżej oraz utratę jednej ręki w obrębie nadgarstka lub powyżej nadgarstka oraz jednej stopy w obrębie stawów skokowych lub powyżej stawów. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zajście Wypadku prowadzącego do powyższych następstw w okresie naszej odpowiedzialności.
59.	Utrata kończyny (wskutek choroby)	Amputacja co najmniej jednej kończyny wskutek choroby: w obrębie nadgarstka lub powyżej nadgarstka – w zakresie kończyn górnych: w obrębie stawów skokowych lub powyżej stawów – w zakresie kończyn dolnych. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w okresie Naszej odpowiedzialności.
60.	Całkowita utrata mowy	Całkowita, trwała i nieodwracalna utrata funkcji mowy spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtani lub uszkodzeniem ośrodka mowy w mózgu w wyniku: Wypadku, rozrostu guza lub choroby, utrzymująca się przez minimum 6 kolejnych miesięcy. Definicja nie obejmuje przypadków: chorób spowodowanych zaburzeniami psychicznymi, czy utraty mowy możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
61.	Obustronna trwała utrata słuchu	Trwała i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach, spowodowana chorobą lub Wypadkiem, wykazująca średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu. Definicja nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
62.	Obustronna trwała utrata wzroku	Trwała i nieodwracalna obuoczna utrata ostrości wzroku, spowodowana chorobą lub Wypadkiem, poniżej 5/50 (0,1) lub obuoczne ograniczenie pola widzenia poniżej 20 stopni. Definicja nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
63.	Utrata wzroku w jednym oku	Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku spowodowana Chorobą lub Wypadkiem, charakteryzująca się ostrością widzenia=0, z brakiem pocucia światła lub z pocuciem światła bez lokalizacji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza specjalistę. Definicja nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.

64.	Wirusowe zapalenie mózgu z ubytkiem neurologicznym	Choroba zapalenia mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) o ciężkim przebiegu, wywołana przez infekcję wirusową i powodująca powstanie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się przez okres co najmniej 6 tygodni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza specjalistę. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
65.	Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych skutkujące leczeniem szpitalnym	Choroba skutkująca koniecznością leczenia szpitalnego, rozpoznana na podstawie objawów klinicznych, potwierdzona wynikami badań: płynu mózgowo-rdzeniowego, badań wirusologicznych i/lub immunologicznych. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
66.	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego o ciężkim przebiegu	Zapalenie jelita powodujące ostre, zagrażające życiu powikłania tej zapalnej choroby jelit, w którym wszystkie poniższe kryteria muszą być spełnione: 1) cała okrężnica została dotknięta masywnym krwawieniem lub nastąpiła perforacja okrężnicy oraz 2) niezbędnym leczeniem ostrym była kolektomia całkowita lub proktokolektomia całkowita oraz 3) rozpoznanie musi opierać się na dowodach histopatologicznych typowych dla wrzodziejącego zapalenia jelita grubego i musi być potwierdzone przez specjalistę. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
67.	Wścieklizna skutkująca leczeniem szpitalnym	Ostra postać choroby zakaźnej skutkująca koniecznością leczenia szpitalnego, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez potwierdzone w dokumentacji medycznej zakażenie wirusem wścieklizny (Rabies virus). Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
68.	Zakażenie wirusem HIV lub rozpoznanie AIDS (w wyniku transfuzji krwi)	Zakażenie potwierdzone dokumentacją, wynikłe z przetoczenia zakażonej krwi lub preparatów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musi mieć miejsce w okresie Naszej odpowiedzialności. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
69.	Zakażenie wirusem HIV lub rozpoznanie AIDS (w związku z wykonywanym zawodem)	Zakażenie wirusem HIV lub rozpoznanie AIDS w związku z wykonywaniem zawodu medycznego, służby mundurowej lub ratowniczej - Zakażenie wirusem HIV (Human Immunodeficiency Virus) lub rozpoznanie AIDS (Nabytego Zespołu Niedoboru Odporności) potwierdzone dokumentacją, z której wynika że jest skutkiem przypadkowego ukłucia się igłą/skałeczenia podczas wykonywania zawodu medycznego, pełnienia służby ratowniczej lub mundurowej. Zdarzenie musi nastąpić w okresie naszej odpowiedzialności. Dodatkowo, test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy licząc od daty zdarzenia. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
70.	Zakażona martwica trzustki leczona operacyjnie	Zakażona martwica trzustki wymagająca wykonania pierwszorazowego zabiegu operacyjnego polegającego na laparotomii i nekrektomii, czyli usunięciu martwiczych tkanek okołotrzustkowych lub trzustki u osoby, u której rozpoznano zakażenie tych tkanek w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Definicja nie obejmuje przypadków martwicy trzustki wynikającej ze spożycia alkoholu. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w okresie naszej odpowiedzialności.

71.	Zawał serca	Martwica części mięśnia sercowego, wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie zawału serca postawione przez Lekarza specjalistę 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. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, współistniejącego z co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego: 1) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego; 2) nowe zmiany niedokrwienne w badaniu EKG; 3) uwidocznione w badaniach obrazowych nowe ubytki żywnotnego mięśnia sercowego lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej. Ochroną objęte są także zawały serca, które wystąpiły w trakcie zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej oraz operacji pomostowania aortalno-wieńcowego. Definicja nie obejmuje: 1) innych ostrych zespołów wieńcowych, w których nie wykazano dowodów na dokonanie się martwicy mięśnia serca; 2) każdego zdarzenia, które nie zostało potwierdzone jako zawał serca przez Lekarza specjalistę (kardiologa); 3) podwyższenia biomarkerów sercowych, wynikających z zabiegu diagnostycznej angiografii wieńcowej. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
72.	Zespół krótkiego jelita	Nieodwracalny stan po wycięciu części lub całości jelita cienkiego, w którym konieczne jest stałe żywienie pozajelitowe. Rozpoznanie choroby i jej nieodwracalność musi być potwierdzona przez Lekarza specjalistę na podstawie: wywiadu medycznego, badania przedmiotowego (cech wyniszczenia i odwodnienia). Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w okresie naszej odpowiedzialności.
73.	Ziarniniakowatość Wegenera	Układowa choroba autoimmunologiczna powodująca martwicze zapalenie małych i średnich naczyń krwionośnych, charakteryzująca się powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał c-ANCA, przy współistnieniu przynajmniej jednego z objawów: 1) schyłkowa niewydolność nerek; 2) schyłkowa niewydolność oddechowa; 3) utrata wzroku; 4) utrata słuchu. Choroba musi być rozpoznana zgodnie z kryteriami Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
74.	Zgorzel gazowa skutkujące leczeniem szpitalnym	Choroba spowodowana ciężką przyranną infekcją bakteriami z rodzaju <i>Clostridium</i>, ze znacznym miejscowym uszkodzeniem tkanek, wytwarzaniem gazu w tkankach i uogólnioną toksemią, skutkująca leczeniem szpitalnym i potwierdzona charakterystycznymi objawami klinicznymi oraz wynikami badań bakteriologicznych lub immunologicznych. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
75.	Żółta gorączka	Choroba zakaźna wywołana wirusem z rodziny <i>Flaviviridae</i>. Rozpoznanie kliniczne musi być oparte na potwierdzeniu pobytu w regionie, w którym podejrzewano lub stwierdzono występowanie przypadków żółtej gorączki, wystąpieniu charakterystycznych objawów klinicznych, potwierdzeniu rozpoznania wynikami badań wirusologicznych lub immunologicznych. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.

Katalog nowotworów w stadium przedinwazyjnym (in situ) oraz innych nowotworów złośliwych dotyczący ryzyk:

a) zachorowanie ubezpieczonego na nowotwór w stadium przedinwazyjny;

b) pakiet medyczny.

KATALOG NOWOTWORÓW W STADIUM PRZEDINWAZYJNYM (IN SITU) ORAZ INNYCH NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH

Choroba nowotworowa w stadium przedinwazyjnym (in situ)

Rak in situ jamy ustnej przełyku i żołądka	Rak in situ szyjki macicy
1. Rak in situ wargi, jamy ustnej i gardła	41. Rak in situ błony śluzowej kanału szyjki macicy
2. Rak in situ przełyku	42. Rak in situ błony śluzowa zewnętrznej powierzchni szyjki macicy
3. Rak in situ żołądka	43. Rak in situ innej części szyjki macicy
Rak in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego	44. Rak in situ szyjki macicy, umiejscowienie nieokreślone
4. Rak in situ okrężnicy	Rak in situ innych nieokreślonych narządów płciowych
5. Rak in situ zgięcia esiczo-odbytniczego	45. Rak in situ błony śluzowej macicy
6. Rak in situ odbytnicy	46. Rak in situ sromu
7. Rak in situ odbytu i kanału odbytu	47. Rak in situ pochwy
8. Rak in situ innych i nieokreślonych części jelita	48. Rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych żeńskich
9. Rak in situ pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych	49. Rak in situ prącia
10. Rak in situ innych określonych narządów układu pokarmowego	50. Rak in situ gruczołu krokowego
11. Rak in situ narządów układu pokarmowego, nieokreślone	51. Rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych męskich
Rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego	Rak in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu
12. Rak in situ krtani	52. Rak in situ pęcherza moczowego
13. Rak in situ tchawicy	53. Rak in situ inne i nieokreślone części układu moczowego
14. Rak in situ oskrzela i płuca	54. Rak in situ oka
15. Rak in situ innych części układu oddechowego	55. Rak in situ tarczycy i inne gruczoły wydzielania wewnętrznego
16. Rak in situ układu oddechowego, umiejscowienie nieokreślone	56. Rak in situ o innym określonym umiejscowieniu
Czerniak in situ	57. Rak in situ, umiejscowienie nieokreślone
17. Czerniak in situ wargi	58. Czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania T1aN0M0 oraz T1bN0M0 lub odpowiadającym mu stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa T1
18. Czerniak in situ powieki łącznie z kątem oka	Inne nowotwory złośliwe skóry
19. Czerniak in situ ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego	59. Nowotwór złośliwy (skóra wargi)
20. Czerniak in situ innych i nieokreślonych części twarzy	60. Nowotwór złośliwy (skóra powieki, łącznie z kątem oka)
21. Czerniak in situ skóry owłosionej głowy i szyi	61. Nowotwór złośliwy (skóra ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego)
22. Czerniak in situ tułowia	62. Nowotwór złośliwy (skóra innych i nieokreślonych części twarzy)
23. Czerniak in situ kończyny górnej łącznie z barkiem	63. Nowotwór złośliwy (skóra owłosiona głowy i szyi)
24. Czerniak in situ kończyny dolnej łącznie z biodrem	64. Nowotwór złośliwy (skóra tułowia)
25. Czerniak in situ innych umiejscowień	65. Nowotwór złośliwy (skóra kończyny górnej, łącznie z barkiem)
26. Czerniak in situ, nieokreślony	66. Nowotwór złośliwy (skóra kończyny dolnej, łącznie z biodrem)
Czerniak in situ skóry	67. Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia na skórze)
27. Rak in situ skóry wargi	68. Nowotwór złośliwy skóry, umiejscowienie nieokreślone
28. Rak in situ skóry powieki, łącznie z kątem oka	69. Pierwotny nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stadium T1a N0M0, T1b N0M0 i T1c N0M0
29. Rak in situ skóry ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego	70. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego w stopniu zaawansowania T1N0M0
30. Rak in situ skóry innych i nieokreślonych części twarzy	71. Nowotwór złośliwy tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 i T2N0M0 w przypadku raka brodawkowatego (wliczając: T1a N0M0, T1b N0M0)
31. Rak in situ skóry owłosiona głowy i szyi	
32. Rak in situ skóry tułowia	
33. Rak in situ skóry kończyny górnej, łącznie z barkiem	
34. Rak in situ skóry kończyny dolnej, łącznie z biodrem	
35. Rak in situ skóry, inne umiejscowienie	
36. Rak in situ skóry, umiejscowienie nieokreślone	
Rak in situ piersi	
37. Rak zrazikowy in situ	
38. Rak wewnątrzprzewodowy in situ	
39. Inny rak piersi in situ	
40. Rak in situ piersi, nieokreślony	

Katalog chorób cywilizacyjnych dotyczący ryzyk ubezpieczeniowych:

a) zachorowanie ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne;

b) pakiet medyczny.

KATALOG CHOROÓB CYWILIZACYJNYCH		
	Choroby cywilizacyjne	Wysokość Świadczenia (jako procent Sumy ubezpieczenia) Definicja
1.	Celiakia	100% Choroba autoimmunologiczna o podłożu genetycznym, związana z nietolerancją glutenu, prowadząca do zapalenia jelita cienkiego i uszkodzenia kosmków jelitowych oraz zaburzeń wchłaniania; objawiająca się takimi objawami klinicznymi jak biegunka oraz przewlekłe bóle brzucha. Choroba musi zostać rozpoznana w oparciu o wynik badania endoskopowego i histopatologicznego oraz badania serologicznego. Za Wystąpienie choroby cywilizacyjnej uważa się postawienie diagnozy w okresie odpowiedzialności.
2.	Choroba tarczycy wymagająca leczenia operacyjnego (operacji chirurgicznej)	100% Choroba tarczycy, dla której konieczne jest przeprowadzenie leczenia operacyjnego. Skierowanie na przeprowadzenie operacji musi zostać wystawione przez Lekarza specjalistę w okresie odpowiedzialności. Za Wystąpienie choroby cywilizacyjnej uważa się postawienie diagnozy wraz z wystawieniem skierowania na operację w okresie odpowiedzialności.
3.	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy	100% Przewlekła choroba przewodu pokarmowego, w której dochodzi do pojawiania się wrzodów trawiennych w żołądku lub dwunastnicy potwierdzonych badaniem endoskopowym żołądka lub dwunastnicy. Definicja nie obejmuje choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy spowodowanej nadużywaniem: alkoholu, leków oraz innych substancji toksycznych. Wypłacimy tylko jedno Świadczenie z tytułu choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy. Za Wystąpienie choroby cywilizacyjnej uważa się postawienie diagnozy w okresie odpowiedzialności.
4.	Cukrzyca: a) o ciężkim przebiegu - Typ 1 i Typ 2	100% Cukrzyca: o ciężkim przebiegu Typ 1 i Typ 2 - insulinozależna wymagająca stałego i regularnego podawania insuliny. Warunkiem uznania zasadności Świadczenia jest: 1) podawanie insuliny potwierdzone przez specjalistę diabetologa; 2) potwierdzenie diagnozy przez specjalistę diabetologa. Definicja nie obejmuje: nieprawidłowej tolerancji glukozy, cukrzycy ciążowej.
	b) niewymagająca podawania insuliny - Typ 2	15% Niewymagająca podawania insuliny Typ 2 - przewlekła choroba metaboliczna manifestująca się podwyższonym poziomem cukru (glikemii) we krwi, spowodowana względnym niedoborem insuliny będącym następstwem insulinooporności tkanek lub postępującym upośledzeniem wydzielania insuliny. Za kryterium diagnostyczne przyjmuje się poziom glukozy we krwi w dwukrotnym badaniu na czczo o wartości co najmniej 126mg/dl w przypadku występowania charakterystycznego obrazu klinicznego albo powyżej 200mg/dl w przypadku hiperglikemii przygodnej stwierdzonej w badaniu wykonanym bez typowych objawów klinicznych albo dodatni wynik testu obciążenia glukozą. Jej rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza specjalistę w okresie trwania naszej odpowiedzialności. Definicja nie obejmuje cukrzycy ciążowej. Za Wystąpienie choroby cywilizacyjnej uważa się postawienie diagnozy w okresie odpowiedzialności.

5.	Kamica żółciowa wymagająca usunięcia kamienia	100%	Choroba, w przebiegu której dochodzi do powstawania złożeń w obrębie dróg żółciowych (zarówno wewnątrz, jak i zewnątrzwątrobowych), powodujących utrudnienie odpływu żółci i tym samym wywołujących objawy kolki żółciowej i wymagającą usunięcia kamienia. Rozpoznanie i wskazanie do przeprowadzania zabiegu metodą chirurgiczną, laparoskopową, endoskopową musi zostać potwierdzone przez Lekarza specjalistę. Za Wystąpienie choroby cywilizacyjnej uważa się postawienie diagnozy w okresie odpowiedzialności.
6.	Osteoporoza	100%	Choroba szkieletu charakteryzującą się niską masą kostną, upośledzoną mikroarchitekturą tkanki kostnej, a w konsekwencji zwiększoną jej łamliwość i podatnością na złamania, zdiagnozowaną przez Lekarza specjalistę i potwierdzoną badaniem densytometrii (w oparciu o wskaźnik T dla wartości wskaźnika poniżej - 2,5 oraz co najmniej jedno złamanie). Definicja nie obejmuje osteoporozy wtórnej. Za Wystąpienie choroby cywilizacyjnej uważa się postawienie diagnozy w okresie odpowiedzialności.
7.	Zaawansowane nadciśnienie tętnicze	100%	Przewlekła choroba układu krążenia objawiająca się stałym podwyższeniem ciśnienia tętniczego krwi. Choroba musi być rozpoznana przez lekarza i potwierdzona poniższymi kryteriami łącznie: 1) zmiany na dnie oka w stopniu III° lub IV° według klasyfikacji Keitha-Wagenera-Barkera, 2) co najmniej dwukrotnym pomiarem u lekarza ciśnienia tętniczego krwi powyżej 160 mmHg w przypadku ciśnienia skurczowego (zwanego górnym), natomiast w odniesieniu do ciśnienia rozkurczowego (zwanego dolnym) powyżej 100 mmHg, oraz jedno kryterium z poniższych: a) zmiana w osadzie moczu, b) cechy przerostu lewej komory serca wykazane w badaniu EKG lub ECHO. Za Wystąpienie choroby cywilizacyjnej uważa się postawienie diagnozy w okresie odpowiedzialności.

KATALOG METOD LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO ROZSZERZONEGO

	Metoda Leczenia specjalistycznego	Wysokość Świadczenia (jako procent Sumy ubezpieczenia)	Definicja
1.	Ablacja	100%	Zabieg kardiologiczny przeprowadzany przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej, który ma na celu usunięcie ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca. Za ablację uważa się również metodę usunięcia ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca przy użyciu niskiej temperatury (tzw. krioablację punktową albo balonową). Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień wykonania zabiegu.
2.	Chemioterapia	100%	Metoda ogólnoustrojowego (leczenie systemowe) leczenia choroby nowotworowej preparatami chemioterapeutycznymi. Droga podania i rodzaj leku muszą być zastosowane według aktualnie obowiązujących schematów leczenia chorób nowotworowych. Definicja nie obejmuje przypadków leczenia hormonalnego nawet ze wskazań onkologicznych. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.
3.	Dializoterapia	100%	Metoda leczenia ostrej i krótkowej przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia pierwszej dializy.
4.	Immunoterapia w stwardnieniu rozsianym (SM)	100%	Metoda leczenia stwardnienia rozsianego, należąca do terapii modyfikujących przebieg choroby (DMT – Disease-Modifying Therapies), działająca immunomodulująco lub immunosupresyjnie, czyli hamująca aktywność układu odpornościowego. Definicja nie obejmuje leczenia rzutów choroby, leczenia objawowego ani rehabilitacji neurologicznej. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.
5.	Leczenie chorób nienowotworowych metodą Gamma Knife lub CyberKnife	50%	Metoda leczenia następujących chorób nienowotworowych: neuralgia nerwu trójdzielnego, drżenie samoistne, malformacja naczyniowa. Definicja nie obejmuje zabiegów frakcjonowanych ani leczenia chorób pozaczaszkowych. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia zabiegu.
6.	Radioterapia	100%	Metoda stosowana w onkologii polegająca na zastosowaniu promieniowania jonizującego w celu leczenia chorób nowotworowych. Definicja obejmuje także leczenie za pomocą radioterapii stereotaktycznej, w tym Gamma Knife lub CyberKnife. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego.
7.	Terapia genetyczna w leczeniu rdzeniowego zaniku mięśni (SMA)	100%	Terapia polegająca na farmakologicznej modulacji ekspresji genu SMN2 w celu zwiększenia produkcji funkcjonalnego białka SMN (Survival Motor Neuron). Terapia przeznaczona jest dla pacjentów z potwierdzonym molekularnie rozpoznaniem SMA i prowadzona jest zgodnie z obowiązującymi kryteriami klinicznymi. Definicja nie obejmuje terapii zastępczej genu SMN1 ani leczenia objawowego. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.
8.	Terapia interferonowa	100%	Leczenie polegające na zastosowaniu interferonów w celu stymulowania odpowiedzi immunologicznej organizmu w procesie leczenia chorób: wirusowego zapalenia wątroby typu B (WZW B), wirusowego zapalenia wątroby typu C (WZW C). Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.
9.	Terapia radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy	25%	Metoda leczenia polegająca na podaniu pacjentowi radioaktywnego jodu w celu zniszczenia nadczynnych komórek tarczycy. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.
10.	Terapia przeciwwirusowa w leczeniu WZW typu B lub C	50%	Leczenie stosowane w przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu B (WZW B) lub wirusowego zapalenia wątroby typu C (WZW C), polegające na zastosowaniu leków przeciwwirusowych, które mają na celu całkowite zwalczenie wirusów lub zahamowanie replikacji wirusów odpowiedzialnych za te choroby. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.

11.	Walwuloplastyka balonowa	100%	Zabieg polegający na wprowadzeniu balonu do zwężonej zastawki serca i jej rozszerzeniu, aby poprawić przepływ krwi. Definicja nie obejmuje przeszłokórnej implantacji zastawki ani leczenia niedomykalności zastawkowej. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia zabiegu.
12.	Wertebroplastyka przy leczeniu naczyniaka kręgosłupa	50%	Zabieg polegający na wstrzyknięciu do zmienionego chorobowo trzonu kręgu cementu kostnego w celu leczenia naczyniaka kręgosłupa. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia zabiegu.
13.	Wszczepienie implantu ślimakowego	50%	Operacja związana z umieszczeniem w ślimaku elektrody stymulacyjnej implant oraz umocowanie procesora wewnętrznego w łożu kostnej na powierzchni czaszki, w następstwie pogorszenia słuchu. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
14.	Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora	100%	Zabieg implantacji na stałe urządzenia stymulującego serce z funkcją defibrylacji lub kardiowersji. Definicja nie obejmuje zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
15.	Wszczepienie pompy baklofenowej	25%	Operacja wszczepienia pompy pod skórę brzucha z wszczepieniem elastycznego cewnika biegnącego pod skórą do kanału kręgowego. Za pośrednictwem cewnika pompa kontroluje dozowanie leku, który hamuje objawy spastyczne po udarze mózgu, po uszkodzeniu rdzenia kręgowego. Definicja nie obejmuje zabiegów uzupełniania leku, kontroli systemu, jego programowania ani wymiany poszczególnych elementów. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
16.	Wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora)	100%	Zabieg implantacji na stałe urządzenia stymulującego serce, tzw. rozrusznika, bez funkcji defibrylacji, kardiowersji i synchronizacji skurczu serca. Definicja nie obejmuje zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
17.	Wszczepienie stymulatora do głębokiej stymulacji mózgu	50%	Operacja wszczepienia cienkich elektrod stymulujących do głęboko położonych części mózgu. Wszczepione elektrody generują impulsy elektryczne modyfikujące działanie ośrodków nerwowych odpowiedzialnych za rozwój choroby, w przypadku leczenia choroby Parkinsona. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
18.	Wszczepienie stymulatora resynchronizującego	100%	Zabieg implantacji na stałe urządzenia stymulującego serce z funkcją synchronizacji skurczu serca lub z funkcją defibrylacji. Definicja nie obejmuje zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia zabiegu.
19.	Wszczepienie systemu zastawkowego komorowo-otrzewnego	25%	Operacja wszczepienia systemu drenów i zaworów, które kontrolują szybkość odsączania się płynu mózgowo-rdzeniowego i zapobiegają jego cofaniu z powodu wodogłowia będącego następstwem ropnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, guza ośrodkowego układu nerwowego lub krwotoku śródczaszkowego. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
20.	Zastosowanie trombektomii mechanicznej	100%	Zabieg chirurgiczny stosowany w leczeniu udaru niedokrwinnego mózgu, polegający na mechanicznym usunięciu niedrożności z tętnicy mózgowej w celu przywrócenia prawidłowego przepływu krwi do mózgu i zminimalizowania uszkodzeń mózgu. Definicja nie obejmuje leczenia trombolitycznego. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia zabiegu.

KATALOG METOD LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO ONKOLOGICZNEGO

	Metoda Leczenia specjalistycznego	Wysokość Świadczenia (jako procent Sumy ubezpieczenia)	Definicja
1.	Chemioterapia	100%	Metoda ogólnoustrojowego (leczenie systemowe) leczenia choroby nowotworowej preparatami chemioterapeutycznymi. Droga podania i rodzaj leku muszą być zastosowane według aktualnie obowiązujących schematów leczenia chorób nowotworowych. Definicja nie obejmuje przypadków leczenia hormonalnego nawet ze wskazań onkologicznych. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.
2.	Hormonoterapia	100%	Forma leczenia systemowego nowotworu złośliwego preparatami hamującymi rozwój hormonowrażliwego nowotworu, poprzez obniżenie poziomu konkretnych hormonów w organizmie pacjenta. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.
3.	Immunoterapia	100%	Metoda ogólnoustrojowego leczenia nowotworu złośliwego preparatami modulującymi (modyfikującymi) odpowiedź układu odpornościowego w kierunku zabijania komórek nowotworowych. Immunoterapia obejmuje leczenie szczepionką BCG ze wskazań onkologicznych. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.
4.	Radioterapia	100%	Metoda stosowana w onkologii polegająca na zastosowaniu promieniowania jonizującego w celu leczenia chorób nowotworowych. Definicja obejmuje także leczenie za pomocą radioterapii stereotaktycznej, w tym Gamma Knife lub CyberKnife. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego.
5.	Terapia celowana molekularnie	100%	Forma leczenia systemowego nowotworu złośliwego preparatami hamującymi rozwój nowotworu poprzez oddziaływanie na ściśle określone cele molekularne (białka/receptory) obecne w komórkach nowotworowych. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.

KATALOG METOD LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO KARDIOLOGICZNEGO

	Metoda Leczenia specjalistycznego	Wysokość Świadczenia (jako procent Sumy ubezpieczenia)	Definicja
1.	Ablacja	100%	Zabieg kardiologiczny przeprowadzany przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej, który ma na celu usunięcie ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca. Za ablację uważa się również metodę usunięcia ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca przy użyciu niskiej temperatury (tzw. krioablację punktową albo balonową). Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień wykonania zabiegu.
2.	Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora	100%	Zabieg implantacji na stałe urządzenia stymulującego serce z funkcją defibrylacji lub kardiowersji. Definicja nie obejmuje zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
3.	Wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora)	100%	Zabieg implantacji na stałe urządzenia stymulującego serce, tzw. rozrusznika, bez funkcji defibrylacji, kardiowersji i synchronizacji skurczu serca. Definicja nie obejmuje zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
4.	Wszczepienie stymulatora resynchronizującego	100%	Zabieg implantacji na stałe urządzenia stymulującego serce z funkcją synchronizacji skurczu serca lub z funkcją defibrylacji. Definicja nie obejmuje zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia zabiegu.

KATALOG OPERACJI

Nazwa Operacji	Poziom Operacji
A Operacje układu nerwowego	
1. Chemotamectomia	4
2. Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	5
3. Dekortykacja opon mózgu	3
4. Drenaż krwaka śródmózgowego	4
5. Drenaż przestrzeni podpajęczynówkowej	3
6. Drenaż przestrzeni podtwardówkowej	3
7. Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	3
8. Drenaż ropnia podpajęczynówkowego mózgowego	3
9. Drenaż ropniaka podtwardówkowego	3
10. Drenaż wodniaka śródczaszkowego	3
11. Implantacja, założenie, wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu	3
12. Kraniotomia z usunięciem krwaka nadtwardówkowego	4
13. Kraniotomia z usunięciem krwaka podtwardówkowego	4
14. Kraniotomia z usunięciem krwaka śródmózgowego	4
15. Kraniotomia z usunięciem obcego ciała z czaszki	4
16. Kraniotomia z usunięciem ropnia nadtwardówkowego	4
17. Lobektomia / traktotomia	4
18. Operacje naprawcze nerwu obwodowego	2
19. Odbarczenie nerwu czaszkowego	3
20. Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	5
21. Operacja naprawcza opony twardej	5
22. Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego	3
23. Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego ze stabilizacją	4
24. Operacja przepukliny mózgowej	3
25. Operacja przepukliny oponowej lub/i rdzeniowej	3
26. Operacja tętniaka lub naczyniaka mózgu	5
27. Operacje naprawcze nerwu współczulnego	2
28. Podwiązanie tętnicy oponowej środkowej	3
29. Pozaczaszkowy drenaż komorowy z założeniem zastawki	3
30. Pozaczaszkowy drenaż mózgu	3
31. Przecięcie dróg mózgowych	4
32. Przecięcie dróg rdzenia kręgowego	4
33. Przeszczep nerwu czaszkowego	5
34. Przeszczep nerwu obwodowego	4
35. Przeszczep opony twardej mózgu	4
36. Rekonstrukcja nerwu czaszkowego	5
37. Rekonstrukcja nerwu obwodowego	2
38. Rekonstrukcja opon mózgowych	5
39. Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	5
40. Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	4

Nazwa Operacji	Poziom Operacji
41. Sympatektomia lędźwiowa	3
42. Sympatektomia przedkrzyżowa	2
43. Sympatektomia szyjna	3
44. Talamotomia	4
45. Usunięcie ropnia mózdzku	3
46. Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	5
47. Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	3
48. Wycięcie opon rdzeniowych	4
49. Wycięcie guza mózdzku	4
50. Wycięcie guza pnia mózgu	5
51. Wycięcie lub zniszczenie spłotu naczyńiówkowego opon mózgowych	3
52. Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego	2
53. Wycięcie nerwu obwodowego	2
54. Wycięcie zmiany rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych	5
55. Wycięcie zmiany tkanki mózgu	5
56. Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	5
57. Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	1
58. Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	5
59. Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentykulostomii)	3
60. Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	3
61. Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	3
B Operacje wydzielania wewnętrznego i piersi	
62. Operacja szyszynki	5
63. Wycięcie całkowite przysadki mózgowej	5
64. Częściowe wycięcie przysadki mózgowej	5
65. Całkowite usunięcie tarczycy	4
66. Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	3
67. Wycięcie przewodu tarczowo-językowego	3
68. Częściowe wycięcie tarczycy (płata)	3
69. Wycięcie tarczycy językowej	3
70. Całkowite usunięcie przytarczyc	4
71. Częściowe usunięcie przytarczyc	3
72. Jednostronne usunięcie nadnercza	2
73. Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	2
74. Obustronne usunięcie nadnerczy	4
75. Wycięcie zmiany nadnercza	2
76. Wycięcie grasicy	3
77. Całkowita obustronna rekonstrukcja piersi	4
78. Całkowita jednostronna rekonstrukcja piersi	3

	Nazwa Operacji	Poziom Operacji
79.	Obustronne radykalne odjęcie piersi (obustronna mastektomia)	5
80.	Jednostronne radykalne odjęcie piersi (jednostronna mastektomia)	4
81.	Obustronne proste odjęcie piersi (obustronna mastektomia)	4
82.	Jednostronne proste odjęcie piersi (jednostronna mastektomia)	3
83.	Subtotalna mammektomia	3
84.	Wycięcie kwadrantu piersi	2
85.	Usunięcie zmiany piersi	1
86.	Operacja dotycząca brodawki sutkowej	1
C Operacje oka		
87.	Wycięcie gałki ocznej	3
88.	Wytrzewienie gałki ocznej z jednoczasowym wszczepem protezy	3
89.	Usunięcie zmiany oczodołu	3
90.	Osteoplastyka oczodołu	3
91.	Nacięcie oczodołu	2
92.	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	2
93.	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	3
94.	Repozycja mięśnia okoruchowego	3
95.	Usunięcie mięśnia okoruchowego	3
96.	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem	2
97.	Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	2
98.	Usunięcie ciała rzęskowego	2
99.	Operacje naprawcze soczewki	2
100.	Usunięcie soczewki (w tym operacja zaćmy)	2
101.	Operacja ciała szklстого	2
102.	Protezowanie gałki ocznej	2
103.	Rewizja protezy gałki ocznej	1
104.	Operacje naprawcze powieki	1
105.	Rekonstrukcja powieki	1
106.	Operacja gruczołu łzowego	1
107.	Operacja kanału łzowego	1
108.	Usunięcie zmiany spojówki	1
109.	Operacja naprawcza spojówki	1
110.	Wycięcie zmiany rogówki	1
111.	Operacja naprawcza rogówki	1
112.	Usunięcie zmiany twardówki	1
113.	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki	1
114.	Nacięcie twardówki	1
115.	Wycięcie tęczówki	1
116.	Nacięcie tęczówki	1
117.	Nacięcie torebki soczewki oka	1
118.	Zniszczenie zmiany siatkówki	1
119.	Zabieg naprawczy wielu struktur oka (pourazowe)	3
120.	Operacyjne zaopatrzenie pękniętej gałki ocznej	3
121.	Wycięcie zmiany ciała rzęskowego	1
D Operacje ucha		

	Nazwa Operacji	Poziom Operacji
122.	Operacja ślimaka	3
123.	Wszczepienie implantu ślimakowego	2
124.	Operacja aparatu przedsionkowego	3
125.	Wycięcie ucha zewnętrznego	2
126.	Plastyka ucha zewnętrznego	2
127.	Plastyka przewodu słuchowego ucha zewnętrznego	2
128.	Wytworzenie zewnętrznego przewodu słuchowego części kostnej	2
129.	Otwarcie wyrostka sutkowatego	2
130.	Operacja naprawcza błony bębenkowej	2
131.	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	3
132.	Usunięcie zmiany ucha środkowego	2
133.	Operacja trąbki Eustachiusza	2
134.	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	1
135.	Drenaż ucha zewnętrznego	1
136.	Drenaż ucha środkowego	1
137.	Operacja naprawcza ucha środkowego	1
138.	Drenaż ucha wewnętrznego	2
139.	Operacja przetoki ucha wewnętrznego	2
140.	Wszczepienie protezy ślimaka	3
E Operacje układu oddechowego		
141.	Operacja przegrody nosa	1
142.	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	1
143.	Usunięcie zmiany nosa wewnętrznego	1
144.	Operacja zatoki nosa	1
145.	Operacja naprawcza deformacji nosa	1
146.	Amputacja (usunięcie) nosa	4
147.	Operacyjne tamowanie krwotoku z nosa	1
148.	Rekonstrukcja przewodu zatokowo-nosowego	1
149.	Operacje naprawcze nozdrzy tylnych	1
150.	Jednoczasowa rekonstrukcja krtani i tchawicy	5
151.	Wycięcie gardła	5
152.	Wycięcie zmiany gardła	2
153.	Rozszerzanie gardła	2
154.	Zamknięcie przetoki gardła	2
155.	Przeszczep krtani	5
156.	Usunięcie zrostów krtani	1
157.	Wycięcie krtani	3
158.	Rekonstrukcja krtani	3
159.	Wycięcie zmiany krtani	2
160.	Rozszerzenie krtani	1
161.	Operacja przetoki krtani	1
162.	Operacja naprawcza krtani	3
163.	Wycięcie chrząstki krtani	2
164.	Wycięcie strun głosowych	2
165.	Wszczepienie protezy głosowej	3
166.	Protezowanie tchawicy	3
167.	Operacja ostrogi tchawicy	3
168.	Częściowe wycięcie tchawicy	3
169.	Tracheostomia	1
170.	Operacja naprawcza tchawicy	2

Nazwa Operacji	Poziom Operacji
171. Operacja przetoki tchawicy	2
172. Przeszczep płuca	5
173. Całkowite usunięcie płuca	5
174. Częściowe wycięcie płuca	4
175. Usunięcie zmiany tkanki płucnej	3
176. Operacja naprawcza oskrzela	2
177. Wycięcie oskrzela	4
178. Częściowe usunięcie oskrzela	3
179. Operacja przetoki oskrzelowej	1
180. Wycięcie zmiany oskrzela	2
181. Wycięcie zmiany śródpiersia	3
182. Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej	1
183. Wycięcie zmiany zatoki szczękowej	1
184. Wyłonienie zatoki szczękowej	1
185. Otwarcie zatoki czołowej	1
186. Wycięcie zmiany zatoki czołowej	1
187. Obliteracja zatoki czołowej	1
188. Wycięcie zatoki czołowej	1
189. Otwarcie zatoki klinowej	1
190. Usunięcie zatoki klinowej	1
191. Otwarcie komórek sitowych	1
192. Wycięcie komórek sitowych	1
F Operacje w zakresie jamy ustnej	
193. Całkowite wycięcie języka	3
194. Częściowe wycięcie języka	2
195. Korekcja deformacji podniebienia	2
196. Korekcja deformacji wargi	1
197. Częściowe wycięcie wargi	2
198. Usunięcie zmiany wargi	1
199. Usunięcie zmiany języka	1
200. Wycięcie torbieli bocznej szyi lub pozostałości szczeliny skrzelowej	1
201. Usunięcie zmiany podniebienia	1
202. Częściowe lub całkowite wycięcie migdałków (lub migdałka)	1
203. Operacje naprawcze ślinianki lub przewodu ślinowego	1
204. Wycięcie ślinianki	2
205. Wycięcie zmiany ślinianki	1
206. Nacięcie gruczołu ślinowego	1
207. Przeszczepienie przewodu ślinowego	2
208. Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	1
209. Podwiązanie przewodu ślinowego	1
210. Poszerzenie przewodu ślinowego	1
211. Uvulectomia	1
212. Zamknięcie przetoki ślinowej	1
213. Rekonstrukcja struktur jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	2
G Operacje przewodu pokarmowego	
214. Operacja przepukliny przeponowej	3
215. Nacięcie przełyku	1
216. Całkowite wycięcie przełyku	5

Nazwa Operacji	Poziom Operacji
217. Zespolenie omijające przełyku	5
218. Operacja naprawcza przełyku	5
219. Częściowe wycięcie przełyku	3
220. Usunięcie zmiany przełyku	2
221. Rewizja zespolenia przełyku	2
222. Wytworzenie przetoki przełykowej	3
223. Operacja żyłaków przełyku	3
224. Wprowadzenie endoprotezy przełyku	3
225. Wytworzenie sztucznego przełyku	4
226. Odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego	3
227. Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	3
228. Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	3
229. Usunięcie zmiany żołądka	2
230. Całkowite wycięcie żołądka	5
231. Częściowe wycięcie żołądka	3
232. Operacja plastyczna żołądka	2
233. Zaszycie wrzodu żołądka	2
234. Zaszycie rozerwanego żołądka	2
235. Pyloromyotomia	2
236. Operacja antyrefluksowa	2
237. Gastrostomia	3
238. Opanowanie krwotoku w żołądku lub dwunastnicy	2
239. Zaszycie wrzodu dwunastnicy	2
240. Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	3
241. Zespolenie żołądkowo-jelitowe	3
242. Wycięcie dwunastnicy	4
243. Usunięcie zmiany dwunastnicy	3
244. Zespolenie omijające dwunastnicy	3
245. Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	3
246. Operacja przetoki dwunastniczej	2
247. Zaszycie rozerwanej dwunastnicy	2
248. Całkowite wycięcie jelita cienkiego	4
249. Częściowe wycięcie jelita cienkiego	3
250. Usunięcie zmiany jelita cienkiego	1
251. Jejunostomia	2
252. Zespolenie omijające jelita cienkiego	3
253. Zamknięcie przetoki jelita cienkiego	3
254. Zaszycie rozerwanego jelita cienkiego	2
255. Odprowadzenie skrętu jelita	2
256. Odprowadzenie wgłobienia jelita	2
257. Rewizja zespolenia jelita cienkiego	3
258. Wytworzenie ileostomii	3
259. Rewizja ileostomii	2
260. Ufiksowanie jelita cienkiego	2
261. Usunięcie zrostów otrzewnowych	2
262. Wycięcie wyrostka robaczkowego	2
263. Wycięcie kątnicy	4
264. Wyłonienie kątnicy	3
265. Prawostronna hemikolektomia	4

Nazwa Operacji	Poziom Operacji
266. Wycięcie poprzecznicy	4
267. Lewostronna hemikolektomia	4
268. Wycięcie esicy	4
269. Wycięcie kilku odcinków jelita grubego	4
270. Wycięcie jednego odcinka jelita grubego	3
271. Operacja przetoki jelita grubego	3
272. Usunięcie zmiany esicy	2
273. Usunięcie zmiany okrężnicy	2
274. Operacja okrężnicy	3
275. Nacięcie okrężnicy	1
276. Wyłonienie poprzecznicy	3
277. Wyłonienie esicy	3
278. Zaszycie rozerwania jelita grubego	2
279. Zespolenie omijające okrężnicy	3
280. Całkowite wycięcie okrężnicy	5
281. Ufiksowanie jelita grubego	2
282. Wycięcie odbytnicy	5
283. Zaszycie rozerwanej odbytnicy	2
284. Usunięcie zmiany odbytnicy	3
285. Ufiksowanie odbytnicy	3
286. Operacja naprawcza odbytu	3
287. Wycięcie odbytu	4
288. Wycięcie zmiany odbytu	2
289. Drenaż przez okolicę krocza	1
290. Wycięcie zatoki włosowej	1
291. Wycięcie hemoroidów	1
292. Totalna śródbrzuszna kolektomia	5
H Operacje narządów jamy brzusznej	
293. Przeszczep wątroby (jako biorca)	5
294. Operacja pobrania fragmentu wątroby od żywego dawcy	5
295. Częściowe wycięcie wątroby	4
296. Usunięcie zmiany wątroby	3
297. Zespolenie przewodu wątrobowego	4
298. Przeszczep trzustki	5
299. Całkowite wycięcie trzustki	5
300. Wycięcie głowy trzustki	5
301. Wycięcie ogona trzustki	4
302. Zespolenie przewodu trzustkowego	3
303. Usunięcie zmiany trzustki	3
304. Otwarty drenaż trzustki	2
305. Wytworzenie przetoki torbieli trzustki	3
306. Zespolenie pęcherzyka żółciowego	3
307. Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	2
308. Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	4
309. Plastyka przewodu żółciowego wspólnego	3
310. Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	3
311. Operacja naprawcza przewodu żółciowego	2
312. Przedwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera	3
313. Przedwunastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera	2

Nazwa Operacji	Poziom Operacji
314. Zaszycie uszkodzonego przewodu żółciowego	3
315. Wycięcie pęcherzyka żółciowego	2
316. Usunięcie zmiany dróg żółciowych	2
317. Wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	3
318. Całkowite wycięcie śledziony	4
319. Operacja z powodu pęknięcia śledziony z pozostawieniem narządu	2
320. Wycięcie zmiany śledziony	2
321. Częściowe wycięcie śledziony	3
322. Wycięcie zmiany trzustki	3
323. Wycięcie brodawki Vatera	2
I. Operacje serca i naczyń wieńcowych	
324. Przeszczep serca	5
325. Korekcja całkowita tetralogii Fallota	5
326. Operacja złożonych wad wielkich naczyń	5
327. Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	5
328. Korekcja całkowita wspólnego pnia tętniczego	5
329. Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo - komorowej	5
330. Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	5
331. Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	5
332. Zamknięcie przewodu tętniczego Botalla	3
333. Operacja naprawcza tętniaka serca	3
334. Wycięcie tętniaka serca	4
335. Operacje mięśni brodawkowatych serca	3
336. Operacje nici ścięgniastych serca	3
337. Plastyka przedsionka serca	5
338. Plastyka komory serca	5
339. Plastyka zastawki dwudzielnej	5
340. Wszczepienie zastawki dwudzielnej	4
341. Plastyka zastawki aortalnej	5
342. Wszczepienie zastawki aortalnej	4
343. Plastyka zastawki trójdzielnej	5
344. Wszczepienie zastawki trójdzielnej	4
345. Plastyka zastawki tętnicy płucnej	5
346. Wszczepienie zastawki tętnicy płucnej	4
347. Rewizja plastyki zastawki serca	5
348. Otwarta walwulotomia	4
349. Zamknięta walwulotomia	4
350. Przezskórna wymiana zastawki aortalnej	3
351. Przezskórna wymiana zastawki mitralnej	3
352. Przezskórne zamknięcie uszka przedsionka	2
353. Pomostowanie jednej tętnicy wieńcowej	5
354. Pomostowanie więcej, niż jednej tętnicy wieńcowej	5
355. Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	4
356. Drenaż osierdza	2
357. Wycięcie osierdza	5
358. Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	4

	Nazwa Operacji	Poziom Operacji
359.	Otwarta koronaroplastyka	5
360.	Przeżyłowa operacja tętnicy płucnej	2
361.	Operacja układu bódźoprzewodzącego serca	2
362.	Wszczepienie systemu wspomagania serca	4
363.	Wszczepienie systemu mechanicznego wspomagania serca	4
364.	Przeżyłowa angioplastyka tętnicy wieńcowej	2
365.	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	2
J Operacje naczyń tętniczych i żylnych		
366.	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy płucnej	5
367.	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	5
368.	Wycięcie tętniaka aorty	5
369.	Plastyka aorty	5
370.	Operacja naprawcza uszkodzenia aorty	3
371.	Zespoleń aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	5
372.	Zespoleń podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	5
373.	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	4
374.	Usunięcie skrzepliny z aorty	3
375.	Usunięcie skrzepliny z tętnicy mózgu	3
376.	Operacja tętniaka tętnicy mózgu	5
377.	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy mózgu	3
378.	Rekonstrukcja tętnicy mózgu	3
379.	Wycięcie zmiany tętnicy mózgu	3
380.	Usunięcie skrzepliny z tętnicy szyjnej	2
381.	Operacja tętniaka tętnicy szyjnej	3
382.	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy szyjnej	3
383.	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	3
384.	Wycięcie zmiany tętnicy szyjnej	3
385.	Usunięcie skrzepliny z tętnicy podobojczykowej	2
386.	Operacja tętniaka tętnicy podobojczykowej	2
387.	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy podobojczykowej	3
388.	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	5
389.	Wycięcie zmiany tętnicy podobojczykowej	5
390.	Usunięcie skrzepliny z tętnicy kończyny górnej	5
391.	Operacja tętniaka tętnicy kończyny górnej	2
392.	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy kończyny górnej	3
393.	Rekonstrukcja tętnicy kończyny górnej	3
394.	Wycięcie zmiany tętnicy kończyny górnej	2
395.	Usunięcie skrzepliny z tętnicy nerkowej	2
396.	Operacja tętniaka tętnicy nerkowej	3
397.	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy nerkowej	3
398.	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	5
399.	Wycięcie zmiany tętnicy nerkowej	5
400.	Usunięcie skrzepliny z innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	2

	Nazwa Operacji	Poziom Operacji
401.	Operacja tętniaka innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	2
402.	Operacja naprawcza uszkodzenia innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	3
403.	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	5
404.	Wycięcie zmiany innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	2
405.	Usunięcie skrzepliny z tętnicy biodrowej	5
406.	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej	5
407.	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy biodrowej	3
408.	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	5
409.	Wycięcie zmiany tętnicy biodrowej	2
410.	Usunięcie skrzepliny z tętnicy udowej	2
411.	Operacja tętniaka tętnicy udowej	5
412.	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy udowej	3
413.	Rekonstrukcja tętnicy udowej	5
414.	Wycięcie zmiany tętnicy udowej	5
415.	Usunięcie skrzepliny z tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	5
416.	Operacja tętniaka tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	2
417.	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	3
418.	Rekonstrukcja tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	3
419.	Wycięcie zmiany tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	5
420.	Rekonstrukcja żyły głównej górnej	3
421.	Operacja naprawcza uszkodzenia żyły głównej górnej	3
422.	Rekonstrukcja żyły głównej dolnej	3
423.	Operacja naprawcza uszkodzenia żyły głównej dolnej	3
424.	Zespoleń żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	5
425.	Zespoleń tętniczo-żylny	2
426.	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	2
427.	Wycięcie żyłaków kończyny dolnej	2
428.	Usunięcie skrzepliny z żyły	5
429.	Pomostowanie aorty brzusznej lub/i tętnic brzusznych lub/i tętnic kończyn dolnych	3
430.	Szycie tętnicy	2
431.	Operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	5
K Operacje układu moczowego i gruczołu krokowego		
432.	Wycięcie obu nerek	5
433.	Całkowite wycięcie nerki	4
434.	Przeszczep nerki (jako biorca)	5
435.	Operacja pobrania nerki od żywego dawcy	5
436.	Częściowe wycięcie nerki	3
437.	Wycięcie kielicha nerkowego	2
438.	Usunięcie zmiany nerki	2
439.	Ufiksowanie nerki ruchomej	2
440.	Operacja przetoki nerkowej	2

Nazwa Operacji	Poziom Operacji
441. Operacja naprawcza nerki	2
442. Nefrostomia	2
443. Zeszycie nerki po urazie	2
444. Operacja torbieli nerki	2
445. Usunięcie kamienia z nerki	1
446. Usunięcie skrzepliny z nerki	2
447. Pielostomia	2
448. Całkowite wycięcie moczowodu	4
449. Częściowe wycięcie moczowodu	3
450. Reimplantacja moczowodu do pęcherza moczowego	3
451. Wytworzenie przetoki moczowodowej	2
452. Reimplantacja moczowodu	3
453. Operacja naprawcza moczowodu	3
454. Operacja przetoki moczowodu	2
455. Zespolenie moczowodu z drugim moczowodem	3
456. Wszczepienie moczowodu do jelita	3
457. Wszczepienie protezy moczowodu	3
458. Przezcewkowe usunięcie skrzepu z moczowodu	1
459. Przezcewkowe usunięcie ciała obcego z moczowodu	1
460. Przezcewkowe usunięcie kamienia z moczowodu	1
461. Wszczepienie elektronicznego stymulatora moczowodu	2
462. Wytworzenie przetoki skórno-jelitowo-moczowodowej	3
463. Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	5
464. Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	3
465. Powiększenie pojemności pęcherza moczowego	3
466. Wycięcie lub zniszczenie zmiany pęcherza moczowego	2
467. Operacja naprawcza ujścia pęcherza moczowego	2
468. Operacja plastyczna pęcherza moczowego i cewki moczowej	3
469. Wycięcie uchyłka pęcherza moczowego	2
470. Operacja przetoki pęcherzowej	2
471. Wszczepienie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego	2
472. Usunięcie kamienia z pęcherza moczowego	1
473. Zespolenie pęcherza z pętlą jelitową	3
474. Rekonstrukcja pęcherza moczowego	3
475. Wytworzenie zastępczego pęcherza moczowego	3
476. Wytworzenie końcowej przetoki kałowej z wszczepieniem moczowodów	3
477. Operacja przetoki cewki moczowej	2
478. Korekcja zwężenia cewki moczowej	2
479. Wycięcie uchyłka cewki moczowej	2
480. Plastyka ujścia zewnętrznego cewki moczowej	2
481. Wszczepienie protezy cewki moczowej	3
482. Całkowite wycięcie cewki moczowej	4
483. Częściowe wycięcie cewki moczowej	3

Nazwa Operacji	Poziom Operacji
484. Operacja spodziectwa	1
485. Operacja naprawcza cewki moczowej	2
486. Sfałdowanie cewki moczowej	1
487. Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej	1
488. Operacja wierzchniactwa	1
489. Całkowite wycięcie stercza	3
490. Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza	2
491. Usunięcie zmiany stercza	1
492. Częściowe wycięcie stercza	3
493. Usunięcie kamieni sterczowych	1
494. Wycięcie pęcherzyków nasiennych	1
495. Plastyka ujścia pęcherza moczowego	2
496. Operacyjne leczenie nietrzymania moczu	2
497. Zespolenie układu moczowego	2
498. Plastyka układu moczowego	2
499. Nacięcie moczowodu	1
500. Operacja naprawcza pęcherza moczowego	2
501. Wytworzenie zespolenia pęcherza moczowego	2
L Operacje męskich narządów płciowych	
502. Wycięcie prącia całkowite	3
503. Wycięcie prącia częściowe	3
504. Usunięcie zmiany prącia	1
505. Operacja naprawcza prącia	1
506. Protezowanie prącia	2
507. Replantacja prącia	2
508. Obustronne wycięcie jąder	3
509. Usunięcie jądra	1
510. Operacja wodniaka jądra	1
511. Obustronne sprowadzenie jąder do moszny	2
512. Jednostronne sprowadzenie jąder do moszny	1
513. Protezowanie jądra	2
514. Wycięcie zmiany jądra	1
515. Całkowite wycięcie moszny	3
516. Częściowe wycięcie moszny	1
517. Operacja najądrza	1
518. Wycięcie najądrza	1
519. Wycięcie zmiany najądrza	1
520. Operacja naprawcza powrózka nasiennego	2
521. Operacja żyłaków powrózka nasiennego	1
522. Wycięcie nasieniowodu	1
523. Operacja napletka	1
M Operacje żeńskich narządów płciowych	
524. Całkowite wycięcie macicy z przydatkami	4
525. Wycięcie macicy	3
526. Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	3
527. Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	2
528. Wycięcie szyjki macicy	1
529. Wycięcie zmiany szyjki macicy	1
530. Operacja więzadła szerokiego macicy	1

Nazwa Operacji	Poziom Operacji
531. Operacja innego więzadła macicy	1
532. Usunięcie mięśniaków macicy	2
533. Usunięcie zrostów macicy	1
534. Wycięcie zmiany trzonu macicy	1
535. Zabieg naprawczy poporodowego rozdarcia macicy	2
536. Operacja zamknięcia przetoki macicy	2
537. Operacje aparatu zawieszającego macicę	1
538. Obustronne wycięcie jajników i jajowodów	3
539. Operacja jajnika i/lub jajowodu	1
540. Wycięcie pochwy	2
541. Nacięcie zrostów pochwy	1
542. Usunięcie zmiany pochwy	1
543. Operacja naprawcza pochwy	2
544. Operacja przetoki pochwowej	2
545. Rekonstrukcja sklepienia pochwy	3
546. Plastyka sklepienia pochwy	2
547. Operacja techtaczk	1
548. Operacja gruczołu Bartholina	1
549. Wycięcie zmiany sromu	2
550. Operacja naprawcza w obrębie sromu	1
551. Uwolnienie zrostów sromu	1
552. Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	2
553. Operacja w obrębie zatoki Douglase'a	1
554. Wycięcie sromu	2
N Operacje skóry	
555. Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	2
556. Przeszczep płata skórno-nerwowego	2
557. Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	2
558. Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-nerwowego	1
559. Przeszczep płata skóry owłosionej	1
560. Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-nerwowego	1
561. Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	1
562. Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	2
563. Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną, płata skóry	1
564. Siatkowy autoprzeszczep skóry	1
565. Przeszczep śluzówki	1
566. Przeszczepienie innej tkanki do skóry	1
567. Wprowadzenie ekspandera pod skórę	1
568. Uszypułowany lub płatowy przeszczep skóry	1
O Operacje tkanek miękkich	
569. Operacja naprawcza przepony	4
570. Zaszycie pękniętej przepony	4
571. Wycięcie zmiany przepony	2
572. Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	4
573. Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	4
574. Wycięcie opłucnej po obu stronach klatki piersiowej	3

Nazwa Operacji	Poziom Operacji
575. Wycięcie zmiany opłucnej	2
576. Zabieg naprawczy opłucnej	2
577. Drenaż odmy opłucnowej po obu stronach klatki piersiowej	2
578. Drenaż odmy opłucnowej po jednej stronie klatki piersiowej	1
579. Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	2
580. Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	2
581. Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	2
582. Plastyka nawrotowej przepukliny w kresie białej	2
583. Plastyka nawrotowej przepukliny pępkowej	2
584. Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	1
585. Pierwotna plastyka przepukliny udowej	2
586. Pierwotna plastyka przepukliny pępkowej	1
587. Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	2
588. Pierwotna plastyka przepukliny w kresie białej	2
589. Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	1
590. Plastyka przepukliny kulszowej	2
591. Plastyka przepukliny kulszowo odbytniczej	2
592. Plastyka przepukliny lędźwiowej	2
593. Plastyka przepukliny zasłonowej	2
594. Przełożenie ścięgna	1
595. Wycięcie ścięgna	2
596. Operacja naprawcza ścięgna	1
597. Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	2
598. Operacja przewodu limfatycznego	3
599. Operacja dotycząca plastyki pępka	1
600. Usunięcie zmiany otrzewnej	1
601. Operacja dotycząca sieci	1
602. Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	1
603. Operacja dotycząca krezki okrężnicy	1
604. Przeszczep powięzi	1
605. Wycięcie powięzi brzucha	1
606. Usunięcie zmiany powięzi	1
607. Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	1
608. Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	1
609. Operacja kaletki maziowej	1
610. Uwolnienie ścięgna	1
611. Operacja cieśni nadgarstka	1
612. Zmiana długości ścięgna	1
613. Wycięcie mięśnia	1
614. Wycięcie pochewki ścięgna	1
615. Operacja naprawcza mięśnia	1
616. Uwolnienie mięśnia	1
617. Drenaż węzła chłonnego	1
618. Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	1
619. Przeszczep mięśnia	2
620. Dekortykacja płuca	2

	Nazwa Operacji	Poziom Operacji
621.	Operacja naprawcza otrzewnej	1
622.	Operacja naprawcza przepukliny zaotrzewnowej	1
P Operacje kości i stawów		
623.	Operacja naprawcza czaszki	3
624.	Uzupełnienie ubytku kości czaszki	3
625.	Odgłobienie kości czaszki po urazie	3
626.	Usunięcie zmiany kości czaszki	2
627.	Rekonstrukcja jednej kości twarzoczaszki	3
628.	Rekonstrukcja więcej, niż jednej kości twarzoczaszki	3
629.	Wycięcie kości twarzoczaszki innej, niż żuchwa	2
630.	Całkowite wycięcie żuchwy	4
631.	Częściowe wycięcie żuchwy	3
632.	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	3
633.	Nastawienie otwarte złamania kości nosa	1
634.	Nastawienie otwarte złamania kości oczodołu	2
635.	Nastawienie otwarte złamania szczęki	2
636.	Nastawienie otwarte złamania żuchwy	2
637.	Nastawienie otwarte zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego	3
638.	Operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	5
639.	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	5
640.	Operacja odbarczająca kręgosłupa lędźwiowego	5
641.	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	5
642.	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	5
643.	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	5
644.	Discektomia - wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa	3
645.	Usztywnienie (artrodeza) stawów kręgosłupa	3
646.	Usunięcie przepukliny jądra miazdżystego jednego stawu kręgosłupa	1
647.	Usunięcie przepukliny jądra miazdżystego więcej, niż jednego stawu kręgosłupa	2
648.	Usunięcie zmiany kręgosłupa	2
649.	Unieruchomienie złamania kręgosłupa	2
650.	Wszczepienie całkowitej endoprotezy stawu biodrowego	3
651.	Wszczepienie całkowitej endoprotezy stawu kolanowego	3
652.	Wszczepienie całkowitej endoprotezy stawów skokowych	3
653.	Wszczepienie całkowitej endoprotezy stawu barkowego	3
654.	Wszczepienie całkowitej endoprotezy stawu łokciowego	3
655.	Wszczepienie całkowitej endoprotezy nadgarstka	3
656.	Wszczepienie całkowitej endoprotezy innego stawu, niż wymienione	3
657.	Wszczepienie częściowej endoprotezy stawu biodrowego	3
658.	Wszczepienie częściowej endoprotezy stawu kolanowego	2

	Nazwa Operacji	Poziom Operacji
659.	Wszczepienie częściowej endoprotezy stawów skokowych	2
660.	Wszczepienie częściowej endoprotezy stawu barkowego	3
661.	Wszczepienie częściowej endoprotezy stawu łokciowego	3
662.	Wszczepienie częściowej endoprotezy nadgarstka	2
663.	Wszczepienie częściowej endoprotezy innego stawu, niż wymienione	2
664.	Usztywnienie (artrodeza) stawu biodrowego	2
665.	Usztywnienie (artrodeza) stawu kolanowego	2
666.	Usztywnienie (artrodeza) stawu skokowego	2
667.	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	1
668.	Usztywnienie (artrodeza) stawu barkowego	2
669.	Usztywnienie (artrodeza) stawu łokciowego	2
670.	Usztywnienie (artrodeza) stawów nadgarstka	2
671.	Usztywnienie (artrodeza) stawów kciuka	2
672.	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu	1
673.	Usunięcie zmiany kości	1
674.	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	1
675.	Rozdzielenie trzonu kości	1
676.	Rozdzielenie kości stopy	1
677.	Drenaż kości	1
678.	Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	1
679.	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	2
680.	Protezowanie ścięgna	2
681.	Otwarta stabilizacja oddzielonej nasady kości	2
682.	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	2
683.	Pierwotne otwarte nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	2
684.	Wzmocnienie ścięgna protezą	2
685.	Operacja stabilizująca więzadła stawu kolanowego	2
686.	Wycięcie łąkotki kolana	1
687.	Operacja stabilizująca rzepkę stawu kolanowego	2
688.	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny górnej	2
689.	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny dolnej	2
690.	Operacja stabilizująca staw barkowy	2
691.	Wycięcie kości ektopowej	1
692.	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	1
693.	Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną	1
694.	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	1
695.	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	1
696.	Uwolnienie przykurczu stawu	1
697.	Korekcja stopy końsko-szpotawej	2
698.	Wycięcie martwiaka kości	1
699.	Całkowita rekonstrukcja kciuka	3

Nazwa Operacji	Poziom Operacji
700. Całkowita rekonstrukcja przodostopia	3
701. Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	3
702. Uwolnienie torebki stawowej	1
703. Uwolnienie stawu	1
704. Uwolnienie więzadła	2
705. Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją	2
706. Zabieg naprawczy złęgo zrostu lub braku zrostu złamania kości	2
707. Artroplastyka nadgarstka lub śródręcza	2
708. Artroplastyka śródręczno-paliczkowa i międzypaliczkowa	2
709. Operacja palucha koślawego/operacja struktur okołostawowych palucha	1
710. Osteotomia	2
711. Wycięcie zmiany kości twarzoczaszki	1
712. Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej	2
713. Otwarte nastawienie kości twarzy	2
714. Przeszczep kostny kości twarzy	4
715. Osteotomia bez rozdzielenia (z wyłączeniem stóp i rąk)	2
716. Osteotomia klinowa (z wyłączeniem stóp i rąk)	2
717. Resekcja kości (z wyłączeniem stóp i rąk)	2
718. Otwarte nastawienie urazowego zwknięcia stawu (nie obejmuje zwknięcia protezy stawu biodrowego)	2
R OPERACJE PREWENCYJNE	
719. Prewencyjne usunięcie jajników i jajowodów ze wskazań medycznych	3
720. Prewencyjne całkowite usunięcie jelita grubego z wytworzeniem zbiornika jelitowego	4
721. Prewencyjne całkowite usunięcie tarczycy z usunięciem węzłów chłonnych śródpierśia	4
722. Prewencyjna całkowita resekcja żołądka z odtworzeniem ciągłości przewodu pokarmowego	5
723. Prewencyjne całkowite wycięcie macicy z przydatkami	4
724. Prewencyjne całkowite wycięcie macicy	3
725. Prewencyjne obustronne radykalne odjęcie piersi (obustronna mastektomia)	5
S RÓŻNE	

Nazwa Operacji	Poziom Operacji
726. Przeszczep twarzy	5
727. Replantacja kończyny górnej na poziomie ramienia	5
728. Replantacja kończyny górnej na poziomie przedramienia	4
729. Replantacja kończyny górnej na poziomie nadgarstka	4
730. Replantacja kciuka	3
731. Replantacja palca ręki innego, niż kciuk	3
732. Replantacja kończyny dolnej na poziomie uda	5
733. Replantacja kończyny dolnej na poziomie podudzia	4
734. Replantacja kończyny dolnej na poziomie stawów skokowych	4
735. Replantacja palucha stopy	2
736. Replantacja palca stopy innego, niż paluch	2
737. Wyłuszczenie kończyny górnej w stawie barkowym	4
738. Amputacja kończyny górnej na poziomie ramienia	4
739. Amputacja kończyny górnej w stawie łokciowym	4
740. Amputacja kończyny górnej na poziomie przedramienia	4
741. Amputacja kończyny górnej w stawach nadgarstka	3
742. Amputacja kciuka w obrębie paliczka bliższego	2
743. Amputacja innych palców, niż kciuk w obrębie paliczka bliższego	1
744. Wyłuszczenie kończyny dolnej w stawie biodrowym	4
745. Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	4
746. Amputacja kończyny dolnej w stawie kolanowym	4
747. Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia	4
748. Amputacja kończyny dolnej na poziomie stawów skokowych	3
749. Amputacja palucha w obrębie paliczka bliższego	2
750. Amputacja palca innego niż paluch w obrębie paliczka bliższego	1

*skala operacji od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe).

Tabela stanów chorobowych uprawniających do skorzystania z Teleopieki kardiologicznej

TABELA STANÓW CHOROBYCH UPRAWNIAJĄCYCH DO SKORZYSTANIA Z TELEOPIEKI KARDIOLOGICZNEJ

Stan chorobowy uprawniający do skorzystania z Teleopieki kardiologicznej	Stan chorobowy uprawniający do skorzystania z Teleopieki kardiologicznej
1. Blok dwugałęziowy	39. Inne kardiomiopatie przerostowe
2. Blok lewej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego Hisa, nieokreślony	40. Inne kardiomiopatie zaciskające (restrykcyjne)
3. Blok prawej odnogi	41. Inne niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej
4. Blok przedniej gałęzi lewej odnogi	42. Inne niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej
5. Blok przedsionkowo-komorowy drugiego stopnia	43. Inne określone choroby naczyń płucnych
6. Blok przedsionkowo-komorowy pierwszego stopnia	44. Inne określone choroby osierdza
7. Blok przedsionkowo-komorowy zupełny	45. Inne określone zaburzenia przewodnictwa
8. Blok trójgałęziowy	46. Inne określone zaburzenia rytmu serca
9. Blok tylnej gałęzi lewej odnogi	47. Inne określone zespoły sercowo-płucne
10. Choroba naczyń płucnych, nieokreślona	48. Inne ostre choroby reumatyczne serca
11. Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek	49. Inne ostre zapalenie mięśnia sercowego
12. Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, bez niewydolności nerek	50. Inne postacie dusznicy bolesnej
13. Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, z niewydolnością nerek	51. Inne postacie przewlekłej choroby niedokrwiennej serca
14. Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca bez (zastoinowej) niewydolności serca	52. Inne wady reumatyczne zastawki tętnicy głównej
15. Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek	53. Inne wady skojarzone wielu zastawek
16. Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, nieokreślona	54. Inne wady zastawki trójdzielnej
17. Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, tak z (zastoinową) niewydolnością serca jak i niewydolnością nerek	55. Inne zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego
18. Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z (zastoinową) niewydolnością serca	56. Inne zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej
19. Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z niewydolnością nerek	57. Inny i nieokreślony blok gałęzi
20. Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca, z (zastoinową) niewydolnością serca	58. Inny określony blok serca
21. Choroba osierdza, nieokreślona	58. Izolowane zapalenie mięśnia sercowego
22. Choroba serca i naczyń krwionośnych w przebiegu miażdżycy	60. Kardiomiopatia alkoholowa
23. Choroba serca w przebiegu kifoskoliozy	61. Kardiomiopatia niedokrwienna
24. Choroba serca w przebiegu miażdżycy	62. Kardiomiopatia rozstrzeniowa
25. Choroba wsierdza (eozynofilowa)	63. Kardiomiopatia w chorobach metabolicznych
26. Choroby serca i naczyń krwionośnych, nieokreślone	64. Kardiomiopatia w chorobach z niedoborów pokarmowych
27. Ciche (nieme) niedokrwienie serca	65. Kardiomiopatia w chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej
28. Częstoskurcz komorowy	66. Kardiomiopatia w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
29. Częstoskurcz nadkomorowy	67. Kardiomiopatia wywołana przez leki i inne czynniki zewnętrzne
30. Częstoskurcz napadowy, nieokreślony	68. Kardiomiopatia, nieokreślona
31. Dusznica bolesna z udokumentowanym skurczem naczyń wieńcowych	69. Komorowe zaburzenia rytmu typu fali nawrotowej (re-entry)
32. Dusznica bolesna, nieokreślona	70. Krwaki osierdza niesklasyfikowany gdzie indziej
33. Dusznica niestabilna	71. Migotanie i trzepotanie komór
34. Infekcyjne zapalenie mięśnia sercowego	72. Migotanie i trzepotanie przedsionków
35. Inne i nieokreślone bloki prawej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego Hisa	73. Niedomykalność zastawki dwudzielnej
36. Inne i nieokreślone bloki przedsionkowo-komorowe	74. Niedomykalność zastawki pnia płucnego
37. Inne i nieokreślone przedwczesne depolaryzacje (pobudzenia)	75. Niedomykalność zastawki tętnicy głównej
38. Inne kardiomiopatie	76. Niedomykalność zastawki trójdzielnej
	77. Nieokreślony blok wewnątrzkomorowy
	78. Niereumatyczna niedomykalność zastawki trójdzielnej
	79. Niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej, nieokreślone

Stan chorobowy uprawniający do skorzystania z Teleopieki kardiologicznej	
80.	Niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej, nieokreślone
81.	Niereumatyczne zwężenie zastawki dwudzielnej
82.	Niereumatyczne zwężenie zastawki trójdzielnej
83.	Niereumatyczne zwężenie zastawki trójdzielnej z niedomykalnością
84.	Niewydolność serca lewokomorowa
85.	Niewydolność serca zastoinowa
86.	Niewydolność serca, nieokreślona
87.	Ostre i podostre zakaźne zapalenie wsierdzia
88.	Ostre nieokreślone samoistne zapalenie osierdzia
89.	Ostre reumatyczne zapalenie mięśnia serca
90.	Ostre reumatyczne zapalenie wsierdzia
91.	Ostre zapalenie mięśnia sercowego, nieokreślone
92.	Ostre zapalenie osierdzia, nieokreślone
93.	Ostre zapalenie wsierdzia, nieokreślone
94.	Pęknięcie mięśnia brodawkowatego niesklasyfikowane gdzie indziej
95.	Pęknięcie struny ścięgna niesklasyfikowane gdzie indziej
96.	Pierwotne nadciśnienie płucne
97.	Płyn w worku osierdziowym (niezapalny)
98.	Powiększenie serca
99.	Przedwczesna depolaryzacja (pobudzenie) komór
100.	Przedwczesna depolaryzacja (pobudzenie) z łącza przedsionkowo-komorowego
101.	Przedwczesna depolaryzacja przedsionkowa
102.	Przerostowa kardiomiopatia zawężająca
103.	Przetoka tętniczo-żylna naczyń płucnych
104.	Przewlekła choroba niedokrwienna serca, nieokreślona
105.	Przewlekłe reumatyczne zapalenie osierdzia
106.	Przewlekłe zaciskające zapalenie osierdzia
107.	Przewlekłe zarostowe zapalenie osierdzia
108.	Reumatyczna niedomykalność zastawki tętnicy głównej
109.	Reumatyczne zapalenie mięśnia serca
110.	Reumatyczne zwężenie lewego ujścia tętniczego z niedomykalnością zastawek
111.	Samoistne (pierwotne) nadciśnienie
112.	Skojarzone wady zastawek dwudzielnej, trójdzielnej i tętnicy głównej
113.	Stary (przebyty) zawał serca
114.	Tętniak naczyń wieńcowych
115.	Tętniak serca
116.	Tętniak tętnicy płucnej
117.	Ubytek przegrody serca, nabyty
118.	Wady zastawek dwudzielnej i tętnicy głównej
119.	Wady zastawek dwudzielnej i trójdzielnej
120.	Wady zastawek tętnicy głównej i trójdzielnej

Stan chorobowy uprawniający do skorzystania z Teleopieki kardiologicznej	
121.	Wypadanie płotka(-ów) zastawki dwudzielnej
122.	Zaburzenia funkcji wielu zastawek w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
123.	Zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
124.	Zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
125.	Zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego, nieokreślone
126.	Zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
127.	Zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej, nieokreślone
128.	Zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
129.	Zaburzenia rytmu serca, nieokreślone
130.	Zaburzenie przewodnictwa, nieokreślone
131.	Zakrzep (skrzeplina) wewnątrzsercowy niesklasyfikowany gdzie indziej
132.	Zapalenie mięśnia serca, nieokreślone
133.	Zapalenie mięśnia sercowego w chorobach bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej
134.	Zapalenie mięśnia sercowego w chorobach wirusowych sklasyfikowanych gdzie indziej
135.	Zapalenie mięśnia sercowego w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
136.	Zapalenie mięśnia sercowego w innych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej
137.	Zapalenie osierdzia w chorobach bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej
138.	Zapalenie osierdzia w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
139.	Zapalenie osierdzia w innych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej
140.	Zapalenie wsierdzia, zastawki, nieokreślone
141.	Zapalenie wsierdzia, zastawki, nieokreślone, w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
142.	Zator płucny bez wzmianki o ostrym sercu płucnym
143.	Zator płucny ze wzmianką o ostrym sercu płucnym
144.	Zatrzymanie krążenia ze skuteczną resuscytacją
145.	Zespół chorej zatoki
146.	Zespół preekscytacji
147.	Zespół sercowo-płucny, nieokreślony
148.	Zwężenie zastawki pnia płucnego
149.	Zwężenie zastawki pnia płucnego z niedomykalnością
150.	Zwężenie zastawki tętnicy głównej
151.	Zwężenie zastawki tętnicy głównej z niedomykalnością
152.	Zwężenie zastawki trójdzielnej
153.	Zwężenie zastawki trójdzielnej z niedomykalnością
154.	Zwłóknienie sprężyste wsierdzia (fibroelastoza wsierdzia)
155.	Zwyrodnienie mięśnia serca

KATALOG WAD WRODZONYCH

Wada wrodzona	
1.	bezmózgowie i podobne wady rozwojowe
2.	przepuklina mózgowa
3.	małogłowie
4.	wodogłowie wrodzone
5.	inne wrodzone wady rozwojowe mózgu
6.	rozszerzenie kręgosłupa
7.	inne wrodzone wady rozwojowe rdzenia kręgowego
8.	inne wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego
9.	wrodzone wady rozwojowe powiek, aparatu łzowego i oczodołu
10.	bezocze, małoocze i wielkoocze
11.	wrodzone wady rozwojowe soczewki
12.	wrodzone wady rozwojowe przedniego odcinka oka
13.	wrodzone wady rozwojowe tylnego odcinka oka
14.	inne wrodzone wady rozwojowe oka
15.	wrodzone wady rozwojowe ucha powodujące upośledzenie słuchu
16.	inne wrodzone wady rozwojowe ucha
17.	inne wrodzone wady rozwojowe twarzy i szyi
18.	wrodzone wady rozwojowe jam i połączeń sercowych
19.	wrodzone wady rozwojowe przegród serca
20.	wrodzone wady rozwojowe zastawki pnia płucnego i zastawki trójdzielnej
21.	wrodzone wady rozwojowe zastawki aorty i zastawki mitralnej
22.	inne wrodzone wady rozwojowe serca
23.	wrodzone wady rozwojowe dużych tętnic
24.	wrodzone wady rozwojowe dużych żył układowych
25.	inne wrodzone wady rozwojowe obwodowego układu naczyniowego
26.	inne wrodzone wady rozwojowe układu krążenia
27.	wrodzone wady rozwojowe nosa
28.	wrodzone wady rozwojowe krtani
29.	wrodzone wady rozwojowe tchawicy i oskrzeli
30.	wrodzone wady rozwojowe płuc
31.	inne wrodzone wady rozwojowe układu oddechowego
32.	rozszerzenie podniebienia
33.	rozszerzenie wargi
34.	rozszerzenie podniebienia wraz z rozszerzeniem wargi
35.	inne wrodzone wady rozwojowe języka, jamy ustnej i krtani
36.	wrodzone wady rozwojowe przełyku
37.	inne wrodzone wady rozwojowe górnego odcinka przewodu pokarmowego
38.	wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita cienkiego
39.	wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita grubego
40.	inne wrodzone wady rozwojowe jelit
41.	wrodzone wady rozwojowe pęcherzyka żółciowego, przewodów żółciowych i wątroby
42.	inne wrodzone wady rozwojowe układu pokarmowego
43.	wrodzone wady rozwojowe jajników, jajowodów i więzadła szerokiego macicy
44.	wrodzone wady rozwojowe macicy i szyjki macicy
45.	inne wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych żeńskich
46.	niezstąpienie jąder
47.	spodziectwo

Wada wrodzona	
48.	inne wrodzone wady rozwojowe męskich narządów płciowych
49.	płeć niezdeterminowana i obojnactwo rzekome
50.	niewytworzenie nerki i inne zaburzenia związane z niedorozwojem nerki j
51.	wielotorbielowatość nerek
52.	wrodzone wady miedniczki nerkowej powodujące zastój moczu i wrodzone wady rozwojowe moczowodu
53.	inne wrodzone wady rozwojowe nerek
54.	inne wrodzone wady rozwojowe układu moczowego
55.	wrodzone zniekształcenie stawu biodrowego
56.	wrodzone zniekształcenia stóp
57.	wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne w zakresie czaszki, twarzy, kręgosłupa i klatki piersiowej
58.	inne wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne
59.	palce dodatkowe
60.	palce zrośnięte
61.	wrodzone zniekształcenia zmniejszające kończyny górnej
62.	wrodzone zniekształcenie zmniejszające kończyny dolnej
63.	wrodzone zniekształcenie zmniejszające nieokreślonej kończyny
64.	inne wrodzone wady rozwojowe kończyn
65.	inne wrodzone wady rozwojowe kości czaszki i twarzy
66.	wrodzone wady rozwojowe kręgosłupa i kości klatki piersiowej
67.	dysplazja kostno-chrzęstna z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa
68.	inne osteochondrodysplazje
69.	wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-szkieletowego, niesklasyfikowane gdzie indziej
70.	wrodzona rybia łuska
71.	pęcherzowe oddzielanie naskórka
72.	inne wrodzone wady rozwojowe skóry
73.	wrodzone wady rozwojowe piersi
74.	inne wrodzone wady rozwojowe powłok ciała
75.	fakomatozy nie sklasyfikowane gdzie indziej
76.	zespoły wrodzonych wad rozwojowych spowodowane znanymi czynnikami zewnętrznymi, niesklasyfikowane gdzie indziej
77.	inne określone zespoły wrodzonych wad rozwojowych dotyczące wielu układów
78.	inne wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej
79.	zespół Downa
80.	zespół Edwardsa i zespół Patau
81.	inne trisomie i częściowe trisomie autosomów, niesklasyfikowane gdzie indziej
82.	monosomie i delecje autosomów niesklasyfikowane gdzie indziej
83.	zrównoważone przemieszczenie materiału genetycznego i znaczniki strukturalne, niesklasyfikowane gdzie indziej
84.	zespół Turnera
85.	inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim, niesklasyfikowane gdzie indziej
86.	inne aberracje chromosomów płciowych z męskim fenotypem, niesklasyfikowane gdzie indziej
87.	inne aberracje chromosomalne niesklasyfikowane gdzie indziej

Katalog poważnych zachorowań dziecka dotyczący wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania.

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ DZIECKA	
Poważne zachorowanie	Definicja
1. Anemia aplastyczna	Przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię, trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów: 1) przetaczanie preparatów krwiopochodnych; 2) podawanie preparatów stymulujących szpik; 3) podawanie preparatów immunosupresyjnych; 4) przeszczepienie szpiku kostnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii w oparciu o wynik biopsji szpiku kostnego. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się rozpoczęcie specjalistycznego leczenia w okresie naszej odpowiedzialności.
2. Bakteryjne zapalenie mózgu z ubytkiem neurologicznym	Postać choroby wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych, rozpoznana na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych, potwierdzona wynikami: badania płynu mózgowo-rdzeniowego, badań bakteriologicznych lub immunologicznych, powodującą trwałe ubytki lub deficyt neurologiczny nie poddające się rehabilitacji w ciągu 6 miesięcy. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
3. Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych z ubytkiem neurologicznym	Postać choroby wymagającej leczenia w warunkach szpitalnych, rozpoznanej na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych, potwierdzonej wynikami: badania płynu mózgowo-rdzeniowego, badań bakteriologicznych lub immunologicznych, powodującą trwałe ubytki lub deficyt neurologiczny nie poddającej się rehabilitacji w ciągu 6 miesięcy. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
4. Bakteryjne zapalenie wsierdza	Zakażenie wsierdza w obrębie zastawek, komór i przedsionków z obecnością tzw. wegetacji (ruchomych, echogenicznych tworów, składających się ze skrzepin i bakterii, przytwierdzonych do wsierdza), stwierdzanych w obrazach echokardiograficznych; rozpoznanie musi być postawione w oparciu o dodatni wynik badań bakteriologicznych wykazujących obecność drobnoustrojów typowych dla zapalenia wsierdza. Definicja nie obejmuje przypadków zdiagnozowania bakteryjnego zapalenia wsierdza u osób: 1) z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca, 2) z wszczepionymi urządzeniami do elektroterapii (elektrostymulator, kardiowerter), które przebyły operację serca, 3) używających środków uzależniających. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
5. Całkowita utrata mowy	Całkowita, trwała i nieodwracalna utrata funkcji mowy spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtani lub uszkodzeniem ośrodka mowy w mózgu w wyniku Wypadku, rozrostu guza lub choroby, utrzymującą się przez minimum 6 (sześć) kolejnych miesięcy. Definicja nie obejmuje przypadków: 1) choroby spowodowanej zaburzeniami psychicznymi, 2) utraty mowy możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zajście Wypadku albo postawienia diagnozy całkowitej utraty mowy na skutek choroby, pod warunkiem, że Wypadek albo diagnozy całkowitej utraty mowy na skutek choroby miały miejsce w okresie naszej odpowiedzialności.

6.	Choroba Kawasaki	Ostra choroba zapalna małych i średnich naczyń o nieznanym etiologii z następowym tworzeniem się tętniaków tętnic wieńcowych. Potwierdzeniem przebiegu choroby jest utrzymywanie się co najmniej przez 5 dni wysokiej gorączki (powyżej 38 stopni Celsjusza) u dziecka oraz co najmniej 4 z niżej wymienionych objawów: 1) obrzęk, ewentualnie rumień na dłoniach lub stopach, cechy złuszczenia skóry okolicy przypaznokciowej; 2) różnokształtna wysypka głównie w obrębie tułowia; 3) obustronne przekrwienie/zapalenie spojówek; 4) zmiany dotyczące warg i śluzówek jamy ustnej: rumień, pęknięcie warg, język malinowy, rozlane naskórki śluzówek jamy ustnej i w okolicy nosowo-gardłowej; 5) limfadenopatia szyjna, najczęściej jednostronna. Wymagane jest udokumentowanie wystąpienia tętniaków tętnic wieńcowych w badaniach obrazowych (Angio - CT, NMR, Echo serca). Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
7.	Choroba serca leczona operacyjnie	Choroba serca, która skutkowałą pierwszorazową operacją na otwartym sercu z użyciem krążenia pozaustrojowego. Definicja nie obejmuje zabiegów przeprowadzonych z powodu wad serca, których rozpoznanie postawiono przed objęciem ochroną ubezpieczeniową. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w okresie naszej odpowiedzialności.
8.	Ciężkie oparzenia	Oparzenia czynnikami fizycznymi lub chemicznymi wymagające hospitalizacji i obejmujące: 1) powyżej 40 % powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie, lub 2) powyżej 20 % powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zajście Wypadku w okresie naszej odpowiedzialności.
9.	Cukrzyca	Rozpoznanie cukrzycy insulinozależnej wymagającej stałego i regularnego podawania insuliny. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
10.	Dystrofia mięśniowa	Choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym powodująca postępujący zanik mięśni, prowadząca do trwałych zaburzeń ich funkcji, stwierdzona na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych oraz wyników biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG), skutkująca częściowym trwałym ograniczeniem zdolności do samodzielnej egzystencji w postaci braku możliwości wykonania co najmniej 2 z 5 podstawowych czynności życia codziennego: 1) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób, 2) ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania, 3) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku, 4) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie, 5) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
11.	Gorączka reumatyczna z powikłaniami zastawkowymi	Choroba rozpoznana w oparciu o kliniczne kryteria Jonesa, w stadium obejmującym konieczność wymiany co najmniej jednej z zastawek serca. Definicja nie obejmuje przypadków gorączki reumatycznej z przetrwałymi powikłaniami sercowymi u dzieci z wrodzonymi wadami zastawek serca. Za dzień wystąpienia uważa się dzień postawienia diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
12.	Łagodny nowotwór mózgu	Wewnątrzczaszkowy, niezłośliwy nowotwór mózgu, opon lub nerwów czaszkowych, rozpoznany na podstawie wyników badań neuroobrazowych, immunologicznych lub histopatologicznych, wymagający usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, spowodował trwały ubytek neurologiczny. Definicja nie obejmuje: guzów przysadki i szyszynki, torbieli, ziarninaków, malformacji naczyniowych. Za dzień wystąpienia uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.

13.	Łagodny nowotwór rdzenia kręgowego	Wewnątrzkanałowy, niezłośliwy nowotwór rdzenia kręgowego i opon rdzenia, wymagający usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, powodujący trwały ubytek neurologiczny, rozpoznany na podstawie pozytywnych wyników badań dodatkowych: obrazowych, immunologicznych lub histopatologicznych. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
14.	Nabyta niedokrwistość hemolityczna	Stan chorobowy charakteryzujący się skróceniem czasu przeżycia krwinek czerwonych, w przebiegu którego dochodzi do zmniejszenia stężenia hemoglobiny do poziomu poniżej 9g/dl przez okres co najmniej 3 miesięcy. Definicja nie obejmuje przypadków niedokrwistości hemolitycznej, jeżeli: 1) została wywołana stosowaniem niesterydowych leków przeciwzapalnych, antybiotyków lub leków przeciwmalarycznych, lub 2) jest spowodowana działaniem substancji toksycznych, lub 3) jest chorobą wrodzoną, lub 4) jest nocną napadową hemoglobinurią. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
15.	Nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis)	Porażenie, które oznacza ciężkie zakażenie wywołane wirusem polio, powodujące trwały uszczerbek na zdrowiu i prowadzące do trwałego porażenia przynajmniej jednej kończyny lub do zaburzenia połykania oraz osłabienia mięśni oddechowych w tym samym czasie, przez co najmniej 3 miesiące po rozpoznaniu choroby. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone wynikami badań płynu mózgowo-rdzeniowego i surowicy krwi. Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest udokumentowane przebycie szczepień profilaktycznych przeciwko wirusowi polio. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
16.	Neuroborelioza	Za Choroba zakaźna przenoszona przez kleszcze wywołana przez krętki borrelia, przebiegająca z różnorodnymi objawami układu nerwowego, takimi jak: zapalenie nerwów czaszkowych, zapalenie korzeni i nerwów obwodowych, przewlekłe zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego lub zespołu zaburzeń poznawczych i otępienia. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego, a w przypadku zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego.
17.	Nowotwór złośliwy	Nowotwór inwazyjny, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka (w tym mięsaka skóry). Definicja nie obejmuje: 1) raka nieinwazyjnego, raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji, raka granicznej złośliwości, raka niskiej potencjalnej złośliwości raka o niskim stopniu złośliwości oraz wszelkich zmian przedrakowych, 2) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0, T1c N0M0) lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7, 3) wszelkich nowotworów skóry z wyjątkiem: czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM, chłoniaka skóry, oraz mięsaka skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1N0M0 według klasyfikacji TNM, 4) raka brodawkowego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0); 5) przewlekłej białaczki limfatycznej w stadium niższym niż stopień III według klasyfikacji Rai; 6) wczesnego stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM; 7) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV. Za Wystąpienie poważnego zachorowania przyjmuje się datę wyniku badania histopatologicznego, które potwierdziło obecność nowotworu złośliwego w okresie naszej odpowiedzialności. Jeśli z medycznego punktu widzenia wykonanie badania histopatologicznego nie jest możliwe lub jest ryzykowne za Wystąpienie poważnego zachorowania przyjmuje się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności, przez Lekarza specjalistę na podstawie dokumentacji medycznej.
18.	Obustronna utrata słuchu	Trwała i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach, spowodowana chorobą lub Wypadkiem, wykazująca średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu. Definicja nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zajście Wypadku albo postawienia diagnozy obustronnej utraty słuchu na skutek choroby, pod warunkiem że zdarzenia Wypadek albo diagnoza obustronnej utraty słuchu na skutek choroby miały miejsce w okresie naszej odpowiedzialności.

19.	Obuoczna trwała utrata wzroku	Trwała i nieodwracalna obuoczna utrata ostrości wzroku spowodowaną chorobą lub Wypadkiem, poniżej 5/50 (0,1) lub obuoczne ograniczenie pola widzenia poniżej 20 stopni. Definicja utraty wzroku nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zajście Wypadku albo postawienia diagnozy obuocznej, trwałej utraty wzroku na skutek choroby, pod warunkiem że Wypadek albo diagnoza obuocznej, trwałej utraty wzroku na skutek choroby miały miejsce w okresie naszej odpowiedzialności.
20.	Porażenie kończyn	Całkowita i trwała utrata funkcji co najmniej 2 kończyn, spełniająca kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowaną Wypadkiem lub chorobą nerwów rdzeniowych, rdzenia kręgowego lub mózgu. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zajście Wypadku albo postawienie diagnozy porażenia kończyn na skutek choroby pod warunkiem, że Wypadek albo diagnoza porażenia kończyn miały miejsce w okresie naszej odpowiedzialności.
21.	Przeszczep narządu	Przeszczepienie jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie na listę biorców oczekujących na przeszczep: serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki, jelita lub kombinacji tych narządów w trakcie tego samego zabiegu oraz szpiku kostnego po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji albo zakwalifikowanie na listę biorców, w zależności od tego które ze zdarzeń nastąpiło jako pierwsze w okresie naszej odpowiedzialności.
22.	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B w stadium zaawansowanym	Aktywna, rozlana, zapalna choroba miększu wątroby, wywołana przez wirusa zapalenia wątroby typu B (HBV=HBsAg). Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B rozpoznaje się na podstawie poniższych kryteriów występujących łącznie: 1) stałej obecności antygenu powierzchniowego wirusa HBV (HBsAg) w surowicy przez okres przynajmniej 6 miesięcy; 2) utrzymywania się stałej lub okresowej zwiększonej aktywności ilości ALT (aminotransferazy alaninowej) powyżej górnej granicy normy. Definicja nie obejmuje: 1) przewlekłego nosicielstwa HBsAg; 2) przebytego WZW typu B. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
23.	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C w stadium zaawansowanym	Przewlekłe, aktywne zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C trwające ponad 6 miesięcy. Kryteria rozpoznania, które muszą być spełnione łącznie: 1) stwierdzenie obecności przeciwciał anty HCV (IgG) lub/i obecności HCV RNA; 2) w badaniu histopatologicznym (biopsja wątroby) albo badaniu elastograficznym wątroby wykonanym nie wcześniej niż po 6 miesiącach od początku choroby obecność cech przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby oraz włóknienia lub marskości. Definicja nie obejmuje przypadków rozpoznania WZW C u osób z infekcją HIV/AIDS. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
24.	Schyłkowa niewydolność nerek	Schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek (lub jednej w przypadku braku drugiej) oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek. Wymagane jest udokumentowanie rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii (z podaniem daty przeprowadzenia pierwszej dializy) lub przeszczepu nerki lub udokumentowanie wpisania na listę biorców. Definicja nie obejmuje: ostrej odwracalnej niewydolności nerek, przy której konieczna jest czasowa dializa oraz niewydolność jednej nerki. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się rozpoczęcie specjalistycznego leczenia lub przeszczepu nerki lub wpisanie na listę biorców, w zależności od tego które ze zdarzeń nastąpiło jako pierwsze w okresie naszej odpowiedzialności.
25.	Schyłkowa niewydolność wątroby	Stadium choroby wątroby charakteryzujące się istnieniem jednego z poniższych objawów: 1) trwałą żółtaczką; 2) wodobrzuszem; 3) encefalopatią wątrobową; 4) żylakami przełyku; 5) zaburzeniami krzepnięcia; oraz gdy rozpoznano niewydolność wątroby mieszczącą się w klasie B lub C klasyfikacji Childa – Pugh. Definicja nie obejmuje przypadków mieszczących się w klasie A klasyfikacji Childa – Pugh dotyczącej niewydolności wątroby. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności

26.	Sepsa o ciężkim przebiegu	Zespół uogólnionej reakcji zapalnej spowodowany przez infekcję bakteryjną, wirusową lub grzybiczą rozprzestrzeniającą się drogą krwionośną, charakteryzującą się obecnością drobnoustrojów chorobotwórczych lub ich toksycznych metabolitów we krwi i prowadzącą do niewydolności wielonarządowej. Definicja obejmuje przypadki wstrząsu septycznego. Dodatkowo spełnione muszą być co najmniej 2 z następujących kryteriów diagnostycznych zespołu uogólnionej reakcji zapalnej: 1) przyspieszenie czynności serca (tachykardia) o wartość większą, niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej limitu normy dla danego wieku; 2) temperatura ciała powyżej 38,5°C lub poniżej 36°C; 3) przyspieszenie częstości oddechów o wartość większą niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej limitu normy dla danego wieku lub konieczność prowadzenia mechanicznej wentylacji niezależna od schorzeń układu nerwowomięśniowego lub działania leków; 4) liczba krwinek białych zwiększona lub zmniejszona poza przedział wartości prawidłowych dla danego wieku lub zawartość form niedojrzałych w rozmazie krwi ponad 10%. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
27.	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. Definicja nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej oraz śpiączki wynikającej ze spożycia alkoholu i innych substancji odurzających. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
28.	Tężec leczony szpitalnie	Ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczki tężca (<i>Clostridium tetani</i>), która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i skutkowała koniecznością leczenia szpitalnego. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
29.	Utrata kończyn (wskutek wypadku)	Całkowita i nieodwracalna utratę dwóch lub więcej kończyn spowodowana Wypadkiem. Nasza ochrona obejmuje także jednoczasową utratę obu rąk w obrębie nadgarstka albo powyżej lub obu stóp w obrębie stawów skokowych lub powyżej oraz utratę jednej ręki w obrębie nadgarstka lub powyżej nadgarstka oraz jednej stopy w obrębie stawów skokowych lub powyżej stawów. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zajście Wypadku w okresie naszej odpowiedzialności.
30.	Wirusowe zapalenie mózgu z ubytkiem neurologicznym	Choroba zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) o ciężkim przebiegu, wywołana przez infekcję wirusową i powodująca powstanie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się przez okres co najmniej 6 tygodni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza specjalistę. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
31.	Wścieklizna leczona szpitalnie	Ostra choroba zakaźna skutkująca leczeniem szpitalnym, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez potwierdzone w dokumentacji medycznej zakażenie wirusem wścieklizny (<i>Rabies virus</i>). Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
32.	Zakażenie pneumokokowe	Zakażenie bakteriami <i>Streptococcus pneumoniae</i> (<i>pneumokokami</i>) pod postacią zapalenia opon mózgowych, ropnia mózgu, zapalenia szpiku kostnego, septycznego zapalenia stawów, zapalenia wsierdza, zapalenia osierdza, zapalenia otrzewnej, zapalenia ucha środkowego lub sepsy pneumokokowej powodujące trwałe upośledzenie słuchu, trwałe ograniczenie czynności poznawczych, opóźnienie rozwoju mowy, porażenie lub inne trwałe ubytki neurologiczne. Rozpoznanie zakażenia i jego następstw musi być potwierdzone wynikami badań bakteriologicznych, przeprowadzonych w ośrodku prowadzącym leczenie. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
33.	Zakażenie wirusem HIV lub rozpoznanie AIDS w wyniku transfuzji krwi	Zakażenie wirusem HIV (<i>Human Immunodeficiency Virus</i>) lub rozpoznanie AIDS (Nabytego Zespołu Niedoboru Odporności) potwierdzone dokumentacją, wynikiem z przetoczenia zakażonej krwi lub preparatów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce w okresie naszej odpowiedzialności. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.

KATALOG METOD LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO DZIECKA

	Metoda Leczenia specjalistycznego	Wysokość Świadczenia (jako procent Sumy ubezpieczenia)	Definicja
1.	Ablacja	100%	Zabieg kardiologiczny przeprowadzany przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej, który ma na celu usunięcie ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca. Za ablację uważa się również metodę usunięcia ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca przy użyciu niskiej temperatury (tzw. krioablację punktową albo balonową). Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień wykonania zabiegu.
2.	Chemioterapia	100%	Metoda ogólnoustrojowego (leczenie systemowe) leczenia choroby nowotworowej preparatami chemioterapeutycznymi. Droga podania i rodzaj leku muszą być zastosowane według aktualnie obowiązujących schematów leczenia chorób nowotworowych. Definicja nie obejmuje przypadków leczenia hormonalnego nawet ze wskazań onkologicznych. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.
3.	Dializoterapia	100%	Metoda leczenia ostrej i krańcowej przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia pierwszej dializy.
4.	Radioterapia	100%	Metoda stosowana w onkologii polegająca na zastosowaniu promieniowania jonizującego w celu leczenia chorób nowotworowych. Definicja obejmuje także leczenie za pomocą radioterapii stereotaktycznej, w tym Gamma Knife lub CyberKnife. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego.
5.	Terapia interferonowa	100%	Leczenie polegające na zastosowaniu interferonów w celu stymulowania odpowiedzi immunologicznej organizmu w procesie leczenia chorób: wirusowego zapalenia wątroby typu B (WZW B), wirusowego zapalenia wątroby typu C (WZW C). Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.
6.	Wertebroplastyka przy leczeniu naczyniaka kręgosłupa	50%	Zabieg polegający na wstrzyknięciu do zmienionego chorobowo trzonu kręgu cementu kostnego w celu leczenia naczyniaka kręgosłupa. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia zabiegu.
7.	Wszczepienie implantu ślimakowego	50%	Operacja związana z umieszczeniem w ślimaku elektrody stymulacyjnej implant oraz umocowanie procesora wewnętrznego w łożu kostnej na powierzchni czaszki, w następstwie pogorszenia słuchu. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
8.	Wszczepienie pompy baklofenowej	25%	Operacja wszczepienia pompy pod skórę brzucha z wszczepieniem elastycznego cewnika biegnącego pod skórą do kanału kręgowego. Za pośrednictwem cewnika pompa kontroluje dozowanie leku, który hamuje objawy spastyczne po udarze mózgu, po uszkodzeniu rdzenia kręgowego. Definicja nie obejmuje zabiegów uzupełniania leku, kontroli systemu, jego programowania ani wymiany poszczególnych elementów. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.

Karta produktu

Ubezpieczenie na życie

Ubezpieczyciel: TUnŻ „WARTA” S.A.

Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego

**Produkt: Ubezpieczenie na Życie
WARTA DLA CIEBIE I RODZINY**

Zatwierdzenie produktu

W Karcie Produktu zawarte są najważniejsze informacje o ubezpieczeniu na życie Warta Dla Ciebie i Rodziny. Karta Produktu nie jest częścią umowy ubezpieczenia, nie stanowi wzorca umownego ani materiału marketingowego. Karta Produktu została przygotowana przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. z siedzibą w Warszawie i ma za zadanie pokazać kluczowe informacje o produkcie oraz pomóc klientowi w zrozumieniu jego cech.

Decyzję o zawarciu Umowy ubezpieczenia należy podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, w tym zwłaszcza z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia na Życie Warta Dla Ciebie i Rodziny (OWU), w których znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu.

Podstawowe informacje o ubezpieczeniu



Warta Dla Ciebie i Rodziny to produkt ochronny, skierowany do osób poniżej 80. roku życia, zainteresowanych ochroną ubezpieczeniową nie krótszą niż rok, z możliwością jej przedłużenia na kolejny okres, zainteresowanych ochroną ubezpieczeniową bez funduszy kapitałowych oraz skłonnych do regularnego opłacania składek. Zakres ochrony dostosowany jest do potrzeb ubezpieczeniowych: osób posiadających rodzinę, samodzielnego rodzica z dzieckiem, par, singli, osób po 66. roku życia oraz osób o szczególnym statusie majątkowym. Ubezpieczenie oferuje pomoc finansową ubezpieczonemu i jego najbliższemu, w przypadku trudnych sytuacji losowych (w chorobie oraz po wypadku).

Ubezpieczający	Osoba fizyczna, która zawiera z ubezpieczycielem umowę.
Ubezpieczony	- Osoba fizyczna, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia, może nią być jedynie ubezpieczający. - Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu zawarcia umowy ukończyła 18 lat i nie ukończyła 80 lat. - Ubezpieczony jest wskazany w umowie.
Współubebezpieczony	Osoba fizyczna będąca małżonkiem albo partnerem ubezpieczonego, rodzicem ubezpieczonego, rodzicem małżonka albo partnera ubezpieczonego, dzieckiem ubezpieczonego, dzieckiem syna lub córki ubezpieczonego, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia.
Uprawniony	Osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie.
Uprawniony zastępczy	Osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, wskazana przez ubezpieczonego, której w przypadku śmierci ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca świadczenie, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona nie żyje lub utraciła prawo do świadczenia
Umowa ubezpieczenia (umowa)	- Umowa zawarta na podstawie OWU za pośrednictwem agenta, której stronami są ubezpieczyciel i ubezpieczający. - Na mocy umowy: - ubebezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, - ubebezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę.

Zawarcie umowy	- Warunkiem zawarcia umowy jest: - złożenie wniosku o ubezpieczenie przez ubezpieczającego zawierającego odpowiedź na pytania dotyczące jego stanu zdrowia, - opłacenie składki, - akceptacja umowy przez ubezpieczyciela.
Wariant ubezpieczenia/ pakiety dodatkowe	Zakres ochrony ubezpieczeniowej określony jest przez ubezpieczyciela w wariantach ubezpieczenia lub w pakietach dodatkowych. Wybrany przez ubezpieczającego wariant ubezpieczenia lub wybrane pakiety dodatkowe wskazane są we wniosku o ubezpieczenie lub w aneksie do wniosku o ubezpieczenie.
Okres ubezpieczenia	- Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku. - Umowa ubezpieczenia przedłuża się na następny roczny okres, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia. - Umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę okresów.
Wiek wstępu	- Ubezpieczonym może zostać osoba w wieku od 18 do 80 roku życia, z następującymi wyjątkami: - zawarcie umowy ubezpieczenia w wariantach „Dla Ciebie 66 Plus – Życie” jest możliwe w przypadku ukończenia przez ubezpieczonego 66. roku życia i nieukończenia 80. roku życia, - zawarcie umowy ubezpieczenia we wszystkich pozostałych wariantach jest możliwe do nieukończenia 66. roku życia przez ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia	• Zakres ochrony zależy od wybranego przez ubezpieczającego wariantu ubezpieczenia oraz pakietów dodatkowych. Przykładowe ryzyka ubezpieczeniowe wchodzące w skład Wariantu „Dla Rodziny – Życie”: – śmierć ubezpieczonego – śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku – śmierć ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu – śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy – śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego – śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy – powstanie niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku – powstanie niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego – powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku – wystąpienie poważnego zachorowania ubezpieczonego – pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby – pobyt ubezpieczonego w szpitalu na OIOM (jednorazowe z tytułu choroby) – pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku – pobyt ubezpieczonego w szpitalu OIOM (jednorazowe z tytułu wypadku) – pobyt ubezpieczonego w szpitalu Plus: zawał serca, udar mózgu – pobyt ubezpieczonego w szpitalu Plus: wypadek komunikacyjny – pobyt ubezpieczonego w szpitalu Plus: wypadek przy pracy – pobyt ubezpieczonego w szpitalu Plus: wypadek komunikacyjny przy pracy – pobyt ubezpieczonego w szpitalu Plus: rekonwalescencja poszpitalna z tytułu choroby lub wypadku – operacja ubezpieczonego – leczenie specjalistyczne ubezpieczonego – śmierć małżonka albo partnera – śmierć małżonka albo partnera w wyniku wypadku – śmierć małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego – śmierć małżonka albo partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu – śmierć dziecka – śmierć dziecka w wyniku wypadku – osierocenie dziecka przez ubezpieczonego – urodzenie się dziecka – urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną – śmierć noworodka – śmierć rodzica oraz rodzica małżonka albo partnera – śmierć rodzica oraz rodzica małżonka albo partnera w wyniku wypadku – Pakiet medyczny „Dla Rodziny” • Szczegółowe informacje dotyczące warunków umowy są opisane w OWU.
Miejsce obowiązywania umowy	• Ubezpieczenie obejmuje zdarzenia powstałe na całym świecie. Świadczenia medyczne w ramach: Pakietu medycznego, Pakietu medycznego „Teleopieka kardiologiczna” oraz „Wsparcia w zdrowiu psychicznym” realizowane są na terenie Polski.
Początek ochrony	• W przypadku ryzyk ubezpieczeniowych: śmierci ubezpieczonego, śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, śmierci małżonka albo partnera, śmierci małżonka albo partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, śmierci rodzica oraz rodzica małżonka albo partnera, śmierci dziecka, osierocenia dziecka, śmierci noworodka, powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, powstania czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy, operacji ubezpieczonego, leczenia specjalistycznego ubezpieczonego, wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, wystąpienia u małżonka albo partnera poważnego zachorowania, wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania, zachorowania ubezpieczonego na łagodny nowotwór mózgu, zachorowania ubezpieczonego na łagodny nowotwór rdzenia kręgowego, zachorowania ubezpieczonego na nowotwór złośliwy, zachorowania ubezpieczonego na nowotwór w stadium przedinwazyjny, zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne, dodatkowe wsparcie finansowe dla ubezpieczonego po udarze mózgu, dodatkowe wsparcie finansowe dla ubezpieczonego po zawale serca, dodatkowe wsparcie finansowe dla ubezpieczonego po niestabilnej dusznicy bolesnej, dodatkowe wsparcie finansowe dla ubezpieczonego po przemijającym napadzie niedokrwiennym, leczenia specjalistycznego dziecka – ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona w okresie 6 miesięcy karencji, licząc od dnia wskazanego: – we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, – w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia (w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o pakiet dodatkowy, w którym występują powyższe ryzyka ubezpieczeniowe). • W przypadku ryzyk ubezpieczeniowych: urodzenia się dziecka, urodzenia się wnuka – ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona w okresie 10 miesięcy karencji, licząc od dnia wskazanego: – we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, – w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia (w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, o pakiet dodatkowy, w którym występują powyższe ryzyka ubezpieczeniowe). • W przypadku ryzyk ubezpieczeniowych: pobytu ubezpieczonego w szpitalu (pobyt w wyniku choroby), pobytu ubezpieczonego w szpitalu „Dla Ciebie 66 Plus – Życie” (pobyt w wyniku choroby), pobytu małżonka albo partnera w szpitalu (pobyt w wyniku choroby), pobytu dziecka w szpitalu (pobyt w wyniku choroby), pobytu ubezpieczonego w szpitalu PLUS (pobyt w wyniku choroby), pobytu małżonka albo partnera w szpitalu PLUS (pobyt w wyniku choroby), rekonwalescencji dziecka, zachorowania Ubezpieczonego na zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania leczone szpitalnie – ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, licząc od dnia wskazanego: – we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia (w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, o pakiet dodatkowy, w którym występują powyższe ryzyka ubezpieczeniowe).

	- W przypadku ryzyka ubezpieczeniowego drugiej opinii medycznej ubezpieczonego, drugiej opinii medycznej małżonka albo partnera, drugiej opinii medycznej dziecka – ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona w okresie 2 miesięcy karencji, licząc od dnia wskazanego: - we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, - w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia (w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, o pakiet dodatkowy, w którym występują powyższe ryzyka ubezpieczeniowe). - Ponadto do ww. okresów ograniczenia odpowiedzialności, zalicza się okres opłacania składki z poprzednich umów grupowego ubezpieczenia, albo umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie, albo umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A. lub z innym ubezpieczycielem. - Szczegółowe informacje dotyczące odpowiedzialności ubezpieczyciela są opisane w OWU.
Koniec ochrony	- Ochrona ubezpieczeniowa względem ubezpieczonego kończy się: - w dzień poprzedzający pierwszą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat, z następującym zastrzeżeniem: - w przypadku wybrania przez ubezpieczającego Wariantu „Dla Ciebie 66 Plus – Życie” ochrona ubezpieczeniowa względem ubezpieczonego kończy się w dzień poprzedzający pierwszą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 80 lat, - z dniem śmierci ubezpieczonego, - z dniem złożenia ubezpieczycielowi przez ubezpieczającego wniosku o odstąpienie od umowy ubezpieczenia, - z ostatnim dniem miesiąca polisowego, w którym ubezpieczający wypowiedział umowę, - z upływem okresu dodatkowego na opłacenie składki, w przypadku nieopłacenia składki, - z upływem okresu na jaki umowa została zawarta.
Rezygnacja z umowy	- Ubezpieczający może odstąpić od umowy w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia. - Ubezpieczający może w dowolnym momencie wypowiedzieć umowę ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym złożył wypowiedzenie. - Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej. - W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki proporcjonalnie za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
Składka	- Wysokość składki zależy od: zakresu ochrony ubezpieczeniowej i od wysokości świadczeń na danych ryzykach ubezpieczeniowych. - Składka opłacana jest miesięcznie. - Pierwszą składkę należy wpłacić najpóźniej następnego dnia roboczego po dniu zawarcia umowy. - Brak wpłaty pierwszej składki w wysokości wskazanej we wnioskopolisie, w terminie 14 dni licząc od dnia początku okresu ubezpieczenia, oznacza rezygnację ubezpieczającego z zawarcia umowy ubezpieczenia z upływem tego terminu. - Kolejne składki płatne są z góry, to znaczy do ostatniego dnia okresu poprzedzającego okres, za który składka jest należna. - Dniem wpłaty składki jest dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy na rachunek ubezpieczyciela. - Jeśli druga i kolejna składka nie zostanie wpłacona w wyznaczonym terminie, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do wpłaty zaległych składek w dodatkowym terminie nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego wezwania oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia zaległych składek w dodatkowym terminie.
Suma świadczenia/ Świadczenie	Suma ubezpieczenia dla danego ryzyka ubezpieczeniowego, wskazana jest we wnioskopolisie, albo w aneksie do wnioskopolisy.
Wyłączenia odpowiedzialności	- W przypadku śmierci ubezpieczonego odpowiedzialnością ubezpieczyciela nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku: - popętnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, - działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru, skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową, - wykonywania jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy bądź osoba wykonująca pracę na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów lub jako pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych. - W przypadku ryzyk ubezpieczeniowych wyłączenia odpowiedzialności znajdują się w OWU. - Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli dane zdarzenie nie jest objęte zakresem ubezpieczenia lub nie spełnia definicji wskazanej w ogólnych warunkach ubezpieczenia, lub wystąpiło poza okresem odpowiedzialności ubezpieczyciela, lub nie zostało ujęte w tabeli stanowiącej załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia. - Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności, na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
Zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego	- Wniosek o wypłatę świadczenia uprawniony składa bezpośrednio do ubezpieczyciela: - za pomocą formularza dostępnego na stronie: www.warta.pl/pomoc-i-obsługa/zgłoszenie-szkody/, - w dowolnej placówce ubezpieczyciela.
Reklamacje	- Reklamacje mogą być składane ubezpieczycielowi: - na piśmie w postaci papierowej: na adres skrytka pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1 albo doręczone osobiście w każdej jednostce ubezpieczyciela obsługującej klientów; - na piśmie w postaci elektronicznej: na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-43731-69770-HRJAI-14 albo za pomocą formularza na stronie www.warta.pl/reklamacje; - ustnie: telefonicznie pod nr 502 308 308 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo do protokołu w każdej jednostce ubezpieczyciela obsługującej klientów. - Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi na piśmie: listem w postaci papierowej lub pocztą elektroniczną w postaci elektronicznej – w zależności od sposobu zgłoszenia reklamacji lub wyboru składającego reklamację. W przypadku złożenia reklamacji przez klienta na adres do doręczeń elektronicznych, ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi elektronicznie na adres do doręczeń elektronicznych klienta. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący reklamację zostanie uprzednio powiadomiony. - Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest jednostka organizacyjna TUnŻ „WARTA” S.A. wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA” S.A. - Podmiotami uprawnionymi do pozasądowego rozpatrywania sporów są: - Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl), - Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).

Opodatkowanie świadczeń	• Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela nastąpi zgodnie z przepisami ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych albo ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych. • Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy o podatku od spadków i darowizn, w związku z art. 831 § 3 ustawy kodeks cywilny.
--------------------------------	--



KLAUZULA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

Warta dba o Pani/Pana dane, dlatego w trosce o ich bezpieczeństwo prosimy o zapoznanie się z klauzulą informacyjną dotyczącą ich przetwarzania.

	UBEZPIECZAJĄCY	UBEZPIECZONY/WSPÓŁUBEZPIECZONY
ADMINISTRATOR I DANE KONTAKTOWE	Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. z siedzibą w Warszawie, przy rondzie I. Daszyńskiego 1, 00-843 Warszawa („Warta”). Z administratorem można się kontaktować pisemnie pod adresem siedziby lub w sposób podany na stronie www.warta.pl .	
ZAKRES I ŹRÓDŁO DANYCH		Warta uzyskała Pani/Pana dane osobowe od Ubezpieczającego w związku ze złożonym przez Panią/Pana wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz z jej zawarciem.
CEL, PODSTAWA PRAWNA I OKRES PRZETWARZANIA DANYCH	Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Wartę w celu: 1) przygotowania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do przygotowania wniosku (tj. podjęcie działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy). W przypadku niezawarcia umowy ubezpieczenia Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres 3 miesięcy a w przypadku przedsiębiorców przez 3 lata, od ostatniego dnia miesiąca, w którym bezskutecznie upłynął termin do zapłaty składki ubezpieczeniowej;	Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Wartę w celu: 1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym finansowego i medycznego oraz wyliczenia składki ubezpieczeniowej służącej do przygotowania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. W przypadku niezawarcia umowy ubezpieczenia Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres 3 miesięcy od ostatniego dnia miesiąca, w którym bezskutecznie upłynął termin do zapłaty składki ubezpieczeniowej.
	2) analizy potrzeb i wymagań, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, do zakończenia okresów przedawnienia roszczeń.	W celu oceny ryzyka Warta stosuje procesy oparte na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, które wiążą się z oceną informacji przetwarzanych na Pani/Pana temat przez system informatyczny (bez wpływu człowieka) i z zaszeregowaniem Pani/Pana do określonej grupy, dla której Warta ustaliła wysokość składki ubezpieczeniowej. Podstawą profilowania będą dane zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz dane zebrane na podstawie innych umów ubezpieczenia zawartych przez Panią/Pana z Wartą, jak również dane, w tym dane o stanie zdrowia, na podstawie złożonych przez Panią/Pana oświadczeń i dokumentów. Konsekwencją takiego przetwarzania będzie automatyczna decyzja dotycząca wysokości składki lub innych warunków umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania takiej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez pracownika.
	W celu analizy potrzeb i wymagań Warta stosuje procesy oparte na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, które wiążą się z oceną informacji przetwarzanych na Pani/Pana temat przez system informatyczny (bez wpływu człowieka) i z zaszeregowaniem Pani/Pana do określonej grupy, dla której Warta ustaliła zasady zawierania umów ubezpieczenia. Podstawą tych procesów będą dane zawarte w ankiecie badania potrzeb (APK). Konsekwencją takiego przetwarzania będzie rozpoznanie Pani/Pana zindywidualizowanych potrzeb i wymagań oraz zaproponowanie umowy ubezpieczenia, której charakter i zakres odpowiadają tym potrzebom i wymaganiom. Ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania takiej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez pracownika.	
	W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Wartę w celu:	
	1) obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną są przepisy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz niezbędność do wykonania umowy, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń;	
	2) realizacji przepisów: a) ustawy o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami (CRS), w tym identyfikowania zagranicznych rezydentów podatkowych i przekazywania informacji o ich rachunkach do Szefa Krajowej Administracji Skarbowej przez okres wynikający z tych przepisów;	
	b) ustawy o wykonywaniu umowy między rządem Rzeczypospolitej Polskiej a rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, w tym identyfikowania amerykańskich rezydentów podatkowych i przekazywania informacji o ich rachunkach Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej;	
	c) ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (AML/CFT), w tym także w celu wypełnienia obowiązków tej ustawy w zakresie identyfikacji i weryfikacji tożsamości klientów.	
	3) zapobiegania i wykrywania przestępczości – na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przez 5 lat, a w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą przez 10 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia;	
		4) reasekuracji ryzyka – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową ubezpieczenia, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń dla obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia;
	5) windykacji i dochodzenia roszczeń oraz obrony praw Warty w postępowaniach przed sądami i organami państwowymi na podstawie prawnie uzasadnionych interesów Warty, tj. możliwości dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami, do czasu upływu terminów przedawnienia roszczeń przysługujących Warcie bądź przedawnienia karalności czynu popełnionego na szkodę Warty;	
	6) marketingu własnych produktów lub usług Warty, w tym profilowania, w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i finansowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. promowania własnych produktów lub usług Warty, do czasu wyrażenia przez Panią/Pana sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w tym celu;	

CEL, PODSTAWA PRAWNA I OKRES PRZETWARZANIA DANYCH	7) obsługi zgłoszonego świadczenia, w tym wydania decyzji ubezpieczeniowej i wypłaty świadczenia, na podstawie umowy ubezpieczenia, przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz przepisów kodeksu cywilnego, do momentu wydania przez Wartę decyzji w przedmiocie wypłaty świadczenia, a także w celu rozpatrywania reklamacji (o ile zostanie złożona) – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, a po upływie tego okresu w celach archiwizacyjnych na wypadek zgłoszenia dodatkowych roszczeń, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. obrony przed roszczeniami, przez okres przedawnienia przysługujących Pani/Panu roszczeń;	
	8) ustalania wysokości składek ubezpieczeniowych, składek reasekuracyjnych oraz rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości, w tym w celach statystycznych, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, przez okres obowiązywania umowy w przypadku zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem lub zgłoszenia roszczenia oraz przez czas trwania ewentualnych postępowań sądowych związanych z dochodzonym od Warty roszczeniem;	
	9) rachunkowym, na podstawie przepisów o rachunkowości, przez okres wskazany w tych przepisach, przedłużony o okres dochodzenia roszczeń;	
	10) oceny satysfakcji z usług Warty – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. kontroli przebiegu i podnoszenie standardów realizowanych usług na podstawie zebranych przez Wartę opinii, przez okres obowiązywania umowy ubezpieczenia;	
	11) rozpatrywania wniosków, skarg i reklamacji innych niż związane z procesem likwidacji szkody – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, a po tym okresie w celach archiwizacyjnych, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. kontroli prawidłowości prowadzenia tych postępowań.	
DO CZEGO PRZYSŁUGUJE PANI/ PANU PRAWO	Przysługuje Pani/Panu prawo do:	
	1) dostępu do swoich danych – czyli uzyskania od Warty potwierdzenia, czy przetwarzane są Pani/Pana dane osobowe; uzyskania ich kopii oraz informacji m.in. o: celach przetwarzania, kategoriach danych, kategoriach odbiorców danych, planowanym okresie ich przechowywania i źródle ich pozyskania przez Wartę;	
	2) ich sprostowania – czyli poprawienia lub uzupełnienia dotyczących Pani/Pana danych osobowych, które są nieprawidłowe lub niekompletne;	
	3) ich usunięcia – w przypadkach wskazanych w art. 17 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych, w szczególności w przypadku gdy dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane, lub złożony został skuteczny sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych (o ile nie zakłada to realizacji umowy lub obowiązków Warty wynikających z przepisów prawa);	
	4) ograniczenia przetwarzania – czyli zaprzestania przetwarzania, w szczególności gdy kwestionuje Pani/Pan prawidłowość danych osobowych lub wnosi sprzeciw wobec ich przetwarzania – na okres pozwalający Warcie zweryfikować zasadność żądania;	
	5) przenoszenia swoich danych – czyli do uzyskania od Warty w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego Pani/Pana danych osobowych, które Pani Pan dostarczył(a) Warcie i które Warta przetwarza na podstawie Pani/Pana zgody lub na podstawie zawartej z Panią/Panem umowy; ponadto ma Pani/Pan prawo zażądać, aby Warta przesłała innemu administratorowi Pani/Pana dane osobowe, o ile jest to technicznie możliwe;	
	6) wniesienia sprzeciwu z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, w tym profilowania oraz do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez Wartę; pomimo sprzeciwu Warta jest uprawniona w dalszym ciągu do przetwarzania tych danych osobowych, jeżeli wykaze istnienie ważnych, prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.	
	7) wniesienia skargi do organu nadzoru w zakresie danych osobowych (jest nim Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).	
	Jeżeli wyraził(a) Pani/Pan zgodę na przetwarzanie danych osobowych, ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.	
DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH	Przysługuje Pani/Panu prawo do uzyskania interwencji ze strony pracownika Warty wobec decyzji opierającej się na zautomatyzowanym przetwarzaniu, do wyrażania własnego stanowiska i do zakwestionowania jej.	
	W celu cofnięcia zgody lub skorzystania z przysługujących praw należy się skontaktować z inspektorem danych osobowych lub agentem. Kontakt z inspektorem jest możliwy drogą elektroniczną, poprzez: IOD@warta.pl , lub drogą pisemną pod adresem siedziby Warty podanym powyżej. Dane inspektora dostępne są na stronie internetowej: www.warta.pl w zakładce Kontakt. Kontakt z agentem jest możliwy osobiście lub drogą telefoniczną.	
ODBIORCY DANYCH	Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: inne zakłady ubezpieczeń lub inne zakłady reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, organy administracji państwowej, o ile nie żądają udostępnienia w związku z toczącym się postępowaniem, a obowiązek udostępnienia danych wynika z przepisów prawa, dostawcy usług assistance będących przedmiotem ubezpieczenia, inne podmioty – w zakresie niezbędnym do wykonania umowy lub oceny zgłoszonego roszczenia, Generalny Inspektor Informacji Finansowej, Szef Krajowej Administracji Skarbowej.	
	Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m.in. dostawcom usług IT mającym siedzibę w Polsce lub na obszarze EOG, dostawcom usług archiwizacji dokumentacji, likwidacji szkód, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, kancelariom prawnym świadczącym wsparcie prawne, rzeczoznawcom medycznym, agencjom marketingowym czy też agentom ubezpieczeniowym obsługującym Pani/Pana umowę ubezpieczenia – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.	
INNE ŹRÓDŁA POZYSKIWANIA DANYCH	Warta zbiera dane od podmiotów zewnętrznych, tj.: inne zakłady ubezpieczeń – w zakresie zgłoszonych zdarzeń; dostawcy usług assistance – w zakresie przebiegu i rezultatów wykonanych usług oraz inne podmioty – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka, wykonania umowy lub oceny zgłoszonego roszczenia.	Warta zbiera dane od podmiotów zewnętrznych, tj.: inne zakłady ubezpieczeń – w zakresie zgłoszonych zdarzeń; placówki medyczne – w zakresie informacji o stanie zdrowia, o ile została wyrażona zgoda; dostawcy usług assistance – w zakresie przebiegu i rezultatów wykonanych usług; oraz inne podmioty – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka, wykonania umowy lub oceny zgłoszonego roszczenia.
OBYWIAZEK PODANIA DANYCH	Podanie danych jest niezbędne do zawarcia umowy, jak również może wynikać z przepisów prawa – brak podania tych danych może uniemożliwić zawarcie umowy ubezpieczenia. Podanie danych do celów marketingowych jest dobrowolne.	