

Załącznik nr 1 do umowy generalnej w sprawie zawarcia grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – Pakiety GSU (zwanej dalej „umową generalną Pakiety GSU”), zawartej pomiędzy UNIQA Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. i GSU Stowarzyszenie Ubezpieczonych – Pakiet Ochronny

Pakiet Ochronny – tekst jednolity Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem zmienionych umową generalną Pakiety GSU

SPIS TREŚCI

Zakres ubezpieczenia dla Ubezpieczonego	Indeks	Strona
1) Śmierć Ubezpieczonego	GNOW/14/03/01	2
2) Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNWU/14/03/01	9
3) Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	GNWK/14/03/01	9
4) Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	GNZU/14/03/01	10
5) Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego	GNOD/14/03/01	10
6) Uszczerbek lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNUUC/14/03/01	11
7) Niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNWN/14/03/01	11
8) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu	GNCP/14/03/01	12
9) Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	GNCU/15/11/01	14
10) Operacja medyczna Ubezpieczonego	GNOM/14/03/01	17
Zakres ubezpieczenia dla współmałżonka		
11) Śmierć współmałżonka	GNSWP/14/03/01	17
12) Śmierć współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNSWPW/14/03/01	18
13) Pobyt współmałżonka w szpitalu	GNPWP/14/03/01	18
14) Poważne zachorowanie współmałżonka	GNCWP/15/11/01	20
Zakres ubezpieczenia dla dziecka		
15) Śmierć dziecka	GNSD/14/03/01	22
16) Śmierć dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNWD/14/03/01	22
17) Pobyt dziecka w szpitalu	GNPWD/14/03/01	23
18) Poważne zachorowanie dziecka	GNCD/14/03/01	24
19) Urodzenie się dziecka	GNUD/14/03/01	26
20) Urodzenie się dziecka wymagającego leczenia	GNUDL/14/03/01	27
21) Urodzenie się martwego noworodka	GNSB/14/03/01	28
Zakres ubezpieczenia dla rodziców Ubezpieczonego lub rodziców współmałżonka		
22) Śmierć rodziców Ubezpieczonego	GNSR/14/03/01	29
23) Śmierć rodziców Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNWSR/14/03/01	29
24) Śmierć rodziców współmałżonka	GNST/14/03/01	29
25) Śmierć rodziców współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNWST/14/03/01	30
Świadczenia opiekuńcze i medyczne		
26) Świadczenia opiekuńcze dla Ubezpieczonego oraz jego rodziny Opieka24 i Opieka24 Plus	GNŚO/14/03/01	30
Załączniki		
Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała		34
Wykaz poważnych zachorowań		41
Tabela operacji medycznych		45

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNOW/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

I. UMOWA UBEZPIECZENIA

Postanowienia ogólne

§ 1

(otrzymuje brzmienie) Niniejsze Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem zmienione umową generalną Pakiety GSU, zwane dalej OWU, stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy Stronami: UNIQA Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A., zwanym dalej Towarzystwem, a Ubezpieczającym.

Umowa ubezpieczenia

§ 2

Na treść umowy ubezpieczenia składają się następujące dokumenty:

- 1) wniosek o zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem, zwany dalej wnioskiem;
- 2) OWU;
- 3) polisa grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem, zwana dalej polisą;
- 4) deklaracja uczestnictwa lub zmian w grupowym ubezpieczeniu na życie Ochrona z Plusem, zwana dalej deklaracją;
- 5) każdy inny dokument złożony do Towarzystwa przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, który został zaakceptowany przez Towarzystwo jako część umowy ubezpieczenia.

! Warunki zawartej przez Ciebie umowy ubezpieczenia określone są nie tylko w OWU, ale również w innych uzgodnionych z Towarzystwem dokumentach.

Co Towarzystwo ubezpiecza i za co odpowiada?

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
3. (otrzymuje brzmienie) Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony poprzez zawarcie umów dodatkowych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia, zwanych dalej OWUD.

! Ubezpieczenie zapewnia szeroki wachlarz świadczeń, niezbędny w przypadku wystąpienia nagłych zdarzeń losowych czy problemów ze zdrowiem.

W jaki sposób zawierana jest umowa ubezpieczenia?

§ 4

1. (otrzymuje brzmienie) Treść umowy ubezpieczenia może zostać zawarta w następujących dokumentach: wniosku ubezpieczeniowym, OWU, polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, deklaracji uczestnictwa lub każdym innym dokumencie złożonym Towarzystwu przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, zaakceptowanym przez Towarzystwo jako część umowy ubezpieczenia.
2. (otrzymuje brzmienie) Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach tylko jednego wariantu.

Na jaki czas zawierana jest umowa ubezpieczenia i w jaki sposób ulega przedłużeniu?

§ 5

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty początku ochrony ubezpieczeniowej określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Po upływie każdego rocznego okresu trwania umowy ubezpieczenia umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na kolejny roczny okres na tych samych warunkach, o ile żadna ze Stron nie postanowi inaczej. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy na kolejny okres powinno być złożone drugiej Stronie na piśmie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta.

! Umowa ubezpieczenia zawierana jest na 1 rok i jest automatycznie przedłużana, jeżeli Ubezpieczający lub Towarzystwo nie złożą odmiennego oświadczenia w tej sprawie drugiej Stronie.

Czy warunki ubezpieczenia mogą ulec zmianie?

§ 6

1. Towarzystwo może zaproponować zmianę warunków umowy ubezpieczenia.
2. (otrzymuje brzmienie) Propozycję zmiany warunków umowy ubezpieczenia na kolejny rok polisy Towarzystwo przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie, nie później niż 50 dni przed rocznicą polisy, wyznaczając Ubezpieczającemu 14-dniowy termin na złożenie oświadczenia o wyrażeniu zgody na zaproponowane warunki.
3. (otrzymuje brzmienie) Jeżeli Ubezpieczający w terminie 14 dni nie złoży pisemnego oświadczenia o wyrażeniu zgody na zaproponowane przez Towarzystwo warunki, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w ostatnim dniu roku polisy.
4. (otrzymuje brzmienie) Jeżeli Ubezpieczający złoży oświadczenie o wyrażeniu zgody na zaproponowane warunki ubezpieczenia w terminie 14 dni, umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na nowych warunkach.

! Przed każdą rocznicą polisy Towarzystwo może zaproponować zmianę warunków umowy ubezpieczenia. Jeśli Ubezpieczający nie zaakceptuje nowych warunków, umowa ubezpieczenia rozwiąże się ostatniego dnia roku polisy.

5. Jeżeli Ubezpieczony nie upoważni Ubezpieczającego do wyrażania w jego imieniu zgody na zmiany w umowie ubezpieczenia, to w przypadku zaproponowania przez Towarzystwo zmiany warunków, jeśli Towarzystwo nie otrzymało zgody Ubezpieczonego na nowe warunki, ochrona ubezpieczeniowa nie ulega wobec niego przedłużeniu i wygasa w ostatnim dniu roku polisy. Jeśli jednak najpóźniej na 15 dni przed końcem roku polisy Ubezpieczony przekaże Ubezpieczającemu pisemną zgodę na proponowane warunki, a Ubezpieczający przekaże ją w tym terminie Towarzystwu, ochrona ubezpieczeniowa ulegnie wobec niego przedłużeniu.

! Ubezpieczony, przystępując do ubezpieczenia, może upoważnić Ubezpieczającego do wyrażania w jego imieniu zgody na dokonywanie zmian w umowie ubezpieczenia. Jeśli Ubezpieczony nie złoży takiego upoważnienia, a Towarzystwo proponuje zmianę warunków ubezpieczenia przed rocznicą polisy, wówczas ochrona względem tego Ubezpieczonego wygaśnie. Jeśli jednak Ubezpieczony złoży oświadczenie na 15 dni przed rocznicą polisy, ochrona ubezpieczeniowa ulegnie wobec niego przedłużeniu.

II. TWOJE UBEZPIECZENIE

Kto może przystąpić do ubezpieczenia?

§ 7

1. (otrzymuje brzmienie) Do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 55. roku życia.
2. (otrzymuje brzmienie) Towarzystwo ma prawo odmówić zgody na przystąpienie do ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego.

Od kiedy jest świadczona ochrona względem Ubezpieczonego?

§ 8

(otrzymuje brzmienie) Początek ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej dla danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w informacji przekazanej Ubezpieczonemu przez Towarzystwo pisemnie lub w formie elektronicznej, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki za danego Ubezpieczonego, tj. do 15. dnia roboczego miesiąca, w którym ma rozpocząć się ochrona ubezpieczeniowa.

Jak przebiega i na czym polega ocena ryzyka ubezpieczeniowego?

§ 9

1. Względem każdej osoby zgłoszonej do ubezpieczenia Towarzystwo przestrzega sobie prawo do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym żądania:
 - 1) udzielenia informacji o stanie zdrowia w zakresie zawartym w deklaracji, ankiecie medycznej lub dokumencie umowy ubezpieczenia;
 - 2) dostarczenia dodatkowych dokumentów dotyczących stanu zdrowia;
 - 3) skierowania na badania medyczne, z wyłączeniem badań genetycznych. Koszty badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

2. (otrzymuje brzmienie) Ocena ryzyka ubezpieczeniowego dotyczy w szczególności osoby, która:
 - 1) w dacie podpisania deklaracji przebywa na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14-dniowo;
 - 2) objęta jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy ubezpieczenia na życie zawartej z Towarzystwem;
 - 3) (usunięto)
 - 4) (usunięto)
3. (otrzymuje brzmienie) Po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w odniesieniu do danej osoby zgłoszonej do ubezpieczenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:
 - 1) zaproponowania zmiany zakresu ubezpieczenia;
 - 2) zaproponowania podwyższenia składki należnej za osobę zgłoszoną do ubezpieczenia;
 - 3) obniżenia sumy ubezpieczenia w ramach umowy podstawowej lub poszczególnych umów dodatkowych;
 - 4) odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową, w szczególności jeżeli ocena ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie informacji zawartych w deklaracji w odniesieniu do danej osoby odbiega od ryzyka standardowego lub jeżeli osoba przystępująca do ubezpieczenia nie złoży prawidłowo wypełnionej deklaracji w ciągu 2 miesięcy od dnia jej podpisania; w przypadku odmowy objęcia osoby ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo dokona zwrotu wpłaconej składki;
 - 5) określenia daty, od której ochrona ubezpieczeniowa może być świadczona.
4. O powyższych zmianach Towarzystwo informuje osobę zgłoszoną do ubezpieczenia za pośrednictwem Ubezpieczającego.
5. (usunięto)

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

§ 10

1. (otrzymuje brzmienie) Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy podstawowej wygasa:
 - 1) w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych:
 - a) w dniu rozwiązania umowy podstawowej,
 - b) (usunięto)
 - c) w dniu odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy podstawowej,
 - d) (usunięto)
 - 2) w stosunku do danego Ubezpieczonego:
 - a) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - b) (usunięto)
 - c) z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu lub Towarzystwu oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia,
 - d) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 69. rok życia,
 - e) (usunięto)
 - f) (usunięto)
 - g) (usunięto)
2. (usunięto)
3. Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki należnej za tego Ubezpieczonego za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia składka należna za tego Ubezpieczonego wpłacona za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej, nie podlega zwrotowi.
5. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich umów dodatkowych wygasa w tym samym terminie.

! Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w określonych sytuacjach. Należy pamiętać, że ochrona wygasa po upływie 1 miesiąca, licząc od końca okresu, za który została opłacona ostatnia składka należna za wszystkich Ubezpieczonych. W tym czasie ochrona ubezpieczeniowa będzie trwała, jednocześnie składka za ten okres będzie należna.

III. SKŁADKA I SUMA UBEZPIECZENIA

W jaki sposób ustalana jest wysokość składki i sumy ubezpieczenia?

§ 11

1. (otrzymuje brzmienie) Wysokość składki należnej za danego Ubezpieczonego ustala się na podstawie taryfy składek obowiązującej w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku. Wysokość składki za danego Ubezpieczonego określa Towarzystwo w zależności od:
 - 1) wysokości sumy ubezpieczenia;
 - 2) zakresu ubezpieczenia;

- 3) częstotliwości opłacania składek;
 - 4) liczby, wieku i płci osób przystępujących do ubezpieczenia;
 - 5) (usunięto)
 - 6) informacji o ryzyku ubezpieczeniowym, zawartych w deklaracjach i innych dokumentach ubezpieczeniowych.
2. Wysokość składki należnej za danego Ubezpieczonego jest określana w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

! Wysokość składki zależy od wielu czynników i jest określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

3. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazana jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

W jaki sposób opłacana jest składka?

§ 12

1. (otrzymuje brzmienie) Ubezpieczający opłaca składkę należną za wszystkich Ubezpieczonych z częstotliwością miesięczną.
2. (otrzymuje brzmienie) Składka opłacana jest przez Ubezpieczającego na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa w pełnej wymaganej kwocie, w terminie wskazanym przez Towarzystwo potwierdzonym w dokumencie umowy ubezpieczenia.

! Należy pamiętać o terminowym opłaceniu składki zgodnie z wybraną częstotliwością.

Jakie są konsekwencje nieopłacenia składki?

§ 13

1. Składkę uważa się za nieopłaconą, gdy:
 - 1) wysokość opłaconej składki za wszystkich Ubezpieczonych jest niższa od składki należnej za wszystkich Ubezpieczonych znajdujących się na liście osób ubezpieczonych;
 - 2) składka należna za wszystkich Ubezpieczonych nie została opłacona na właściwy rachunek Towarzystwa;
 - 3) składka należna za wszystkich Ubezpieczonych nie została opłacona w terminie wymagalności wskazanym w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. (otrzymuje brzmienie) W przypadku zaległości w opłaceniu całości lub części składki należnej za wszystkich Ubezpieczonych Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia zaległości, wskazując w wezwaniu 7-dniowy dodatkowy termin na dokonanie zapłaty oraz informując o skutkach nieopłacenia składki, to jest:
 - 1) wygaśnięciu ochrony w stosunku do Ubezpieczonych z upływem 1 miesiąca, licząc od końca okresu, za który została opłacona ostatnia składka należna za wszystkich Ubezpieczonych, nie wcześniej niż z upływem 7-dniowego terminu na dokonanie zapłaty;
 - 2) (otrzymuje brzmienie) uznaniu umowy ubezpieczenia za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego – umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem 3. miesiąca zaległości w opłaceniu składki należnej za wszystkich Ubezpieczonych, licząc od końca okresu, za który została opłacona ostatnia składka, z tym że nie później niż z końcem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta.
3. W przypadku zaległości w opłaceniu składki należnej za wszystkich Ubezpieczonych opłacane kwoty przeznaczane są w pierwszej kolejności na pokrycie zaległości.

! Pamiętaj, że jesteś zobowiązany do terminowego opłacania składek. W przypadku, gdy nie opłacisz należnej składki w terminie, wezwiemy Cię do zapłaty. Ochrona wygaśnie z upływem miesiąca od końca okresu, za który została opłacona ostatnia składka. Umowa ubezpieczenia rozwiąże się po 3 miesiącach zaległości w opłaceniu składki należnej za wszystkich Ubezpieczonych, licząc od końca okresu, za który została opłacona ostatnia składka, nie wcześniej niż z upływem 7-dniowego terminu określonego w wezwaniu do zapłaty składki.

§ 14 (usunięto)

IV. ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE

Świadczenie z tytułu umowy podstawowej

§ 15

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWU.

! W przypadku śmierci Ubezpieczonego Uposażony otrzyma świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWU.

Uposażony

§ 16

1. *Ubezpieczający*, za uprzednią zgodą *Ubezpieczonego*, może wskazać jednego lub więcej *Uposażonych* do otrzymania świadczenia w razie śmierci *Ubezpieczonego*. *Umowa ubezpieczenia* może przewidywać, że uprawnienie to *Ubezpieczony* może wykonywać samodzielnie.
2. W przypadku wskazania więcej niż jednego *Uposażonego* określa się procentowy udział każdej z tych osób w świadczeniu. W przypadku nieokreślenia procentowego udziału *Uposażonych* w świadczeniu lub wskazania udziałów, których suma nie stanowi 100% świadczenia, Towarzystwo przyjmuje, że udziały są równe.
3. Świadczenie z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* nie zostanie wypłacone osobie, która swoim umyślnym działaniem spowodowała lub przyczyniła się do śmierci *Ubezpieczonego*.
4. Jeżeli *Uposażony* zmarł przed śmiercią *Ubezpieczonego* albo utracił prawo do świadczenia w myśl postanowień ust. 3, jego prawo do świadczenia przysługujące pozostałym *Uposażonym* proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w tym świadczeniu.
5. Jeżeli w chwili śmierci *Ubezpieczonego* nie ma *Uposażonych* albo wszyscy utracili prawo do świadczenia w myśl postanowień ust. 3, prawo do świadczenia przysługuje spadkobiercom *Ubezpieczonego*.
6. Za osobę zmarłą przed śmiercią *Ubezpieczonego* uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z *Ubezpieczonym*.

Wypłata świadczenia

§ 17

1. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu OWU i OWUD jest przedstawienie Towarzystwu dokumentów wskazanych we właściwym wniosku o wypłatę świadczenia. Towarzystwo udostępnia formularze wniosków o wypłatę świadczenia na stronie internetowej www.uniqa.pl.
2. Dokumenty wskazane we właściwym wniosku o wypłatę świadczenia powinny zostać złożone w oryginałach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza, organ, który je wydał, lub przedstawiciela Towarzystwa. Dokumentacja medyczna może być poświadczona za zgodność z oryginałem także przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której *Ubezpieczony* był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym.
3. Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem Towarzystwu, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
4. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo poinformuje o tym *Ubezpieczającego* lub *Ubezpieczonego*, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz osobę zgłaszającą roszczenie, pisemnie lub w inny sposób, na który zgłaszający wyraził zgodę, jakie dokumenty niezbędne są do ustalenia prawa do świadczenia oraz jego wysokości w związku z zajściem tego zdarzenia.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 21 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia z tytułu *umowy ubezpieczenia*.
6. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie 21 dni, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
7. Jeżeli wypłata świadczenia nie jest możliwa w terminach określonych w powyższych ustępach, Towarzystwo zawiadomi o tym pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o wypłatę świadczenia, podając przyczyny późniejszego terminu spełnienia świadczenia.
8. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 21 dni.
9. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym osobę zgłaszającą roszczenie, wskazując okoliczności i podstawę prawną, uzasadniając odmowę wypłaty świadczenia lub wypłacenie go w innej wysokości niż wynikająca ze zgłoszonego roszczenia.

! Towarzystwo informuje *Ubezpieczającego* lub *Ubezpieczonego* o zdarzeniu, jeżeli nie są oni osobami zawiadamiającymi o zdarzeniu, a ponadto osobę zgłaszającą roszczenie, jakie dokumenty są niezbędne do wypłaty świadczenia. Świadczenie wypłacane jest w terminie 21 dni od poinformowania Towarzystwa o zdarzeniu, a jeśli wyjaśnienie dodatkowych okoliczności nie jest możliwe w tym terminie, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 21 dni.

V. ZA CO TOWARZYSTWO NIE ODPOWIADA?

! W poniższym rozdziale opisaliśmy przypadki, w których ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona lub świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone.

Kiedy ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona?

§ 18 (otrzymuje brzmienie)

1. Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z zastosowaniem *karencji* liczonej od dnia przystąpienia do ubezpieczenia lub zmiany warunków *umowy ubezpieczenia*, wynoszącej:
 - 1) 3 miesiące dla OWUD: operacje medyczne *Ubezpieczonego* oraz *współmałżonka*, poważne zachorowanie *Ubezpieczonego*, *współmałżonka* oraz *dziecka*, pobyt w szpitalu *Ubezpieczonego*, *współmałżonka* oraz *dziecka*;
 - 2) 10 miesięcy dla OWUD: urodzenie się *dziecka* oraz urodzenie się *dziecka* wymagającego leczenia;
 - 3) 6 miesięcy dla pozostałych OWUD i OWU.
2. Do okresu *karencji* zalicza się okres nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w takim samym zakresie przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w ramach *poprzedniego ubezpieczenia* trwającego bezpośrednio przed zawarciem lub zmianą warunków *umowy ubezpieczenia*.
3. W sytuacji opisanej w ust. 2 w okresach *karencji*, o których mowa w ust. 1 świadczenie ograniczone jest do wysokości niższego z następujących świadczeń:
 - 1) świadczenia należnego z tytułu OWU lub OWUD albo
 - 2) świadczenia należnego w ramach *poprzedniego ubezpieczenia*.
4. Postanowienia ust. 2 w przypadkach, o których mowa w § 43 pkt 49) lit. b) i c), mają zastosowanie pod warunkiem dostarczenia Towarzystwu wraz z deklaracją listy osób, które wystąpiły z *poprzedniego ubezpieczenia*, z uwzględnieniem zakresu *poprzedniego ubezpieczenia*.
5. *Karencji* nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane zostało *nieszczęśliwym wypadkiem*.

Kiedy świadczenie nie zostanie wypłacone?

§ 19

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie *umowy podstawowej* oraz *umów dodatkowych*, spowodowane zostało wskutek:
 - 1) działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa *Ubezpieczonego* w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach i zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) popełnionego przez *Ubezpieczonego* samobójstwa, w okresie dwóch lat od daty objęcia *Ubezpieczonego* ochroną ubezpieczeniową.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie *umów dodatkowych* spowodowane zostało wskutek:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia *Ubezpieczonego* na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 2) choroby AIDS lub zakażenia *Ubezpieczonego* wirusem HIV;
 - 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego i radioaktywnego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli *nieszczęśliwy wypadek* będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia na podstawie *umów dodatkowych* jest następstwem:
 - 1) spożycia przez *Ubezpieczonego* alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³; niezaleconego przez lekarza zażycia leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych; poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 2) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez *Ubezpieczonego* czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 3) udziału *Ubezpieczonego* w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: wszelkich sportach lotniczych, wspinaczce, speleologii, skokach na linie, nurkowaniu z użyciem specjalistycznego sprzętu, sportach motorowych i motorowodnych, sportach spadochronowych, sportach walki oraz udziału *Ubezpieczonego* we wszelkiego rodzaju wysięgach, poza lekkoatletyką i pływaniami;
 - 4) pełnienia przez *Ubezpieczonego* służby wojskowej;
 - 5) prowadzenia przez *Ubezpieczonego* pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli *Ubezpieczony* nie posiadał odpowiednich uprawnień do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał wymaganego przepisami świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 6) *(usunięto)*
4. Wyłączenia, o których mowa w ust. 3, stosuje się również w odniesieniu do *umowy podstawowej* oraz wszystkich *umów dodatkowych*, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w okresie *karencji*.
5. *(otrzymuje brzmienie)* W przypadku gdy przedmiotem ubezpieczenia z tytułu *umowy dodatkowej* jest życie lub zdrowie innych osób niż *Ubezpieczony*, postanowienia ust. 1–4 stosuje się odpowiednio do: *współmałżonka*, *rodziców Ubezpieczonego*, *rodziców współmałżonka*, *dziecka*.
6. W przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie *umowy podstawowej* lub *umów dodatkowych* spowodowane zostało *nieszczęśliwym wypadkiem*, świadczenie zosta-

nie wypłacone pod warunkiem, że zdarzenie to wystąpiło przed upływem 12 miesięcy od daty *nieszczęśliwego wypadku*.

7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeśli wypłata świadczenia lub świadczenie usługi wynikającej z umowy ubezpieczenia mogłyby narazić Towarzystwo na sankcje, zakazy lub restrykcje wynikające z rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub na jakiegokolwiek sankcje handlowe lub gospodarcze wynikające z prawa Unii Europejskiej, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Stanów Zjednoczonych Ameryki lub Polski.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia.

Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji

§ 20

W przypadku ujawnienia, że przed datą rozpoczęcia ochrony *Ubezpieczający* lub *Ubezpieczony* podał nieprawdziwe wiadomości, a zwłaszcza zatajona została *choroba Ubezpieczonego*, Towarzystwo w okresie pierwszych trzech lat od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową danego *Ubezpieczonego* nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.

! Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji może skutkować odmową wypłaty świadczenia w okresie pierwszych trzech lat od daty objęcia ochroną danego *Ubezpieczonego*.

VI. OBOWIĄZKI

Jakie są obowiązki *Ubezpieczającego* względem Towarzystwa?

§ 21

1. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do informowania Towarzystwa o zmianach swoich danych kontaktowych i adresowych.
2. (*otrzymuje brzmienie*) *Ubezpieczający* zobowiązany jest do przekazania Towarzystwu wszystkich danych niezbędnych do należytego wykonywania postanowień *umowy ubezpieczenia*, w szczególności do przekazywania list osób przystępujących do ubezpieczenia, list osób, względem których ochrona ubezpieczeniowa nie będzie kontynuowana, jak również list osób, względem których ochrona ubezpieczeniowa ma ulec zawieszeniu lub wznowieniu. Listy osób przystępujących do ubezpieczenia zostaną dostarczone do Towarzystwa w formie elektronicznej do 3 dnia roboczego *miesiąca polisy*, w którym ma być świadczona ochrona ubezpieczeniowa. Listy elektroniczne, przekazane w formie zwyczajowo przyjętej przez Towarzystwo, będą zabezpieczone przez *Ubezpieczającego* hasłem, a hasła zostaną przekazane osobno wskazanemu pracownikowi Towarzystwa. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w przekazanym raporcie *Ubezpieczający* zobowiązany jest niezwłocznie, ale nie później niż w okresie 7 dni roboczych od dnia przekazania listy, powiadomić o tym Towarzystwo. *Ubezpieczający* ma prawo do zgłoszenia osób występujących z ubezpieczenia przed upływem 2 miesięcy od początku okresu, w którym ma mieć miejsce wystąpienie danej osoby z ubezpieczenia. Jednocześnie *Ubezpieczający* zobowiązany jest do:
 - 1) informowania osób uprawnionych do przystąpienia do ubezpieczenia o zasadach i warunkach ubezpieczenia oraz doręczenia warunków ubezpieczenia przed wyrażeniem zgody na przystąpienie do *umowy ubezpieczenia* oraz wyrażeniem zgody na finansowanie składki,
 - 2) informowania osób zgłaszających chęć przystąpienia do ubezpieczenia o odmowie objęcia ochroną ubezpieczeniową lub o obowiązku uzupełnienia deklaracji lub innych dokumentów związanych z ubezpieczeniem,
 - 3) postępowania się w ramach wykonywania *umowy ubezpieczenia* oraz udostępniania *Ubezpieczonym* obowiązujących formularzy i dokumentów związanych z ubezpieczeniem przekazanych przez Towarzystwo,
 - 4) zapewnienia prawidłowego obiegu dokumentów, informacji i korespondencji pomiędzy Towarzystwem a *Ubezpieczającym* i *Ubezpieczonymi*, między innymi poprzez:
 - a) pozyskiwanie podpisanej i poprawnie wypełnionej deklaracji;
 - b) zgłaszanie do Towarzystwa informacji o zajściu zdarzeń ubezpieczeniowych oraz niezwłoczne przekazywanie do Towarzystwa dokumentacji roszczeniowej otrzymanej od *Ubezpieczonych*.
3. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do terminowego opłacenia składki za wszystkich *Ubezpieczonych* znajdujących się na liście osób ubezpieczonych.
4. *Ubezpieczający* zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we wniosku lub innych dokumentach *umowy ubezpieczenia*. Jeżeli Towarzystwo zawarło *umowę ubezpieczenia* mimo braku odpowiedzi *Ubezpieczającego* na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

! Do obowiązków *Ubezpieczającego* należy w szczególności:

- 1) informowanie o zmianach swoich danych kontaktowych i adresowych;
- 2) przekazywanie list osób przystępujących do ubezpieczenia i względem których ochrona nie będzie kontynuowana, jak również osób, względem których ochrona ma ulec zawieszeniu bądź wznowieniu;
- 3) opłacanie składki należącej za wszystkich *Ubezpieczonych* zgodnie z warunkami zawartej umowy;
- 4) udzielanie odpowiedzi na pytania Towarzystwa zawarte we wniosku i innych dokumentach.

Jakie są obowiązki *Ubezpieczającego* względem *Ubezpieczonych*?

§ 22

1. *Ubezpieczający* przekazuje osobom zainteresowanym, przed przystąpieniem do *umowy ubezpieczenia* lub wyrażeniem zgody na finansowanie składki (w przypadku gdy koszt składki jest finansowany przez *Ubezpieczonego*), na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym *trwałym nośniku* warunki ubezpieczenia.
2. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do przekazania *Ubezpieczonym*, na piśmie lub – jeżeli *Ubezpieczony* wyrazi na to zgodę – na innym *trwałym nośniku* informacji o:
 - 1) zmianach warunków *umowy ubezpieczenia* lub prawa właściwego dla zawartej *umowy ubezpieczenia* wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej *umowy ubezpieczenia* – przed wyrażeniem przez *Ubezpieczającego* zgody na zmianę warunków *umowy ubezpieczenia* lub prawa właściwego dla *umowy ubezpieczenia*;
 - 2) wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej *umowy ubezpieczenia*, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania *umowy ubezpieczenia* – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po ich przekazaniu przez Towarzystwo *Ubezpieczającemu*;
 - 3) zmianie w zakresie *sumy ubezpieczenia*, w przypadku gdy z *umowy ubezpieczenia* przysługuje świadczenie ustalone na podstawie *sumy ubezpieczenia* wyrażonej w ustalonej kwocie – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po ich przekazaniu przez Towarzystwo *Ubezpieczającemu*;
 - 4) (*usunięto*)

Jakie są obowiązki Towarzystwa?

§ 23

Towarzystwo jest zobowiązane do:

- 1) doręczenia *Ubezpieczającemu* na piśmie lub – jeżeli *Ubezpieczający* wyrazi na to zgodę – na innym *trwałym nośniku* OWU i OWUD przed zawarciem *umowy ubezpieczenia*;
- 2) doręczenia *Ubezpieczającemu* *polisy* lub dokumentu potwierdzającego zawarcie *umowy ubezpieczenia*;
- 3) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w *umowie ubezpieczenia* oraz przepisach prawa.

Jakie są obowiązki *Ubezpieczonego*?

§ 24

Ubezpieczony jest zobowiązany do informowania Towarzystwa o zmianach danych osobowych, kontaktowych i adresowych zawartych w deklaracji.

VII. REZYGNACJA, WYPOWIEDZENIE, ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Kiedy *Ubezpieczający* może odstąpić od umowy ubezpieczenia?

§ 25

Ubezpieczający może odstąpić od *umowy ubezpieczenia* w terminie 30 dni, a gdy jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia *umowy ubezpieczenia* Towarzystwo nie poinformowało *Ubezpieczającego* będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym *Ubezpieczający* będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od *umowy ubezpieczenia* nie zwalnia *Ubezpieczającego* z obowiązku opłacenia składki należącej za wszystkich *Ubezpieczonych* za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy powinno być złożone w formie pisemnej.

! *Ubezpieczający* może odstąpić od umowy, jednakże należy pamiętać o terminach odstąpienia i formie.

Kiedy *Ubezpieczony* może zrezygnować z umowy ubezpieczenia?

§ 26

Ubezpieczony ma prawo w każdej chwili zrezygnować z ubezpieczenia, składając *Ubezpieczającemu* lub Towarzystwu oświadczenie o rezygnacji, w formie pisemnej lub innej zaakceptowanej przez Towarzystwo, która po-

woduje zakończenie odpowiedzialności z upływem okresu, za jaki opłacono ostatnią składkę należną za danego *Ubezpieczonego*.

! *Ubezpieczony* może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym momencie, składając *Ubezpieczającemu* lub Towarzystwu oświadczenie o rezygnacji.

Kiedy umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu?

§ 27

Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:

- 1) na skutek wypowiedzenia jej przez *Ubezpieczającego* – z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia;
- 2) z upływem okresu, na jaki została zawarta:
 - a) jeżeli Strony nie przedłużyły okresu jej obowiązywania,
 - b) jeżeli Strony nie uzgodniły warunków zmiany umowy ubezpieczenia do rocznicy polisy,
 - c) jeżeli liczba *Ubezpieczonych*, którzy wyrazili zgodę na zmianę warunków umowy ubezpieczenia zaproponowaną przez Towarzystwo lub *Ubezpieczającego*, jest niższa od minimalnej liczby *Ubezpieczonych* określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, chyba że Towarzystwo i *Ubezpieczający* w drodze negocjacji ustalą inaczej;
- 3) (otrzymuje brzmienie) z upływem 3 miesięcy, licząc od końca okresu, za który została opłacona ostatnia składka należna za wszystkich *Ubezpieczonych*, jeżeli nie została ona zapłacona w dniu wymagalności składki, mimo uprzedniego wezwania przez Towarzystwo do jej zapłaty w terminie 7 dni;
- 4) wskutek zawieszenia lub zaprzestania prowadzenia działalności przez *Ubezpieczającego* – z dniem zawieszenia działalności przez *Ubezpieczającego* lub wykreślenia *Ubezpieczającego* z właściwego rejestru bądź ewidencji.

Kiedy można wypowiedzieć umowę ubezpieczenia?

§ 28

1. Umowa ubezpieczenia może być w każdym czasie wypowiedziana przez *Ubezpieczającego* na piśmie, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia. Okres wypowiedzenia rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca polisy następującego bezpośrednio po miesiącu polisy, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu.
2. Od momentu doręczenia Towarzystwu oświadczenia o wypowiedzeniu do ubezpieczenia nie mogą przystępować nowe osoby.

! *Ubezpieczający* może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w dowolnym momencie, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia.

3. Umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez *Ubezpieczającego* w przypadku zaległości w opłaceniu składki należnej za wszystkich *Ubezpieczonych* – umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem 3. miesiąca zaległości, z tym że nie później niż z końcem okresu, na jaki została zawarta.
4. Obowiązek opłacania składki należnej za wszystkich *Ubezpieczonych* istnieje przez cały czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa.

Zmiana umowy ubezpieczenia

§ 29

Wszelkie zmiany w umowie ubezpieczenia są dokonywane w drodze negocjacji Stron, w trybie ofertowym bądź w inny przewidziany ogólnie obowiązującymi przepisami prawa sposób i potwierdzane w formie pisemnej.

Zmiana zakresu i sum ubezpieczenia względem Ubezpieczonego

§ 30

1. Jeżeli w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia zdefiniowane są odmiennie zakresy i sumy ubezpieczenia dla poszczególnych *Ubezpieczonych*, wówczas zmiana zakresu i sum ubezpieczenia względem *Ubezpieczonego* jest możliwa w rocznicę polisy. Towarzystwo może wyrazić zgodę na zmianę zakresu i sum ubezpieczenia również w innym czasie.
2. W przypadku zmiany zakresu i sum ubezpieczenia względem *Ubezpieczonego* mogą mieć zastosowanie karencje.
3. Możliwość zmiany zakresu i sum ubezpieczenia, jak również zastosowanie karencji, potwierdzone są w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

! Zmiana zakresu i sum ubezpieczenia w stosunku do danego *Ubezpieczonego* możliwa jest w rocznicę polisy lub w innym czasie, o ile Towarzystwo wyraziło na to zgodę. W przypadku zmiany zakresu i sum ubezpieczenia mogą mieć zastosowanie karencje.

VIII. UMOWY DODATKOWE

Wszystkie umowy dodatkowe opisane w OWUD mają pewne wspólne postanowienia. Poniżej opisane są zasady, na jakich umowy dodatkowe mogą być zawierane, wypowiedzane i rozwiązywane.

Jakie definicje mają zastosowanie w poszczególnych umowach dodatkowych?

! Pojęcia zdefiniowane w OWU, używane w poszczególnych OWUD, mają znaczenie nadane im w OWU, o ile w OWUD nie zostały zdefiniowane odmiennie.

W jaki sposób zawierana jest umowa dodatkowa?

§ 31

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

! Wszystkie umowy dodatkowe mogą zostać zawarte jako rozszerzenie umowy podstawowej.

W jakim czasie świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa w ramach poszczególnych umów dodatkowych?

§ 32

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się po spełnieniu warunków opisanych w § 8 OWU.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa, ulega zawieszeniu lub wznowieniu, odpowiednio z dniem wygaśnięcia, zawieszenia lub wznowienia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, w trybie określonym w umowie podstawowej, a ponadto wygasa także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej;
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej.

Kiedy można wypowiedzieć umowę dodatkową?

§ 33

Umowa dodatkowa może być w każdym czasie wypowiedziana przez *Ubezpieczającego* na piśmie, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

W jaki sposób rozwiązuje się umowa dodatkowa?

§ 34

(otrzymuje brzmienie) Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, a także z ostatnim dniem roku polisy, w którym *Ubezpieczający* wypowiedział umowę dodatkową.

W jaki sposób ustalana jest suma ubezpieczenia i składka z tytułu umowy dodatkowej?

§ 35

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub w dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki należnej z tytułu umowy dodatkowej za danego *Ubezpieczonego* stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki z tytułu umowy podstawowej.
3. Wysokość składki należnej z tytułu umowy dodatkowej za danego *Ubezpieczonego* określona jest w polisie lub w dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka należna z tytułu umowy dodatkowej za danego *Ubezpieczonego* opłacana jest wraz ze składką należną z tytułu umowy podstawowej.

Kiedy ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona?

§ 36

1. (otrzymuje brzmienie) W umowach dodatkowych zastosowanie mają karencje, które określone są w § 18 niniejszych OWU.
2. Karencji nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane zostało nieszczęśliwym wypadkiem.

Postanowienia końcowe

§ 37

W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

§ 38 (usunięto)

X. REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA

Reklamacje, skargi i zażalenia

§ 39

1. Reklamacja to wystąpienie, w tym skarga i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Reklamacje można składać Towarzystwu w następujący sposób:
 - 1) elektronicznie poprzez formularz na stronie uniqua.pl/reklamacje;

- 2) ustnie:
 - a) telefonicznie pod numerem naszej infolinii +48 22 599 95 22,
 - b) osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie;
- 3) pisemnie:
 - a) osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie,
 - b) przesyłką pocztową na adres: 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51.
3. Reklamacje wnosi się do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
4. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
5. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej albo pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
6. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w przypadku wyboru takiej formy kontaktu).
7. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie wyśle informację o przyczynie niemożności rozpatrzenia reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
9. Jeżeli osoba składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Osoba składająca reklamację może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu, według właściwości określonej w § 40 ust. 1 i 2.
10. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
11. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

! W każdym przypadku klient Towarzystwa może wnieść reklamację, w tym skargę lub zażalenie, na działalność Towarzystwa.

12. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla UNIQA TUnŻ S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa; www.rf.gov.pl).

Sąd właściwy do rozpatrywania sporów

§ 40

1. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

XI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE ORAZ INFORMACJA O PRZEPISACH PODATKOWYCH

Postanowienia końcowe

§ 41 (otrzymuje brzmienie)

1. O ile OWU nie wymagają zachowania formy pisemnej, Strony mogą składać oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość.
2. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane będą na stronie internetowej Towarzystwa.
3. (usunięto)

Informacje o przepisach podatkowych

§ 42

1. Zasady opodatkowania podatkiem dochodowym kwot otrzymanych przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie określa ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
2. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie są wolne od podatku, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia, w przypadku ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi.
3. Kwoty otrzymane przez osoby prawne z tytułu ubezpieczeń na życie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób praw-

nych zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

XII. DEFINICJE

Co oznaczają poszczególne pojęcia?

§ 43

Pojęcia użyte w niniejszych OWU oraz innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 2) (otrzymuje brzmienie) **dzień wymagalności składki** – określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia data, w której należna jest Towarzystwu składka;
- 3) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25. roku życia; w zakresie dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek *pobytu dziecka w szpitalu* pod pojęciem *dziecka* rozumie się dziecko, które ukończyło 1. rok życia i nie ukończyło 25. roku życia;
- 4) **ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowana przez Światową Organizację Zdrowia;
- 5) **karencja** – okres, w którym odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona; okres *karencji* uwzględniany jest w wycenieniu wysokości składki za danego Ubezpieczonego;
- 6) **lekarz specjalista** – lekarz specjalista, uwzględniony w wykazie specjalności lekarskich w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (m.in. alergolog, anestezjolog, chirurg klatki piersiowej, chirurg naczyniowy, chirurg ogólny, dermatolog, diabetolog, endokrynolog, gastrolog, ginekolog, hematolog, kardiolog, nefrolog, neurochirurg, neurolog, okulista, onkolog, ortopeda, otolaryngolog, proktolog, pulmonolog, reumatolog, urolog);
- 7) **miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, określonym w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- 8) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz odpowiednio – w zależności od przedmiotu ubezpieczenia wskazanego w umowie dodatkowej – *współmałżonka, dziecka, rodzica Ubezpieczonego, rodzica współmałżonka; zawału serca, udaru mózgu* i innych chorób, nawet występujących nagle, nie uważa się za *nieszczęśliwy wypadek*; za *nieszczęśliwy wypadek* nie uznaje się także następstw zdrowotnych przecięcia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia;
- 9) **niezdolność do pracy** – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, co ile zgodnie z wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy;
- 10) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów powstałe w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*;
- 11) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej/Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub jakiegokolwiek kraju Unii Europejskiej, wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru; w rozumieniu OWUD za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK) rozumiany jako wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny funkcjonujący w obrębie oddziału, kliniki kardiologicznej lub oddziału internistycznego o profilu kardiologicznym, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań kardiologicznych; w rozumieniu OWUD za OIOK uznaje się również samodzielną jednostkę organizacyjną (oddział), jeżeli funkcjonuje w obrębie monoprofilowanych kardiologicznych jednostek opieki zdrowotnej o najwyższym stopniu referencyjności (instytutu); pobyt na OIOK/OINK powinien być udokumentowany w karcie wypisu ze szpitala bądź poświadczony przez właściwego kierownika kliniki lub oddziału szpitalnego; w rozumieniu OWUD za OIOK/OINK nie uważa się: sali „R”, oddziału rehabilitacji kardiologicznej oraz sal nadzoru pooperacyjnego, znajdujących się w obrębie oddziałów klinik kardiologicznych;
- 12) **operacja medyczna** – zabieg medyczny przeprowadzony przez lekarza w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym, w trakcie pobytu Ubezpieczonego w *placówce medycznej* na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub jakiegokolwiek kraju Unii Europejskiej, wymieniony w Tabeli operacji medycznych.
Wyróżnia się następujące rodzaje operacji medycznych:
 - a) *operacja medyczna metodą endoskopową* – zabieg chirurgiczny polegający na takim otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub narządów wewnętrznych, które uniemożliwia czynności, okre-

- ślone w terminologii medycznej jako rękoczojny, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,
- b) *operacja medyczna* metodą otwartą – zabieg chirurgiczny polegający na otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych połączony z czynnościami, określonymi w terminologii medycznej jako rękoczojny, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,
- c) *operacja medyczna* metodą zamkniętą – zabieg chirurgiczny bez otwierania jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych (zabiegi przezskórne, przeznaczyńniowe, z użyciem endoskopu);
jeżeli w Tabeli operacji medycznych nie jest sprecyzowane, jaką metodą dana *operacja medyczna* jest wykonywana, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za *operację medyczną* wykonaną metodą otwartą lub endoskopową;
- 13) (*usunięto*)
- 14) **Partner Medyczny** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach *umowy ubezpieczenia*;
- 15) **placówka medyczna** – działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarstwa lub położnych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za *placówkę medyczną* nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa, a także ośrodka rehabilitacji;
- 16) **podgrupa** – grupa *Ubezpieczonych* wyodrębniona ze względu na zaakceptowane przez Towarzystwo kryterium, w szczególności zakres ubezpieczenia;
- 17) **polis**a – dokument wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie *umowy ubezpieczenia* oraz warunki tej umowy, w tym wysokości *sum ubezpieczenia*;
- 18) **rekonwalescencja** – okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w *szpitalu*, służący powrotowi *Ubezpieczonego* do zdrowia;
- 19) **rocznica polisy** – dzień w każdym roku kalendarzowym obowiązywania *umowy ubezpieczenia*, odpowiadający dacie początku ochrony ubezpieczeniowej, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony;
- 20) **rodzic współmałżonka** – matka lub ojciec *współmałżonka* w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za *rodzica współmałżonka* uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
a) żoną ojca *współmałżonka* lub wdową po ojcu *współmałżonka*, o ile po śmierci ojca *współmałżonka* nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
b) mężem matki *współmałżonka* lub wdowcem po matce *współmałżonka*, o ile po śmierci matki *współmałżonka* nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
rodzice współmałżonka po śmierci *współmałżonka* pozostają w rozumieniu OWUD *rodzicami współmałżonka*, o ile *Ubezpieczony* nie zawarł ponownie związku małżeńskiego;
- 21) **rok polisy** – okres rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdej *rocznicę polisy*, a kończący się w dniu bezpośrednio poprzedzającym *rocznicę polisy*;
- 22) **sanatorium** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład lecznictwa zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom;
- 23) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia;
- 24) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarstwa i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za *szpital* nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic, ośrodka leczenia uzależnień w szczególności od: alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacji, oddziału i ośrodka rehabilitacji;
- 25) **śmierć w następstwie udaru mózgu** – śmierć w następstwie udaru niedokrwinnego, udaru krwotocznego, krwotoku podpajęczynówkowego na skutek pęknięcia tętniaka wewnątrzczaszkowego, co zostało wskazane jako pierwotna przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcyjnego;
- 26) **śmierć w następstwie zawału serca** – śmierć w następstwie martwicy części mięśnia sercowego, spowodowanej niedokrwieniem, co zostało
- wskazane jako pierwotna przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcyjnego;
- 27) **trwały nośnik** – materiał lub narzędzie umożliwiające Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niego, w sposób umożliwiający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, i które pozwalają na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmięnionej postaci;
- 28) (*otrzymuje brzmienie*) **Ubezpieczający** – GSU Stowarzyszenie Ubezpieczonych;
- 29) (*otrzymuje brzmienie*) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia, będąca członkiem GSU Stowarzyszenie Ubezpieczonych;
- 30) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzczaszkowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 3 miesięcy od chwili rozpoznania udaru mózgu; rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR); zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
b) uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem,
c) patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawału nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędniaka,
d) przebytego bezobjawowo *udaru mózgu*, rozpoznanego na podstawie badań obrazowych;
- 31) **umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie Ogólnych warunków dodatku grupowego ubezpieczenia (OWUD) jako rozszerzenie *umowy podstawowej*;
- 32) (*usunięto*)
- 33) **umowa podstawowa** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU;
- 34) (*otrzymuje brzmienie*) **umowa ubezpieczenia** – *umowa podstawowa*, a w przypadku gdy została ona rozszerzona o *umowy dodatkowe*, wówczas obejmuje również te *umowy dodatkowe*;
- 35) **Uposażony** – osoba wskazana jako uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci *Ubezpieczonego*;
- 36) **Uprawiony** – *Ubezpieczony*, *dziecko* lub, jeżeli *dziecko* jest niepełnoletnie, prawny opiekun lub osoba upoważniona do sprawowania opieki nad *dzieckiem*, uprawnieni do organizowania i odbywania wizyt w *placówkach medycznych z dzieckiem*;
- 37) **urodzenie się dziecka** – urodzenie się żywego *dziecka*, potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym *Ubezpieczony* wymieniony jest jako rodzic tego *dziecka*;
- 38) **urodzenie się dziecka wymagającego leczenia** – urodzenie się żywego *dziecka Ubezpieczonego*, potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym *Ubezpieczony* wymieniony jest jako rodzic *dziecka*, które przy urodzeniu spełniało co najmniej jedną z poniższych przesłanek:
a) przy urodzeniu otrzymało 1–8 punktów w skali Apgar,
b) urodziło się z *wadą wrodzoną*,
c) urodziło się jako *wcześnieśnik*;
przy punktacji w skali Apgar bierze się pod uwagę ostatnią dokonaną ocenę;
- 39) **uszczerbek lub uszkodzenie ciała** – następstwa *nieszczęśliwego wypadku* wymienione w Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*;
- 40) **uszczerbek na zdrowiu** – trwałe naruszenie sprawności organizmu, powodujące upośledzenie czynności organizmu wymienione w Tabeli *uszczerbków na zdrowiu* w następstwie zawału serca lub udaru mózgu;
- 41) **wada wrodzona** – nabyta w życiu płodowym, pojedyncza lub mnoga nieprawidłowość rozwojowa dotycząca narządu lub części ciała, doprowadzająca do zmian morfologicznych danego narządu, narządów lub części ciała, zakwalifikowana według ICD-10 w rozdziale XVII „Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe” (Q00-Q99), która została zdiagnozowana przed ukończeniem 1. roku życia *dziecka*;
- 42) **wcześnieśnik** – żywy noworodek, który urodził się przed 36. tygodniem ciąży z wagą poniżej 2500 g; poród przedwczesny oraz wiek korygowany płodu muszą być potwierdzone w dokumentacji medycznej;
- 43) **współmałżonek** – osoba pozostająca z *Ubezpieczonym* w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia;
- 44) **wypadek komunikacyjny** – *nieszczęśliwy wypadek* w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ *Ubezpieczony* jako:
a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, a także motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem morskim lub pasażerskim statkiem powietrznym,
b) rowerzystą,

- c) pieszy;
- 45) (usunięto)
- 46) **zawał serca** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;
- ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
- 47) (dodano) **wariant** – zakres ubezpieczenia, zróżnicowany ze względu na wysokość sum ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej;
- 48) (dodano) **Tekst jednolity** – Tekst jednolity ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem zmienionych umową generalną Pakiety GSU;

- 49) (dodano) **poprzednie ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa trwająca bezpośrednio przed przystąpieniem lub zmianą warunków umowy ubezpieczenia, która zakończyła się przed rozpoczęciem odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia, udzielana przez:
- UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., w ramach ubezpieczenia na życie, lub
 - zaakceptowanego przez Towarzystwo innego ubezpieczyciela, w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez innego ubezpieczającego, lub
 - zaakceptowanego przez Towarzystwo innego ubezpieczyciela, w ramach umowy ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego;
- na etapie ustalania prawa do świadczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji zakresu poprzedniego ubezpieczenia, w tym żądania przedstawienia dokumentu potwierdzającego obejmowanie ochroną w ramach poprzedniego ubezpieczenia, zawierającego informację o:
- okresie ubezpieczenia,
 - zakresie ubezpieczenia oraz
 - wysokościach sum ubezpieczenia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNWU/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *Ubezpieczonego*.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć *Ubezpieczonego* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja *nieszczęśliwego wypadku* znajduje się w § 43 OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

- W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* Towarzystwo wypłaci *Uposażonemu* świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNWK/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *Ubezpieczonego*.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć *Ubezpieczonego* w następstwie *wypadku komunikacyjnego*, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja *wypadku komunikacyjnego* znajduje się w § 43 OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

- W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* w następstwie *wypadku komunikacyjnego* Towarzystwo wypłaci *Uposażonemu* świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD.

- Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy *nieszczęśliwym wypadkiem* i śmiercią *Ubezpieczonego*.

! W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* *Uposażony* otrzyma świadczenie z tytułu niniejszych OWUD. Należy pamiętać, że świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli istnieje powiązanie przyczynowo-skutkowe pomiędzy *nieszczęśliwym wypadkiem* i śmiercią *Ubezpieczonego*. Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 19 OWU.

- Świadczenie z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* w następstwie *wypadku komunikacyjnego* zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy *wypadkiem komunikacyjnym* i śmiercią *Ubezpieczonego*.

! W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* w następstwie *wypadku komunikacyjnego* *Uposażony* otrzyma świadczenie z tytułu niniejszych OWUD. Należy pamiętać, że świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli istnieje powiązanie przyczynowo-skutkowe pomiędzy *wypadkiem komunikacyjnym* i śmiercią *Ubezpieczonego*. Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 19 OWU.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNZU/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *Ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć *Ubezpieczonego* w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja śmierci w następstwie zawału serca oraz śmierci w następstwie udaru mózgu znajduje się w § 43 OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

1. W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* w następstwie zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo wypłaci *Uposażonemu* świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD.

2. W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* w następstwie zawału serca lub udaru mózgu świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że śmierć nastąpiła przed upływem 1 miesiąca od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.

! W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* w następstwie zawału serca lub udaru mózgu *Uposażony* otrzyma świadczenie z tytułu niniejszych OWUD. Należy pamiętać, że świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że śmierć nastąpiła przed upływem 1 miesiąca od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu. Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 19 OWU.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNOD/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *Ubezpieczonego*.

! Definicja dziecka znajduje się w § 43 OWU.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje osierocenie *dziecka* w następstwie śmierci *Ubezpieczonego* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

1. W przypadku osierocenia *dziecka* w następstwie śmierci *Ubezpieczonego* Towarzystwo wypłaci każdemu *dziecku* świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD.

2. W przypadku gdy w następstwie tego samego *nieszczęśliwego wypadku* śmierć ponieśli *Ubezpieczony* i druga osoba, której w chwili śmierci przysługiwała władza rodzicielska lub której władza rodzicielska przysługiwała w momencie osiągnięcia przez *dziecko* pełnoletności, Towarzystwo wypłaci każdemu *dziecku*, nad którym oboje sprawowali władzę rodzicielską, dodatkowe świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD.

! W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* każde z *dzieci* otrzyma świadczenie z tytułu niniejszych OWUD. Świadczenie zostanie wypłacone w podwójnej wysokości, jeżeli w wyniku *nieszczęśliwego wypadku* nastąpi śmierć *Ubezpieczonego* i drugiej osoby, będącej opiekunem prawnym *dziecka*. Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 19 OWU.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNUUC/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *uszczerbek lub uszkodzenie ciała Ubezpieczonego* powstałe w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja *uszczerbku lub uszkodzenia ciała* i *nieszczęśliwego wypadku* znajduje się w § 43 OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

1. W przypadku *uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości 1% *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD, za każdy 1% *uszczerbku lub uszkodzenia ciała*.
2. Suma świadczeń w danym roku polisy nie może być wyższa niż *suma ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.

! Za każdy 1% *uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego* otrzyma świadczenie w wysokości 1% *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.

W jaki sposób ustalana jest kwota świadczenia?

§ 3

1. Procent *uszczerbku lub uszkodzenia ciała* ustalany jest zgodnie z Tabelą *uszczerbków lub uszkodzeń ciała* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*, stanowiącą załącznik do niniejszych OWUD. Towarzystwo udostępnia Tabelę na stronie internetowej Ubezpieczyciela lub na żądanie.
2. Suma świadczeń w związku z jednym *nieszczęśliwym wypadkiem* nie może przekroczyć *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.
3. Warunkiem rozpatrzenia świadczenia jest dostarczenie dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście zdarzenia. Procent *uszczerbku lub uszkodzenia ciała* ustalany jest na podstawie dokumentacji medycznej.
4. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie procentu *uszczerbku lub uszkodzenia ciała*, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

! Towarzystwo wypłaci świadczenie zgodnie z Tabelą *uszczerbków lub uszkodzeń ciała* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*. Podstawą wypłaty świadczenia jest dokumentacja medyczna potwierdzająca zajście zdarzenia, którą należy dostarczyć do Towarzystwa. Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 19 OWU.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNWN/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *niezdolność Ubezpieczonego do pracy* powstałą w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja *niezdolności do pracy* i *nieszczęśliwego wypadku* znajduje się w § 43 OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

1. W przypadku *niezdolności Ubezpieczonego do pracy* trwającej nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, powstałej w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*, Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.
2. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może wypłacić świadczenie po upływie 6 miesięcy nieprzerwanego trwania *niezdolności do pracy*.

! W przypadku *niezdolności Ubezpieczonego do pracy* trwającej co najmniej 12 miesięcy Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie z tytułu niniejszych OWUD. Za zgodą Towarzystwa świadczenie może zostać wypłacone po upływie 6 miesięcy nieprzerwanego trwania *niezdolności do pracy*. Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 19 OWU.

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa względem poszczególnych Ubezpieczonych?

§ 3

Poza przypadkami wskazanymi w § 10 OWU „Wygąśnięcie ochrony ubezpieczeniowej” ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD względem poszczególnych *Ubezpieczonych* wygasa z dniem wypłaty świadczenia z tytułu niniejszych OWUD.

! Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD względem poszczególnych *Ubezpieczonych* wygasa z dniem wypłaty świadczenia z tytułu *niezdolności do pracy* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNCP/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *pobyt Ubezpieczonego w szpitalu*, który rozpoczął się i trwa w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, w celu leczenia:
 - 1) (otrzymuje brzmienie) choroby;
 - 2) (otrzymuje brzmienie) obrażeń ciała, spowodowanych *nieszczęśliwym wypadkiem*, a także *wypadkiem komunikacyjnym*.

Definicja *szpitala*, *choroby* oraz *obrażeń ciała* znajduje się w § 43 OWU.

3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
 - 1) *pobyt Ubezpieczonego na OIOM/OIT, rekonwalescencję Ubezpieczonego* i *pobyt Ubezpieczonego w sanatorium*, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) (otrzymuje brzmienie) zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych w związku z *pobytem w szpitalu* trwającym co najmniej 10 dni.

Definicja *OIOM/OIT*, *rekonwalescencji* i *sanatorium* znajduje się w § 43 OWU.

Rozszerzenie zakresu potwierdzone jest w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe związane z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu?

§ 2

1. W przypadku pobytu *Ubezpieczonego w szpitalu* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* za każdy dzień *pobytu w szpitalu*, w zależności od przyczyny pobytu, jedno świadczenie wskazane w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*.
2. Jeżeli *pobyt w szpitalu* został spowodowany więcej niż jedną przyczyną objętą ochroną z tytułu niniejszych OWUD, Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości odpowiadającej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
3. (otrzymuje brzmienie) Limit odpowiedzialności Towarzystwa stanowi świadczenie ubezpieczeniowe za maksymalnie 180 dni *pobytu w szpitalu* w danym roku *polisy*, z zastrzeżeniem zdania drugiego. Jeżeli nieprzerwany *pobyt w szpitalu* rozpoczął się w trakcie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i wykracza:
 - 1) poza dany rok *polisy* lub
 - 2) poza okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej, przysługuje limit odpowiedzialności Towarzystwa jak w zdaniu pierwszym i jest wliczany do limitu z roku *polisy*, w którym *pobyt w szpitalu* się rozpoczął.
4. Świadczenie wypłacane jest po zakończeniu *pobytu Ubezpieczonego w szpitalu*. W przypadku *pobytu w szpitalu* trwającego co najmniej 1 miesiąc na wniosek *Ubezpieczonego* Towarzystwo wypłaci część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu.
5. W celu ustalenia prawa do świadczenia – w uzasadnionych przypadkach – Towarzystwo zastrzega sobie prawo skierowania *Ubezpieczonego* na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie za każdy dzień *pobytu Ubezpieczonego w szpitalu*. Wysokość świadczenia zależy od przyczyny *pobytu w szpitalu*.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe związane z pobytem Ubezpieczonego na OIOM/OIT, rekonwalescencją lub pobytem Ubezpieczonego w sanatorium?

§ 3

1. W przypadku pobytu na *OIOM/OIT, rekonwalescencji* lub pobytu w *sanatorium* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* jednorazowe świad-

czenie w wysokości wskazanej w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*.

2. W przypadkach pobytu na *OIOM/OIT, rekonwalescencji* lub pobytu w *sanatorium* Towarzystwo wypłaci świadczenia, jeżeli odpowiednio spełnione są następujące warunki:
 - 1) pobyt na *OIOM/OIT* związany jest z *pobytem w szpitalu*, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu niniejszych OWUD;
 - 2) *rekonwalescencja* związana jest z *pobytem w szpitalu*, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu niniejszych OWUD, o ile *pobyt w szpitalu* trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni;
 - 3) pobyt w *sanatorium* związany jest z *pobytem w szpitalu*, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu niniejszych OWUD, o ile *pobyt Ubezpieczonego w sanatorium* potwierdzony został dokumentacją medyczną.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z pobytem *Ubezpieczonego w sanatorium* nie więcej niż za jeden *pobyt Ubezpieczonego w sanatorium* w danym roku *polisy*, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Niezależnie od liczby pobyków *Ubezpieczonego w sanatorium*, jeżeli pobyty te były spowodowane tą samą przyczyną, Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* tylko jedno świadczenie w związku z pobytem *Ubezpieczonego w sanatorium* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych?

§ 4

1. (otrzymuje brzmienie) W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z *pobytem Ubezpieczonego w szpitalu*, trwającym co najmniej 10 dni, *Ubezpieczony* uzyskuje dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, o ile zakres ubezpieczenia został rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych.
2. (otrzymuje brzmienie) *Ubezpieczony* ma prawo do skorzystania ze świadczeń ambulatoryjnych do wysokości *sumy ubezpieczenia* wskazanej w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia* dla każdego *pobytu w szpitalu* trwającego co najmniej 10 dni z zastrzeżeniem ust. 3.
3. (otrzymuje brzmienie) Niezależnie od liczby pobyków *Ubezpieczonego w szpitalu* trwających co najmniej 10 dni, jeżeli pobyty te były spowodowane tą samą przyczyną, Towarzystwo przyzna *Ubezpieczonemu* tylko jeden dostęp do świadczeń ambulatoryjnych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
4. Zakres świadczeń ambulatoryjnych obejmuje:
 - 1) konsultacje lekarzy o następujących specjalnościach:
 - a) ortopeda,
 - b) chirurg ogólny,
 - c) okulista,
 - d) neurolog,
 - e) diabetolog,
 - f) internista,
 - g) kardiolog;
 - 2) badania laboratoryjne:
 - a) badania hematologiczne,
 - b) koagulologia,
 - c) glukoza,
 - d) lipidogram,
 - e) sód, potas,
 - f) mocznik,
 - g) kreatynina,
 - h) badania wątroby (transaminazy, bilirubina),
 - i) białko,
 - j) badanie ogólne moczu;
 - 3) zabiegi ambulatoryjne:
 - a) chirurgiczne i ortopedyczne (zdjęcie gipsu, szwów),
 - b) iniekcje domięśniowe,
 - c) iniekcje dożylnie;
 - 4) badania obrazowe:
 - a) RTG,
 - b) MR oraz tomograf,
 - c) USG w tym ECHO serca,
 - d) EKG,
 - e) spirometria.

5. (otrzymuje brzmienie) Świadczenie obejmuje zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania przez Towarzystwo prawa do świadczenia w związku z *pobytem Ubezpieczonego w szpitalu*, trwającym co najmniej 10 dni.

! Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty świadczeń ambulatoryjnych, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania prawa do świadczenia w związku z *pobytem Ubezpieczonego w szpitalu*, trwającym co najmniej 10 dni.

6. (otrzymuje brzmienie) Świadczenia ambulatoryjne realizowane są przez placówki medyczne należące do sieci *Partnera Medycznego*, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.uniqa.pl. Informacje o aktualnym wykazie placówek medycznych, należących do sieci *Partnera Medycznego*, można uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej, udostępnionej niezwłocznie po przyznaniu świadczenia w związku z co najmniej 10-dniowym *pobytem Ubezpieczonego w szpitalu*. Terminy wizyt w placówkach umawiane są wyłącznie za pośrednictwem infolinii.

! Dostęp do aktualnego wykazu placówek medycznych, w których realizowane są świadczenia ambulatoryjne, można uzyskać na:
– stronie www.uniqa.pl
– infolinii medycznej, udostępnionej po przyznaniu świadczenia.

7. Konsultacje lekarzy specjalistów z zakresu okulistyki oraz chirurgii ogólnej realizowane są w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia *Ubezpieczonego*, za pośrednictwem całodobowej infolinii medycznej, o ile *Ubezpieczony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia. Konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji realizowane są w ciągu 5 dni roboczych, o ile *Ubezpieczony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia. Gwarancja dostępności dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji. Konsultacje lekarzy specjalistów nie wymagają skierowania lekarskiego.

! 3 dni robocze – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultację lekarzy specjalistów z zakresu okulistyki oraz chirurgii ogólnej. 5 dni roboczych – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultację lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji. Gwarancja dostępności odnosi się do konsultacji w zakresie danej specjalizacji, a nie do konkretnego lekarza. Skierowania lekarskie nie są wymagane.

8. W celu ustalenia miejsca i terminu realizacji świadczeń ambulatoryjnych *Ubezpieczony* zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii miejsce i termin realizacji świadczenia w placówce medycznej należącej do sieci *Partnera Medycznego*.

! Miejsce i termin realizacji konsultacji uzgadniane są przez *Ubezpieczonego* za pośrednictwem infolinii medycznej.

9. W celu realizacji świadczenia ubezpieczeniowego *Ubezpieczony* zobowiązany jest:

- 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się do wskazanej placówki medycznej;
- 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
- 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej.

10. *Ubezpieczony* ma prawo do skorzystania z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej, pod warunkiem uzyskania za pośrednictwem infolinii medycznej zgody Towarzystwa na realizację świadczenia poza siecią *Partnera Medycznego*. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

11. W przypadku opisanym w ust. 10 powyżej Towarzystwo zwróci *Ubezpieczonemu* poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych określonych w § 4 ust. 4, w terminie 10 dni roboczych, licząc od dnia otrzymania prawidłowo wypełnionych dokumentów wskazanych w ust. 12.

12. W celu uzyskania zwrotu kosztów świadczeń ambulatoryjnych, poniesionych zgodnie z ust. 10, *Ubezpieczony* zobowiązany jest złożyć u *Partnera Medycznego* wniosek o refundację kosztów (dostępny na www.uniqa.pl i w siedzibie Towarzystwa) wraz ze wskazanymi w nim dokumentami oraz oryginał faktury lub rachunku za wykonanie danego świadczenia.

! *Ubezpieczony* może skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej, jeżeli taką zgodę uzyska za pośrednictwem infolinii medycznej Towarzystwa. Towarzystwo pokrywa poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia, dokonując zwrotu tych kosztów w ciągu 10 dni roboczych od dopełnienia przez *Ubezpieczonego* formalności związanych ze zgłoszeniem.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 5

1. Świadczenie z tytułu niniejszych OWUD nie zostanie wypłacone, jeżeli celem *pobytu w szpitalu* jest:

- 1) leczenie lub poddanie się przez *Ubezpieczonego* zabiegowi pozostającemu w związku z porodem fizjologicznym, chyba że celem *pobytu w szpitalu* jest leczenie choroby *Ubezpieczonego*, będącej skutkiem powikłań poporodowych;
- 2) poddanie *Ubezpieczonego* operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków *nieszczęśliwego wypadku*, jemu uległ *Ubezpieczony* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, lub była skutkiem choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;
- 3) wykonanie *Ubezpieczonemu* rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest *choroba* lub *obrażenia ciała Ubezpieczonego*;
- 4) wykonanie *Ubezpieczonemu* zabiegów rehabilitacyjnych;
- 5) leczenie chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych *Ubezpieczonego*;
- 6) leczenie wad wrodzonych *Ubezpieczonego*.

2. Świadczenie nie jest należne za okres, w którym *Ubezpieczony* przebywał na przepustce w trakcie *pobytu w szpitalu*.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 19 i § 20 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia?

§ 6

pobyt w szpitalu – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie co najmniej:

- a) 1 dzień w przypadku *pobytu w szpitalu* wyłącznie w celu leczenia doznanych *obrażeń ciała*,
- b) 4 dni w przypadku *pobytu w szpitalu* w celu leczenia *choroby* lub *pobytu* związanego z ciążą, wyłączając *pobyt w szpitalu* w wyniku porodu fizjologicznego,
- c) 10 dni od dnia porodu w przypadku *pobytu* w związku z powikłaniami poporodowymi,

w rozumieniu niniejszych OWUD okres *pobytu w szpitalu* rozpoczyna się w dniu przyjęcia *Ubezpieczonego* do szpitala, a kończy się w dniu wypisania *Ubezpieczonego* ze szpitala; wpis i wypis ze szpitala nie mogą mieć miejsca tego samego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNCU/15/11/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego*.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje pierwszorazowe wystąpienie u Ubezpieczonego *poważnego zachorowania*, określonego w Wykazie poważnych zachorowań (w ramach katalogu A, katalogu B albo katalogu C), stanowiącym załącznik do niniejszych OWUD, rozumianego jako:
 - zdiagnozowane u *Ubezpieczonego choroby* lub
 - przeprowadzone u *Ubezpieczonego zabiegi*, jeżeli w okresie udzielania ochrony z tytułu niniejszych OWUD diagnoza lub zabieg miały miejsce po raz pierwszy lub rozpoczęło się postępowanie diagnostyczno-lecznicze.
- (otrzymuje brzmienie) Odpowiedzialność Towarzystwa zostaje rozszerzona w taki sposób, że jeśli bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia *Ubezpieczony* objęty był ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia w zakresie analogicznym do OWUD przez okres co najmniej 6 miesięcy, wówczas zakres ubezpieczenia obejmuje pierwszorazowe wystąpienie *poważnego zachorowania*, określonego w Wykazie poważnych zachorowań (w ramach katalogu A, katalogu B albo katalogu C), stanowiącym załącznik do OWUD, rozumianego jako:
 - rozpoznanie *choroby*, określonej w Wykazie poważnych zachorowań, której pierwsze rozpoznanie miało miejsce w okresie udzielania ochrony z tytułu niniejszych OWUD, jeśli postępowanie dia-

gnostyczno-lecznicze prowadzono w okresie lub przed okresem udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;

- wykonanie zabiegu, określonego w Wykazie poważnych zachorowań, który po raz pierwszy został przeprowadzony w okresie udzielania ochrony z tytułu niniejszych OWUD, jeśli wynika z chorób, które zdiagnozowano, rozpoznano lub względem których postępowanie diagnostyczno-lecznicze prowadzono w okresie lub przed okresem udzielania ochrony z tytułu niniejszych OWUD. Powyższe postanowienia w przypadkach, o których mowa w § 43 pkt 49) lit. b) i c), mają zastosowanie pod warunkiem dostarczenia Towarzystwu wraz z deklaracją listy osób, które wystąpiły z poprzedniego ubezpieczenia, z uwzględnieniem zakresu poprzedniego ubezpieczenia.
- (otrzymuje brzmienie) Ochrona ubezpieczeniowa świadczona na podstawie niniejszych OWUD ma zastosowanie do *poważnych zachorowań* określonych w katalogu A, katalogu B albo katalogu C poniżej, których szczegółowy opis znajduje się w Wykazie poważnych zachorowań, stanowiącym załącznik do niniejszych OWUD. Zakres ochrony potwierdzany jest w polisie lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia.
- (otrzymuje brzmienie) Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji lekarzy specjalistów w związku z *poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego*. Rozszerzenie zakresu umowy dodatkowej potwierdzane jest w polisie lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia.

Katalog A	Katalog B	Katalog B
1) angioplastyka wieńcowa	1) angioplastyka wieńcowa	30) choroba Leśniowskiego-Crohna
2) bakteryjne zapalenie opon mózgowych	2) bakteryjne zapalenie opon mózgowych	31) kardiomiopatia
3) choroba Alzheimera	3) choroba Alzheimera	32) niedowład (paraliż)
4) choroba Creutzfeldta-Jakoba	4) choroba Creutzfeldta-Jakoba	33) piorunujące zapalenie wątroby
5) choroba neuronu ruchowego	5) choroba neuronu ruchowego	34) poważny uraz głowy
6) choroba Parkinsona	6) choroba Parkinsona	35) schyłkowa niewydolność oddechowca
7) dystrofia mięśniowa	7) dystrofia mięśniowa	36) toczeń rumieniowaty układowy
8) łagodny guz mózgu	8) łagodny guz mózgu	37) twardzina
9) nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)	9) nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)	38) wymiana lub plastyka zastawki serca
10) niedokrwistość aplastyczna	10) niedokrwistość aplastyczna	
11) niewydolność nerek	11) niewydolność nerek	Katalog C
12) nowotwór złośliwy	12) nowotwór złośliwy	1) angioplastyka wieńcowa
13) oparzenia	13) oparzenia	2) bakteryjne zapalenie opon mózgowych
14) operacja aorty brzusznej	14) operacja aorty brzusznej	3) choroba Alzheimera
15) operacja aorty piersiowej	15) operacja aorty piersiowej	4) choroba Creutzfeldta-Jakoba
16) pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych	16) pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych	5) choroba neuronu ruchowego
17) przeszczep narządów	17) przeszczep narządów	6) choroba Parkinsona
18) schyłkowa niewydolność wątroby	18) schyłkowa niewydolność wątroby	7) dystrofia mięśniowa
19) stwardnienie rozsiane	19) stwardnienie rozsiane	8) łagodny guz mózgu
20) śpiączka	20) śpiączka	9) nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)
21) udar mózgu	21) udar mózgu	10) niedokrwistość aplastyczna
22) utrata kończyn	22) utrata kończyn	11) niewydolność nerek
23) utrata mowy	23) utrata mowy	12) nowotwór złośliwy
24) utrata słuchu	24) utrata słuchu	13) oparzenia
25) utrata wzroku	25) utrata wzroku	14) operacja aorty brzusznej
26) zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych	26) zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych	15) operacja aorty piersiowej
27) zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi	27) zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi	16) pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych
28) zapalenie mózgu	28) zapalenie mózgu	17) przeszczep narządów
29) zawał serca	29) zawał serca	18) schyłkowa niewydolność wątroby
		19) stwardnienie rozsiane
		20) śpiączka

Katalog C	Katalog C	Katalog C
21) udar mózgu	31) kardiomiopatia	42) gruźlica
22) utrata kończyn	32) niedowład (paraliż)	43) masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie
23) utrata mowy	33) piorunujące zapalenie wątroby	44) odkleszczowe zapalenie mózgu
24) utrata słuchu	34) poważny uraz głowy	45) operacja bąblowca mózgu
25) utrata wzroku	35) schyłkowa niewydolność oddechowa	46) operacja ropnia mózgu
26) zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych	36) toczeń rumieniowaty układowy	47) sepsa (posocznica)
27) zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi	37) twardzina	48) tężec
28) zapalenie mózgu	38) wymiana lub plastyka zastawki serca	49) wścieklizna
29) zawał serca	39) bakteryjne zapalenie wsierdza	50) zakażona martwica trzustki
30) choroba Leśniowskiego-Crohna	40) borelioza	51) zgorzel gazowa
	41) choroba Huntingtona	

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

1. W przypadku wystąpienia u *Ubezpieczonego* *poważnego zachorowania*, Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.
2. Rodzaj oraz data wystąpienia u *Ubezpieczonego* *poważnego zachorowania* ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie rodzaju oraz daty wystąpienia u *Ubezpieczonego* *poważnego zachorowania*, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

! Wystąpienie u *Ubezpieczonego* *poważnego zachorowania* potwierdzone jest na podstawie dokumentacji medycznej lub przeprowadzonych badań medycznych.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji lekarzy specjalistów?

§ 3

1. W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z *poważnym zachorowaniem* *Ubezpieczonego* uzyskuje dostęp do konsultacji *lekarzy specjalistów*, o ile zakres *umowy dodatkowej* został rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji *lekarzy specjalistów*.
2. Świadczenie w związku z rozszerzeniem zakresu ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD obejmuje zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji *lekarzy specjalistów*, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania przez Towarzystwo prawa do świadczenia w związku z *poważnym zachorowaniem* *Ubezpieczonego*.

! Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty maksymalnie 30 konsultacji *lekarzy specjalistów*, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania prawa do świadczenia w związku z *poważnym zachorowaniem*.

3. Konsultacje *lekarzy specjalistów* realizowane są przez *placówki medyczne* należące do sieci podstawowej *Partnera Medycznego*, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.uniq.pl. Informacje o aktualnym wykazie *placówek medycznych*, należących do sieci podstawowej *Partnera Medycznego*, można uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej, udostępnionej niezwłocznie po przyznaniu świadczenia w związku z *poważnym zachorowaniem*. Terminy konsultacji w placówkach umawiane są wyłącznie za pośrednictwem infolinii.

! Dostęp do aktualnego wykazu *placówek medycznych*, w których realizowane są konsultacje *lekarzy specjalistów*, można uzyskać na: – stronie www.uniq.pl, – infolinii medycznej, udostępnionej po przyznaniu świadczenia.

4. Konsultacje *lekarzy specjalistów* z zakresu dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej realizowane są w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia *Ubezpieczonego*, za pośrednictwem całodobowej infolinii medycznej, o ile *Ubezpieczony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia.

Konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji realizowane są w ciągu 5 dni roboczych, o ile *Ubezpieczony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia. Gwarancja dostępności terminu dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji. Konsultacje *lekarzy specjalistów* nie wymagają skierowania lekarskiego.

! 3 dni robocze – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultacje *lekarzy specjalistów* z zakresu dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej. 5 dni roboczych – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji. Gwarancja dostępności terminu odnosi się do konsultacji w zakresie danej specjalizacji, a nie do konkretnego lekarza. Skierowania lekarskie nie są wymagane.

5. W celu ustalenia miejsca i terminu konsultacji *lekarza specjalisty* *Ubezpieczonego* zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii miejsce i termin realizacji świadczenia w *placówce medycznej*, należącej do sieci podstawowej *Partnera Medycznego*.

! Miejsce i termin realizacji konsultacji uzgadniane są przez *Ubezpieczonego* za pośrednictwem infolinii medycznej.

6. W celu realizacji świadczenia ubezpieczeniowego *Ubezpieczonego* zobowiązany jest:
 - 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się do wskazanej *placówki medycznej*;
 - 2) przedstawić w *placówce medycznej* dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników *placówki medycznej*.
7. *Ubezpieczony* ma prawo do skorzystania z dowolnie wybranej przez siebie *placówki medycznej*, pod warunkiem uzyskania zgody Towarzystwa, za pośrednictwem infolinii medycznej, na realizację świadczenia poza siecią podstawową *Partnera Medycznego*. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione koszty konsultacji *lekarzy specjalistów* do wysokości limitu refundacyjnego, określonego w *polisie* lub innym dokumencie *umowy ubezpieczenia*.
8. W przypadku opisanym w ust. 7 powyżej Towarzystwo zwróci *Ubezpieczonemu* poniesione koszty konsultacji *lekarzy specjalistów* do wysokości limitu refundacyjnego, w terminie 10 dni roboczych, licząc od dnia otrzymania prawidłowo wypełnionych dokumentów, wskazanych w ust. 9.
9. W celu uzyskania zwrotu kosztów konsultacji *lekarzy specjalistów*, o których mowa w ust. 7, *Ubezpieczony* zobowiązany jest złożyć u *Partnera Medycznego* wniosek o refundację kosztów (dostępny na www.uniq.pl i w siedzibie Towarzystwa), wraz ze wskazanymi w nim dokumentami, oraz oryginał faktury lub rachunku za wykonanie danej konsultacji.

! *Ubezpieczony* może skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie *placówki medycznej*, jeżeli taką zgodę uzyska za pośrednictwem infolinii medycznej Towarzystwa. Towarzystwo pokrywa poniesione koszty konsultacji *lekarzy specjalistów* do wysokości limitu refundacyjnego, dokonując zwrotu tych kosztów w ciągu 10 dni roboczych od dopełnienia przez *Ubezpieczonego* formalności związanych ze zgłoszeniem.

Ograniczenie odpowiedzialności. W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 4

1. Towarzystwo wypłaca świadczenie za pierwszorazowe wystąpienie u *Ubezpieczonego* *poważnego zachorowania* w czasie odpowiedzialności z tytułu niniejszych OWUD, z zastrzeżeniem iż w przypadku:

- 1) angioplastyki wieńcowej, kardiomiopatii, pomostowania (by-pass) naczyń wieńcowych, zawału serca – zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia u *Ubezpieczonego* tylko jednego z wymienionych *poważnych zachorowań*;
 - 2) bakteryjnego zapalenia opon mózgowych, operacji bąblowca mózgu, boreliozy, choroby neuronu ruchowego, dystrofii mięśniowej, łagodnego guza mózgu, niedowładu (paraliżu), odkleszczowego zapalenia mózgu, poważnego urazu głowy, operacji ropnia mózgu, udaru mózgu, zapalenia mózgu – zostanie wypłacone świadczenie z tytułu wystąpienia u *Ubezpieczonego* tylko jednego z wymienionych *poważnych zachorowań*;
 - 3) niewydolności nerek, piorunującego zapalenia wątroby, przeszczepu narządów, schyłkowej niewydolności oddechowej, schyłkowej niewydolności wątroby, tocznia rumieniowatego układowego – zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia u *Ubezpieczonego* tylko jednego z wymienionych *poważnych zachorowań*;
 - 4) niedokrwistości aplastycznej, nowotworu złośliwego – zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia u *Ubezpieczonego* tylko jednego z wymienionych *poważnych zachorowań*;
 - 5) bakteryjnego zapalenia wsierdza, operacji aorty brzusznej, operacji aorty piersiowej, wymiany lub plastyki zastawki serca – zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia u *Ubezpieczonego* tylko jednego z wymienionych *poważnych zachorowań*;
 - 6) masywnego zatoru tętnicy płucnej leczonego operacyjnie, sepsy, śpiączki, utraty kończyn, utraty mowy, utraty słuchu, utraty wzroku – świadczenie nie jest należne, jeśli dokumentacja medyczna w sposób jednoznaczny potwierdza, iż masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, sepsa, śpiączka, utrata kończyn, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku wystąpiły wskutek innego *poważnego zachorowania*, za które Towarzystwo wypłaciło świadczenie;
 - 7) nowotworu złośliwego – wypłacane jest tylko jedno świadczenie, niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów.
2. Po wystąpieniu u *Ubezpieczonego* danego *poważnego zachorowania* odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w zakresie tego *poważnego zachorowania*.

! Świadczenie wypłacane jest za pierwszorazowe wystąpienie *poważnego zachorowania* w czasie odpowiedzialności Towarzystwa, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w niniejszych OWUD. Przykładowo: Jeśli zostało wypłacone świadczenie z tytułu zawału serca, a następnie *Ubezpieczony* zgłosi roszczenie z tytułu udaru mózgu, to – o ile dokumentacja medyczna potwierdzi zasadność takiego zgłoszenia – takie świadczenie zostanie wypłacone. Jeśli jednak *Ubezpieczony*, który zgłosił roszczenie z tytułu zawału serca i wypłacono mu świadczenie z tego tytułu, zgłosi następnie roszczenie z tytułu kardiomiopatii, to takie świadczenie nie zostanie wypłacone. Ale jeśli *Ubezpieczony*, który zgłosił roszczenie z tytułu zawału serca, zgłosi następnie roszczenie z tytułu śpiączki, to świadczenie zostanie wypłacone, o ile dokumentacja medyczna w sposób jednoznaczny potwierdzi, iż nie doszło do niej wskutek zawału serca, za który Towarzystwo wypłaciło świadczenie. Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa po wystąpieniu danego *poważnego zachorowania* w zakresie tego *poważnego zachorowania*.

3. Prawo do świadczenia z tytułu *umowy dodatkowej* zostanie przyznane pod warunkiem, że *Ubezpieczony* pozostał przy życiu przez okres co najmniej 1 miesiąca od daty wystąpienia *poważnego zachorowania*.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:
 - 1) *poważnych zachorowań*, które wystąpiły przed upływem 1 miesiąca od daty poprzedniego wystąpienia *poważnego zachorowania*, w związku z którym Towarzystwo ponosiło odpowiedzialność z tytułu niniejszych OWUD;
 - 2) *poważnych zachorowań*, które są następstwem choroby AIDS lub zakażenia *Ubezpieczonego* wirusem HIV, chyba że zakażenie nastąpiło w okolicznościach, o których mowa w Wykazie *poważnych zachorowań*, poz. 26) i 27);
 - 3) *poważnych zachorowań* będących następstwem zdarzeń wymienionych w § 19 i § 20 OWU.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 19 i § 20 OWU.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNOM/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego*.
2. (otrzymuje brzmienie) Zakres ubezpieczenia obejmuje *operację medyczną* przeprowadzoną u *Ubezpieczonego* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, spowodowaną:
 - 1) *chorobą*, która została zdiagnozowana lub z powodu której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u *Ubezpieczonego* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, lub
 - 2) *obrażeniami ciała*, zaistniałymi w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.
3. (otrzymuje brzmienie) Odpowiedzialność Towarzystwa zostaje rozszerzona w taki sposób, że jeśli bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia *Ubezpieczonego* objęty był ochroną ubezpieczeniową w ramach *poprzedniego ubezpieczenia* w zakresie analogicznym do OWUD przez okres co najmniej 6 miesięcy, wówczas zakres ubezpieczenia obejmuje również *operację medyczną* przeprowadzoną u *Ubezpieczonego* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu OWUD:
 - 1) wynikającą z chorób, które zdiagnozowano, rozpoznano lub względem których postępowanie diagnostyczno-lecznicze prowadzono w okresie lub przed okresem udzielania ochrony z tytułu OWUD;
 - 2) spowodowaną obrażeniami ciała, powstałymi w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*, zaistniałego w okresie lub przed okresem udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu OWUD.Powyższe postanowienia w przypadkach, o których mowa w § 43 pkt 49) lit. b) i c), mają zastosowanie pod warunkiem dostarczenia Towarzystwu wraz z deklaracją listy osób, które wystąpiły z *poprzedniego ubezpieczenia*, z uwzględnieniem zakresu *poprzedniego ubezpieczenia*.

! Definicja *operacji medycznej*, *choroby* oraz *obrażeń ciała* znajduje się w § 43 OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

1. W przypadku *operacji medycznej* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości:
 - 1) 50% *sumy ubezpieczenia* – w przypadku *operacji medycznej* 1 klasy;
 - 2) 30% *sumy ubezpieczenia* – w przypadku *operacji medycznej* 2 klasy;
 - 3) 10% *sumy ubezpieczenia* – w przypadku *operacji medycznej* 3 klasy; zgodnie z Tabelą operacji medycznych, stanowiącą załącznik do niniejszych OWUD. Towarzystwo udostępnia Tabelę na stronie internetowej Towarzystwa lub na żądanie.
2. Niezależnie od liczby *operacji medycznych*, jeżeli zostały przeprowadzone w okresie kolejnych 60 dni, *Ubezpieczonemu* przysługuje tylko

jedno najwyższe świadczenie z tytułu przeprowadzonych *operacji medycznych*, ustalone zgodnie z Tabelą operacji medycznych.

3. Klasa *operacji medycznej* i data jej przeprowadzenia potwierdzane są na podstawie dokumentacji medycznej. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie klasy operacji i daty jej przeprowadzenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.
4. Suma świadczeń w danym roku polisy nie może być wyższa niż *suma ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.

! Wysokość świadczenia, jakie Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* w przypadku przeprowadzenia *operacji medycznej*, zależy od zakwalifikowania danej operacji do odpowiedniej klasy operacji, zgodnie z Tabelą operacji medycznych. Jeżeli w okresie kolejnych 60 dni przeprowadzono u *Ubezpieczonego* kilka *operacji medycznych*, wówczas otrzyma on jedno najwyższe świadczenie z tytułu przeprowadzonych *operacji medycznych*. Przeprowadzenie *operacji medycznej* potwierdzone jest na podstawie dokumentacji medycznej lub przeprowadzonych badań medycznych.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 3

1. Świadczenie z tytułu niniejszych OWUD nie zostanie wypłacone w związku z *operacją medyczną*:
 - 1) w której *Ubezpieczony* był dawcą organów lub narządów;
 - 2) będącą operacją kosmetyczną lub plastyczną z wyjątkiem *operacji medycznej* niezbędnej do usunięcia następstw *nieszczęśliwych wypadków* zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD lub choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;
 - 3) przeprowadzoną w celu antykoncepcyjnym;
 - 4) przeprowadzoną w celu implantowania zębów;
 - 5) wykonaną w celach diagnostycznych;
 - 6) związaną z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową;
 - 7) będącą następstwem zdarzeń wymienionych w § 19 OWU oraz § 20 OWU.
2. Świadczenie z tytułu niniejszych OWUD nie przysługuje, jeżeli *Ubezpieczony* zmarł w trakcie *operacji medycznej*.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 19 OWU oraz § 20 OWU.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci współmałżonka zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNSWP/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *współmałżonka*.

! Definicja *współmałżonka* znajduje się w § 43 OWU.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć *współmałżonka* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

1. W przypadku śmierci *współmałżonka* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.
2. Towarzystwo wypłaci maksymalnie jedno świadczenie w danym roku polisy z tytułu niniejszych OWUD.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 19 OWU.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNSWPW/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. (otrzymuje brzmienie) Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *współmałżonka*.

! Definicja *współmałżonka* znajduje się w § 43 OWU.

2. (otrzymuje brzmienie) Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć *współmałżonka* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja *nieszczęśliwego wypadku* znajduje się w § 43 OWU.

2. (otrzymuje brzmienie) Świadczenie w związku ze śmiercią *współmałżonka* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy *nieszczęśliwym wypadkiem* i śmiercią *współmałżonka*.
3. Towarzystwo wypłaci maksymalnie jedno świadczenie w danym roku *polisy* z tytułu niniejszych OWUD.

! W przypadku śmierci *współmałżonka* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* *Ubezpieczony* otrzyma świadczenie z tytułu niniejszych OWUD. Należy pamiętać, że świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli istnieje powiązanie przyczynowo-skutkowe pomiędzy *nieszczęśliwym wypadkiem* i śmiercią *współmałżonka*. Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 19 OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

1. (otrzymuje brzmienie) W przypadku śmierci *współmałżonka* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu współmałżonka w szpitalu zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNPWP/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. (otrzymuje brzmienie) Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *współmałżonka*.

! Definicja *współmałżonka* znajduje się w § 43 OWU.

2. (otrzymuje brzmienie) Zakres ubezpieczenia obejmuje *pobyt współmałżonka w szpitalu*, który rozpoczął się i trwa w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, w celu leczenia:

- 1) (otrzymuje brzmienie) *choroby*;
- 2) (otrzymuje brzmienie) *obrażeń ciała*, spowodowanych *nieszczęśliwym wypadkiem*, a także *wypadkiem komunikacyjnym*.

! Definicja *szpitala*, *choroby* oraz *obrażeń ciała* znajduje się w § 43 OWU.

3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:

- 1) (otrzymuje brzmienie) *pobyt współmałżonka na OIOM/OIT, rekonwalescencję współmałżonka* i *pobyt współmałżonka w sanatorium*, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) (otrzymuje brzmienie) zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych w związku z *pobytem współmałżonka w szpitalu* trwającym co najmniej 10 dni.

! Definicja *OIOM/OIT*, *rekonwalescencji* i *sanatorium* znajduje się w § 43 OWU.

Rozszerzenie zakresu potwierdzone jest w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w związku z pobytem współmałżonka w szpitalu?

§ 2

1. (otrzymuje brzmienie) W przypadku *pobytu współmałżonka w szpitalu* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* za każdy dzień *pobytu w szpitalu*, w zależności od przyczyny pobytu, jedno świadczenie wskazane w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*.
2. Jeżeli *pobyt w szpitalu* został spowodowany więcej niż jedną przyczyną objętą ochroną z tytułu niniejszych OWUD, Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości odpowiadającej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
3. (otrzymuje brzmienie) Limit odpowiedzialności Towarzystwa stanowi świadczenie ubezpieczeniowe za maksymalnie 180 dni *pobytu w szpitalu* w danym roku *polisy*, z zastrzeżeniem zdania drugiego. Jeżeli nieprzerwany *pobyt w szpitalu* rozpoczął się w trakcie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i wykracza:
 - 1) poza dany rok *polisy* lub
 - 2) poza okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej, przysługuje limit odpowiedzialności Towarzystwa jak w zdaniu pierwszym i jest wliczany do limitu z roku *polisy*, w którym *pobyt w szpitalu* się rozpoczął.
4. (otrzymuje brzmienie) Świadczenie wypłacane jest po zakończeniu *pobytu współmałżonka w szpitalu*. W przypadku *pobytu w szpitalu* trwającego co najmniej 1 miesiąc, na wniosek *Ubezpieczonego* Towarzystwo wypłaci część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu.
5. (otrzymuje brzmienie) W celu ustalenia prawa do świadczenia – w uzasadnionych przypadkach – Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania *współmałżonka* na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

! Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie za każdy dzień *pobytu współmałżonka w szpitalu*. Wysokość świadczenia zależy od przyczyny *pobytu w szpitalu*.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe związane z pobytem współmałżonka na OIOM/OIT, rekonwalescencją lub pobytem współmałżonka w sanatorium?

§ 3

1. W przypadku pobytu na OIOM/OIT, rekonwalescencji lub pobytu w sanatorium Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu jednorazowe świadczenie w wysokości wskazanej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. W przypadkach pobytu na OIOM/OIT, rekonwalescencji lub pobytu w sanatorium Towarzystwo wypłaci świadczenia, jeżeli odpowiednio spełnione są następujące warunki:
 - 1) pobyt na OIOM/OIT związany jest z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu niniejszych OWUD;
 - 2) rekonwalescencja związana jest z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu niniejszych OWUD, o ile pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni;
 - 3) (otrzymuje brzmienie) pobyt w sanatorium pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie, o ile pobyt współmałżonka w sanatorium potwierdzony został dokumentacją medyczną.
3. (otrzymuje brzmienie) Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z pobytem współmałżonka w sanatorium nie więcej niż za jeden pobyt współmałżonka w sanatorium w danym roku polisy z zastrzeżeniem ust. 4.
4. (otrzymuje brzmienie) Niezależnie od liczby pobyków współmałżonka w sanatorium, jeżeli pobyty te były spowodowane tą samą przyczyną, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu tylko jedno świadczenie w związku z pobytem współmałżonka w sanatorium w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych?

§ 4

1. (otrzymuje brzmienie) W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z pobytem współmałżonka w szpitalu, trwającym co najmniej 10 dni, współmałżonek uzyskuje dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, o ile zakres umowy dodatkowej został rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych.
2. (otrzymuje brzmienie) Współmałżonek ma prawo do skorzystania ze świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia dla każdego pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 10 dni z zastrzeżeniem ust. 3.
3. (otrzymuje brzmienie) Niezależnie od liczby pobyków współmałżonka w szpitalu trwających co najmniej 10 dni, jeżeli pobyty te były spowodowane tą samą przyczyną, Towarzystwo przyzna tylko jeden dostęp do świadczeń ambulatoryjnych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
4. Zakres świadczeń ambulatoryjnych obejmuje:
 - 1) konsultacje lekarzy o następujących specjalnościach:
 - a) ortopeda,
 - b) chirurg ogólny,
 - c) okulista,
 - d) neurolog,
 - e) diabetolog,
 - f) internista,
 - g) kardiolog;
 - 2) badania laboratoryjne:
 - a) badania hematologiczne,
 - b) koagulologia,
 - c) glukoza,
 - d) lipidogram,
 - e) sód, potas,
 - f) mocznik,
 - g) kreatynina,
 - h) badania wątroby (transaminazy, bilirubina),
 - i) białko,
 - j) badanie ogólne moczu;
 - 3) zabiegi ambulatoryjne:
 - a) chirurgiczne i ortopedyczne (zdjęcie gipsu, szwów),
 - b) iniekcje domięśniowe,
 - c) iniekcje dożylnie;
 - 4) badania obrazowe:
 - a) RTG,
 - b) MR oraz tomograf,
 - c) USG w tym ECHO serca,
 - d) EKG,
 - e) spirometria.
5. (otrzymuje brzmienie) Świadczenie obejmuje zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych, realizowanych w ciągu

pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania przez Towarzystwo prawa do świadczenia w związku z pobytem współmałżonka w szpitalu, trwającym co najmniej 10 dni.

! Towarzystwo organizuje oraz pokrywa koszty świadczeń ambulatoryjnych, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania Ubezpieczonemu prawa do świadczenia w związku z pobytem współmałżonka w szpitalu, trwającym co najmniej 10 dni.

6. (otrzymuje brzmienie) Świadczenia ambulatoryjne realizowane są przez placówki medyczne należące do sieci Partnera Medycznego, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.uniqa.pl. Informacje o aktualnym wykazie placówek medycznych, należących do sieci Partnera Medycznego, można uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej, udostępnionej niezwłocznie po przyznaniu świadczenia w związku z co najmniej 10-dniowym pobytem współmałżonka w szpitalu. Terminy wizyt w placówkach umawiane są wyłącznie za pośrednictwem infolinii.

! Dostęp do aktualnego wykazu placówek medycznych, w których realizowane są świadczenia ambulatoryjne, można uzyskać na:
– stronie www.uniqa.pl
– infolinii medycznej, udostępnionej po przyznaniu świadczenia.

7. (otrzymuje brzmienie) Konsultacje lekarzy specjalistów z zakresu okulistyki oraz chirurgii ogólnej realizowane są w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia współmałżonka, za pośrednictwem całodobowej infolinii medycznej, o ile współmałżonek nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia. Konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji realizowane są w ciągu 5 dni roboczych, o ile współmałżonek nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia. Gwarancja dostępności dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji. Konsultacje specjalistyczne nie wymagają skierowania lekarskiego.

! 3 dni robocze – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultacje lekarzy specjalistów z zakresu okulistyki oraz chirurgii ogólnej. 5 dni roboczych – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji. Gwarancja dostępności odnosi się do konsultacji w zakresie danej specjalizacji, a nie do konkretnego lekarza. Skierowania lekarskie nie są wymagane.

8. (otrzymuje brzmienie) W celu ustalenia miejsca i terminu realizacji świadczeń ambulatoryjnych współmałżonek zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii miejsce i termin realizacji świadczenia w placówce medycznej należącej do sieci Partnera Medycznego.

! Miejsce i termin realizacji konsultacji uzgadniany jest przez współmałżonka za pośrednictwem infolinii medycznej.

9. (otrzymuje brzmienie) W celu realizacji świadczenia ubezpieczeniowego współmałżonek zobowiązany jest:
 - 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się do wskazanej placówki medycznej;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej.
10. (otrzymuje brzmienie) Współmałżonek ma prawo do skorzystania z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej pod warunkiem uzyskania za pośrednictwem infolinii medycznej zgody Towarzystwa na realizację świadczenia poza siecią Partnera Medycznego. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
11. W przypadku opisanym w ust. 10 powyżej Towarzystwo zwróci poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych określonych w § 4 ust. 4, do wysokości sumy ubezpieczenia, w terminie 10 dni roboczych, licząc od dnia otrzymania prawidłowo wypełnionych dokumentów wskazanych w ust. 12.
12. W celu uzyskania zwrotu kosztów świadczeń ambulatoryjnych, poniesionych zgodnie z ust. 10, Ubezpieczony zobowiązany jest złożyć u Partnera Medycznego wniosek o refundację kosztów (dostępny na www.uniqa.pl i w siedzibie Towarzystwa) wraz ze wskazanymi w nim dokumentami oraz oryginał faktury lub rachunku za wykonanie danej konsultacji.

! Współmałżonek może skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej, jeżeli taką zgodę uzyska za pośrednictwem infolinii medycznej Towarzystwa. Towarzystwo pokrywa poniesione koszty świadczeń medycznych, do wysokości sumy ubezpieczenia, dokonując zwrotu tych kosztów w ciągu 10 dni roboczych od dopełnienia formalności związanych ze zgłoszeniem.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 5

- Świadczenie z tytułu niniejszych OWUD nie zostanie wypłacone, jeżeli celem pobytu w *szpitalu* jest:
 - (otrzymuje brzmienie) leczenie lub poddanie się przez *współmałżonka* zabiegowi pozostającemu w związku z porodem fizjologicznym, chyba że celem *pobytu w szpitalu* jest leczenie choroby *współmałżonka*, będącej skutkiem powikłań poporodowych;
 - (otrzymuje brzmienie) poddanie *współmałżonka* operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków *nieszczęśliwego wypadku*, jakiemu uległ *współmałżonek* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, lub była skutkiem choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;
 - (otrzymuje brzmienie) wykonanie *współmałżonkowi* rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest *choroba* lub *obrażenia ciała* *współmałżonka*;
 - (otrzymuje brzmienie) wykonanie *współmałżonkowi* zabiegów rehabilitacyjnych;
 - (otrzymuje brzmienie) leczenie chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych *współmałżonka*;
 - (otrzymuje brzmienie) leczenie wad wrodzonych *współmałżonka*.

- (otrzymuje brzmienie) Świadczenie nie jest należne za okres, w którym *współmałżonek* przebywał na przepustce w trakcie *pobytu w szpitalu*.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 19 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia?

§ 6

pobyt w szpitalu – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w *szpitalu* trwający nieprzerwanie co najmniej:

- 1 dzień w przypadku *pobytu w szpitalu* wyłącznie w celu leczenia doznanych *obrażeń ciała*,
- 4 dni w przypadku *pobytu w szpitalu* w celu leczenia *choroby* lub *pobytu* związanego z ciążą, wyłączając *pobyt w szpitalu* w wyniku porodu fizjologicznego,
- (otrzymuje brzmienie) 10 dni od dnia porodu w przypadku *pobytu* w związku z powikłaniami poporodowymi;

w rozumieniu niniejszych OWUD okres *pobytu w szpitalu* rozpoczyna się w dniu przyjęcia *współmałżonka* do *szpitala*, a kończy się w dniu wypisania *współmałżonka* ze *szpitala*; wpis i wypis ze *szpitala* nie mogą mieć miejsca tego samego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania *współmałżonka* zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNCWP/15/11/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

- (otrzymuje brzmienie) Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *współmałżonka*.

! Definicja *współmałżonka* znajduje się w § 43 OWU.

- (otrzymuje brzmienie) Zakres ubezpieczenia obejmuje pierwszorazowe wystąpienie u *współmałżonka* *poważnego zachorowania* określonego w Wykazie poważnych zachorowań (w ramach katalogu A), stanowiącym załącznik do niniejszych OWUD, rozumianego jako:
 - zdiagnozowane u *współmałżonka* choroby lub
 - przeprowadzone u *współmałżonka* zabiegi, jeżeli w okresie udzielania ochrony z tytułu niniejszych OWUD diagnoza lub zabieg miały miejsce po raz pierwszy lub rozpoczęło się postępowanie diagnostyczno-lecznicze.
 - (otrzymuje brzmienie) Odpowiedzialność Towarzystwa zostaje rozszerzona w taki sposób, że jeśli bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia *Ubezpieczony* objęty był ochroną ubezpieczeniową w ramach *poprzedniego ubezpieczenia* w zakresie analogicznym do OWUD przez okres co najmniej 6 miesięcy, wówczas zakres ubezpieczenia obejmuje pierwszorazowe wystąpienie *poważnego zachorowania*, określonego w Wykazie poważnych zachorowań (w ramach katalogu A), stanowiącym załącznik do OWUD, rozumianego jako:
 - rozpoznanie choroby, określonej w Wykazie poważnych zachorowań, której pierwsze rozpoznanie miało miejsce w okresie udzielania ochrony z tytułu niniejszych OWUD, jeśli postępowanie diagnostyczno-lecznicze prowadzono w okresie lub przed okresem udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;
 - wykonanie zabiegu, określonego w Wykazie poważnych zachorowań, który po raz pierwszy został przeprowadzony w okresie udzielania ochrony z tytułu niniejszych OWUD, jeśli wynika z choroby, które zdiagnozowano, rozpoznano lub względem których postępowanie diagnostyczno-lecznicze prowadzono w okresie lub przed okresem udzielania ochrony z tytułu niniejszych OWUD.
- Powyższe postanowienia w przypadkach, o których mowa w § 43 pkt 49) lit. b) i c) mają zastosowanie pod warunkiem dostarczenia Towarzystwu wraz z deklaracją listy osób, które wystąpiły z *poprzedniego ubezpieczenia*, z uwzględnieniem zakresu *poprzedniego ubezpieczenia*.

- (otrzymuje brzmienie) Ochrona ubezpieczeniowa świadczona na podstawie niniejszych OWUD ma zastosowanie do *poważnych zachorowań* określonych w katalogu A poniżej, których szczegółowy opis znajduje się w Wykazie poważnych zachorowań, stanowiącym załącznik do niniejszych OWUD. Zakres ochrony potwierdzany jest w *polisie* lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia.

Zakres ubezpieczenia

Katalog A

- angioplastyka wieńcowa
- bakteryjne zapalenie opon mózgowych
- choroba Alzheimera
- choroba Creutzfeldta-Jakoba
- choroba neuronu ruchowego
- choroba Parkinsona
- dystrofia mięśniowa
- łagodny guz mózgu
- nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)
- niedokrwistość aplastyczna
- niewydolność nerek
- nowotwór złośliwy
- oparzenia
- operacja aorty brzusznej
- operacja aorty piersiowej
- pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych
- przeszczep narządów
- schyłkowa niewydolność wątroby
- stwardnienie rozsiane
- śpiączka
- udar mózgu
- utrata kończyn
- utrata mowy

- 24) utrata słuchu
- 25) utrata wzroku
- 26) zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych
- 27) zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi
- 28) zapalenie mózgu
- 29) zawał serca

5. (otrzymuje brzmienie) Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji lekarzy specjalistów w związku z poważnym zachorowaniem współmałżonka. Rozszerzenie zakresu umowy dodatkowej potwierdzone jest w polisie lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

1. (otrzymuje brzmienie) W przypadku wystąpienia u współmałżonka poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD.
2. (otrzymuje brzmienie) Rodzaj oraz data wystąpienia u współmałżonka poważnego zachorowania ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie rodzaju oraz daty wystąpienia u współmałżonka poważnego zachorowania, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

! Wystąpienie u współmałżonka poważnego zachorowania potwierdzone jest na podstawie dokumentacji medycznej lub przeprowadzonych badań medycznych.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji lekarzy specjalistów?

§ 3

1. (otrzymuje brzmienie) W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z poważnym zachorowaniem współmałżonki uzyskuje dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów, o ile zakres umowy dodatkowej został rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji lekarzy specjalistów.
2. (otrzymuje brzmienie) Świadczenie w związku z rozszerzeniem zakresu ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD obejmuje zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji lekarzy specjalistów, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania przez Towarzystwo prawa do świadczenia w związku z poważnym zachorowaniem współmałżonka.

! Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty maksymalnie 30 konsultacji lekarzy specjalistów, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania prawa do świadczenia w związku z poważnym zachorowaniem.

3. Konsultacje lekarzy specjalistów realizowane są przez placówki medyczne należące do sieci podstawowej Partnera Medycznego, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.uniq.pl. Informacje o aktualnym wykazie placówek medycznych, należących do sieci podstawowej Partnera Medycznego, można uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej, udostępnionej niezwłocznie po przyznaniu świadczenia w związku z poważnym zachorowaniem. Terminy konsultacji w placówkach umawiane są wyłącznie za pośrednictwem infolinii.

! Dostęp do aktualnego wykazu placówek medycznych, w których realizowane są konsultacje lekarzy specjalistów, można uzyskać na: – stronie www.uniq.pl – infolinii medycznej, udostępnionej po przyznaniu świadczenia.

4. (otrzymuje brzmienie) Konsultacje lekarzy specjalistów z zakresu dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej realizowane są w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia współmałżonka, za pośrednictwem całodobowej infolinii medycznej, o ile współmałżonka nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia.

Konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji realizowane są w ciągu 5 dni roboczych, o ile współmałżonka nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia. Gwarancja dostępności terminu dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji. Konsultacje lekarzy specjalistów nie wymagają skierowania lekarskiego.

! 3 dni robocze – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultacje lekarzy specjalistów z zakresu dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej. 5 dni roboczych – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji. Gwarancja dostępności terminu odnosi się do konsultacji w zakresie danej specjalizacji, a nie do konkretnego lekarza. Skierowania lekarskie nie są wymagane.

5. (otrzymuje brzmienie) W celu ustalenia miejsca i terminu konsultacji lekarza specjalisty współmałżonka zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii miejsce i termin realizacji świadczenia w placówce medycznej, należącej do sieci podstawowej Partnera Medycznego.

! Miejsce i termin realizacji konsultacji uzgadniane są przez współmałżonka za pośrednictwem infolinii medycznej.

6. (otrzymuje brzmienie) W celu realizacji świadczenia ubezpieczeniowego współmałżonka zobowiązany jest:
 - 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się do wskazanej placówki medycznej;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej.
7. (otrzymuje brzmienie) Współmałżonka ma prawo do skorzystania z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej, pod warunkiem uzyskania zgody Towarzystwa, za pośrednictwem infolinii medycznej, na realizację świadczenia poza siecią podstawową Partnera Medycznego. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego, określonego w polisie lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia.
8. W przypadku opisanym w ust. 7 powyżej Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego, w terminie 10 dni roboczych, licząc od dnia otrzymania prawidłowo wypełnionych dokumentów wskazanych w ust. 9.
9. W celu uzyskania zwrotu kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, o których mowa w ust. 7, Ubezpieczony zobowiązany jest złożyć u Partnera Medycznego wniosek o refundację kosztów (dostępny na www.uniq.pl i w siedzibie Towarzystwa), wraz ze wskazanymi w nim dokumentami, oraz oryginał faktury lub rachunku za wykonanie danej konsultacji.

! Współmałżonka może skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej, jeżeli taką zgodę uzyska za pośrednictwem infolinii medycznej Towarzystwa. Towarzystwo pokrywa poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego, dokonując zwrotu tych kosztów w ciągu 10 dni roboczych od dopełnienia przez Ubezpieczonego formalności związanych ze zgłoszeniem.

Ograniczenie odpowiedzialności. W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 4

1. (otrzymuje brzmienie) Towarzystwo wypłaca świadczenie za pierwszorazowe wystąpienie u współmałżonka poważnego zachorowania w czasie odpowiedzialności z tytułu niniejszych OWUD, z zastrzeżeniem iż w przypadku:
 - 1) angioplastyki wieńcowej, pomostowania (by-pass) naczyń wieńcowych, zawału serca – zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia u współmałżonka tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań;
 - 2) bakteryjnego zapalenia opon mózgowych, choroby neuronu ruchowego, dystrofii mięśniowej, łagodnego guza mózgu, udaru mózgu, zapalenia mózgu – zostanie wypłacone świadczenie z tytułu wystąpienia u współmałżonka tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań;
 - 3) niewydolności nerek, przeszczepu narządów, schyłkowej niewydolności wątroby – zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia u współmałżonka tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań;
 - 4) niedokrwiłości aplastycznej, nowotworu złośliwego – zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia u współmałżonka tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań;

- 5) operacji aorty brzusznej, operacji aorty piersiowej – zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia u *współmałżonka* tylko jednego z wymienionych *poważnych zachorowań*;
 - 6) śpiączki, utraty kończyn, utraty mowy, utraty słuchu, utraty wzroku – świadczenie nie jest należne, jeśli dokumentacja medyczna w sposób jednoznaczny potwierdza, iż śpiączka, utrata kończyn, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku wystąpiły wskutek innego *poważnego zachorowania*, za które Towarzystwo wypłaciło świadczenie;
 - 7) nowotworu złośliwego – wypłacane jest tylko jedno świadczenie niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów.
2. (otrzymuje brzmienie) Po wystąpieniu u *współmałżonka* danego *poważnego zachorowania*, odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w zakresie tego *poważnego zachorowania*.

! Świadczenie wypłacane jest za pierwszorazowe wystąpienie *poważnego zachorowania* *współmałżonka* w czasie odpowiedzialności Towarzystwa, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w niniejszych OWUD. Przykładowo: Jeśli zostało wypłacone świadczenie z tytułu zawału serca *współmałżonka*, a następnie zostanie zgłoszone roszczenie z tytułu udaru mózgu *współmałżonka* to – o ile dokumentacja medyczna potwierdzi zasadność takiego zgłoszenia – takie świadczenie zostanie wypłacone. Jeśli jednak zostało zgłoszone uprzednio roszczenie z tytułu zawału serca *współmałżonka* i wypłacono świadczenie z tego tytułu, a następnie zgłoszone zostanie roszczenie z tytułu angioplastyki wieńcowej, to takie świadczenie nie zostanie wypłacone. Ale jeśli *Ubezpieczony*, który zgłosił roszczenie z tytułu zawału serca *współmałżonka*,

zgłosi następnie roszczenie z tytułu śpiączki *współmałżonka*, to świadczenie zostanie wypłacone, o ile dokumentacja medyczna w sposób jednoznaczny potwierdzi iż nie doszło do niej wskutek zawału serca, za który Towarzystwo wypłaciło świadczenie. Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa po wystąpieniu danego *poważnego zachorowania* w zakresie tego *poważnego zachorowania*.

3. (otrzymuje brzmienie) Prawo do świadczenia z tytułu *umowy dodatkowej* zostanie przyznane pod warunkiem, że *współmałżonek* pozostał przy życiu przez okres co najmniej 1 miesiąca od daty wystąpienia *poważnego zachorowania*.
4. (otrzymuje brzmienie) Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:
 - 1) *poważnych zachorowań*, które wystąpiły przed upływem 1 miesiąca od daty poprzedniego wystąpienia *poważnego zachorowania*, w związku z którym Towarzystwo ponosiło odpowiedzialność z tytułu niniejszych OWUD;
 - 2) *poważnych zachorowań*, które są następstwem choroby AIDS lub zakażenia *współmałżonka* wirusem HIV, chyba że zakażenie nastąpiło w okolicznościach, o których mowa w Wykazie *poważnych zachorowań*, poz. 26) i 27);
 - 3) *poważnych zachorowań* będących następstwem zdarzeń wymienionych w § 19 i § 20 OWU.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 19 i § 20 OWU.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNSD/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *dziecka*.

! Definicja *dziecka* znajduje się w § 43 OWU.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć *dziecka* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

W przypadku śmierci *dziecka* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 19 OWU.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNWD/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *dziecka*.

! Definicja *dziecka* znajduje się w § 43 OWU.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć *dziecka* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja *nieszczęśliwego wypadku* znajduje się w § 43 OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

1. W przypadku śmierci *dziecka* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.
2. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy *nieszczęśliwym wypadkiem* i śmiercią *dziecka*.

! W przypadku śmierci *dziecka* *Ubezpieczony* otrzyma świadczenie z tytułu niniejszych OWUD. Należy mieć na uwadze, że warunkiem wypłaty świadczenia jest powiązanie przyczynowo-skutkowe pomiędzy *nieszczęśliwym wypadkiem* i śmiercią *dziecka*. Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 19 OWU.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka w szpitalu zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNPWD/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *dziecka*.

! Definicja *dziecka* znajduje się w § 43 OWU.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *pobyt dziecka w szpitalu*, który rozpoczyna się i trwa w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, w celu leczenia:

- 1) (otrzymuje brzmienie) choroby;
- 2) (otrzymuje brzmienie) obrażeń ciała, spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, a także wypadkiem komunikacyjnym.

! Definicja *szpitala*, *choroby* oraz *obrażeń ciała* znajduje się w § 43 OWU.

3. (otrzymuje brzmienie) Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych w związku z *pobytem dziecka w szpitalu* trwającym co najmniej 10 dni. Rozszerzenie zakresu potwierdzane jest w *polisie* lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe związane z pobytem dziecka w szpitalu?

§ 2

1. W przypadku *pobytu dziecka w szpitalu* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* za każdy dzień *pobytu w szpitalu*, w zależności od przyczyny pobytu, jedno świadczenie wskazane w *polisie* lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Jeżeli *pobyt w szpitalu* został spowodowany więcej niż jedną przyczyną objętą ochroną z tytułu niniejszych OWUD, Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości odpowiadającej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
3. (otrzymuje brzmienie) Limit odpowiedzialności Towarzystwa stanowi świadczenie ubezpieczeniowe za maksymalnie 180 dni *pobytu w szpitalu* w danym roku *polisy*, z zastrzeżeniem zdania drugiego. Jeżeli nieprzerwany *pobyt w szpitalu* rozpoczął się w trakcie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i wykracza:
 - 1) poza dany rok *polisy* lub
 - 2) poza okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej, przysługuje limit odpowiedzialności Towarzystwa jak w zdaniu pierwszym i jest wliczany do limitu z roku *polisy*, w którym *pobyt w szpitalu* się rozpoczął.
4. Świadczenie wypłacane jest po zakończeniu *pobytu dziecka w szpitalu*. W przypadku *pobytu w szpitalu* trwającego co najmniej 1 miesiąc, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu.
5. W celu ustalenia prawa do świadczenia – w uzasadnionych przypadkach – Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania *dzieckiem* na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

! Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie za każdy dzień *pobytu dziecka w szpitalu*. Wysokość świadczenia zależy od przyczyny *pobytu w szpitalu*.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych?

§ 3

1. (otrzymuje brzmienie) W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia z tytułu *pobytu dziecka w szpitalu*, trwającego co najmniej 10 dni, *dziecko* uzyskuje dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, o ile niniejsza umowa dodatkowa została rozszerzona o zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych.
2. (otrzymuje brzmienie) *Dziecko* ma prawo do skorzystania ze świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w *poli-*

sie lub dokumencie umowy ubezpieczenia w związku z każdym *pobytem w szpitalu* trwającym co najmniej 10 dni z zastrzeżeniem ust. 3.

3. (otrzymuje brzmienie) Niezależnie od liczby *pobytów dziecka w szpitalu* trwających co najmniej 10 dni, jeżeli *pobyty* te były spowodowane tą samą przyczyną, Towarzystwo przyzna tylko jeden dostęp do świadczeń ambulatoryjnych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

4. Zakres świadczeń ambulatoryjnych obejmuje:

- 1) konsultacje lekarzy o następujących specjalnościach:

- a) ortopeda,
- b) chirurg ogólny,
- c) okulista,
- d) neurolog,
- e) diabetolog,
- f) internista,
- g) kardiolog;
- 2) badania laboratoryjne:
 - a) badania hematologiczne,
 - b) koagulologia,
 - c) glukoza,
 - d) lipidogram,
 - e) sól, potas,
 - f) mocznik,
 - g) kreatynina,
 - h) badania wątroby (transaminazy, bilirubina),
 - i) białko,
 - j) badanie ogólne moczu;
- 3) zabiegi ambulatoryjne:
 - a) chirurgiczne i ortopedyczne (zdjęcie gipsu, szwów),
 - b) iniekcje domięśniowe,
 - c) iniekcje dożylnie;
- 4) badania obrazowe:
 - a) RTG,
 - b) MR oraz tomograf,
 - c) USG w tym ECHO serca,
 - d) EKG,
 - e) spirometria.

5. (otrzymuje brzmienie) Świadczenie obejmuje zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania przez Towarzystwo prawa do świadczenia w związku z *pobytem dziecka w szpitalu*, trwającym co najmniej 10 dni.

! Towarzystwo pokrywa koszty świadczeń ambulatoryjnych, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania prawa do świadczenia w związku z *pobytem dziecka w szpitalu*, trwającym co najmniej 10 dni.

6. Świadczenia ambulatoryjne realizowane są przez *placówki medyczne* należące do sieci *Partnera Medycznego*, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.uniq.pl. Informacje o aktualnym wykazie *placówek medycznych*, należących do sieci *Partnera Medycznego*, można uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej, udostępnionej niezwłocznie po przyznaniu świadczenia z tytułu niniejszych OWUD. Terminy wizyt w placówkach umawiane są wyłącznie za pośrednictwem infolinii.

! Dostęp do aktualnego wykazu *placówek medycznych*, w których realizowane są świadczenia ambulatoryjne, można uzyskać na:
– stronie www.uniq.pl
– infolinii medycznej, udostępnionej po przyznaniu świadczenia.

7. Konsultacje *lekarzy specjalistów* z zakresu okulistyki oraz chirurgii ogólnej realizowane są w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia *Uprawnionego*, za pośrednictwem całodobowej infolinii medycznej, o ile *Uprawniony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim *dziecko* skorzysta ze świadczenia. Konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji realizowane są w ciągu 5 dni roboczych, o ile *Uprawniony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim *dziecko* skorzysta ze świadczenia. Gwarancja dostępności dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji. Konsultacje *lekarzy specjalistów* nie wymagają skierowania lekarskiego.

! Definicja *Uprawnionego* znajduje się w § 43 OWU. 3 dni robocze – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultację lekarzy specjalistów z zakresu okulistyki oraz chirurgii ogólnej. 5 dni roboczych – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultację lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji. Gwarancja dostępności odnosi się do konsultacji w zakresie danej specjalizacji, a nie do konkretnego lekarza. Skierowania lekarskie nie są wymagane.

8. W celu ustalenia miejsca i terminu realizacji świadczeń ambulatoryjnych *Uprawniony* zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii miejsce i termin realizacji świadczenia w placówce medycznej należącej do sieci *Partnera Medycznego*.

! Miejsce i termin realizacji konsultacji uzgadniany jest przez *Uprawnionego* za pośrednictwem infolinii medycznej.

9. W celu realizacji świadczenia ubezpieczeniowego *Uprawniony* zobowiązany jest:

- 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się wraz z dzieckiem do wskazanej placówki medycznej;
- 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
- 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej.

10. Dziecko ma prawo do skorzystania z placówki medycznej dowolnie wybranej przez *Uprawnionego* pod warunkiem uzyskania za pośrednictwem infolinii medycznej zgody Towarzystwa na realizację świadczenia poza siecią *Partnera Medycznego*. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

11. W przypadku opisanym w ust. 10 powyżej Towarzystwo zwróci *Ubezpieczonemu* poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych określonych w § 3 ust. 4, do wysokości sumy ubezpieczenia, w terminie 10 dni roboczych, licząc od dnia otrzymania prawidłowo wypełnionych dokumentów wskazanych w ust. 12.

12. W celu uzyskania zwrotu kosztów świadczeń ambulatoryjnych, poniesionych zgodnie z ust. 10, *Ubezpieczony* zobowiązany jest złożyć u *Partnera Medycznego* wniosek o refundację kosztów (dostępny na www.uniq.pl i w siedzibie Towarzystwa) wraz ze wskazanymi w nim dokumentami oraz oryginał faktury lub rachunku za wykonanie danej konsultacji.

! Dziecko może skorzystać z dowolnie wybranej przez *Uprawnionego* placówki medycznej, jeżeli *Uprawniony* uzyska taką zgodę za pośrednictwem infolinii medycznej Towarzystwa. Towarzystwo pokrywa koszty świadczeń ambulatoryjnych, dokonując zwrotu tych kosztów w ciągu 10 dni roboczych od dopełnienia przez *Ubezpieczonego* formalności związanych ze zgłoszeniem.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 4

1. Świadczenie z tytułu niniejszych OWUD nie zostanie wypłacone, jeżeli celem *pobytu w szpitalu* jest:

- 1) leczenie lub poddanie się przez *dziecko* zabiegowi pozostającemu w związku z porodem fizjologicznym, chyba że celem *pobytu w szpitalu* jest leczenie choroby dziecka, będącej skutkiem powikłań porodowych;
 - 2) poddanie *dziecka* operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków *nieszczęśliwego wypadku*, jakiemu uległo *dziecko* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, lub była skutkiem choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;
 - 3) wykonanie *dziecku* rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest *choroba* lub *obrażenia ciała dziecka*;
 - 4) wykonanie *dziecku* zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 5) leczenie chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych *dziecka*;
 - 6) leczenie wad wrodzonych *dziecka*.
2. Świadczenie nie jest należne za okres, w którym *dziecko* przebywało na przepustce w trakcie *pobytu w szpitalu*.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 19 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia?

§ 5

pobyt w szpitalu – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie co najmniej:

- a) 1 dzień w przypadku *pobytu w szpitalu* wyłącznie w celu leczenia doznanych *obrażeń ciała*,
- b) 4 dni w przypadku *pobytu w szpitalu* w celu leczenia *choroby* lub *pobytu* związanego z ciążą, wyłączając *pobyt w szpitalu* w wyniku porodu fizjologicznego,

w rozumieniu niniejszych OWUD okres *pobytu w szpitalu* rozpoczyna się w dniu przyjęcia *dziecka* do szpitala, a kończy się w dniu wypisania *dziecka* ze szpitala; wpis i wypis ze szpitala nie mogą mieć miejsca tego samego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNCD/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *dziecka*.

! Definicja *dziecka* znajduje się w § 43 OWU.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *poważne zachorowania dziecka* określone w § 5 niniejszych OWUD, rozumiane jako:

- 1) zdiagnozowane u *dziecka* choroby lub
- 2) przeprowadzone u *dziecka* zabiegi,

jeżeli w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD diagnoza lub zabieg miały miejsce po raz pierwszy lub rozpoczęło się postępowanie diagnostyczno-lecznicze.

3. (otrzymuje brzmienie) Odpowiedzialność Towarzystwa zostaje rozszerzona w taki sposób, że jeśli bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia *Ubezpieczony* objęty był ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia w zakresie analogicznym do OWUD przez okres co najmniej 6 miesięcy, wówczas zakres ubezpieczenia obejmuje pierwszorazowe wystąpienie *poważnego zachorowania*, określonego w § 5 niniejszych OWUD, rozumianego jako:

- 1) rozpoznanie *choroby*, określonej w § 5 niniejszych OWUD, której pierwsze rozpoznanie miało miejsce w okresie udzielania ochrony

z tytułu niniejszych OWUD, jeśli postępowanie diagnostyczno-lecznicze prowadzono w okresie lub przed okresem udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;

- 2) wykonanie zabiegu, określonego w § 5 niniejszych OWUD, który po raz pierwszy został przeprowadzony w okresie udzielania ochrony z tytułu niniejszych OWUD, jeśli wynika z chorób, które zdiagnozowano, rozpoznano lub względem których postępowanie diagnostyczno-lecznicze prowadzono w okresie lub przed okresem udzielania ochrony z tytułu niniejszych OWUD.

Powyższe postanowienia w przypadkach, o których mowa w § 43 pkt 49) lit. b) i c) mają zastosowanie pod warunkiem dostarczenia Towarzystwu wraz z deklaracją listy osób, które wystąpiły z poprzedniego ubezpieczenia, z uwzględnieniem zakresu poprzedniego ubezpieczenia.

4. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji lekarzy specjalistów w związku z *poważnym zachorowaniem dziecka*. Rozszerzenie zakresu umowy dodatkowej potwierdzane jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

1. W przypadku zdiagnozowania u *dziecka* choroby lub przeprowadzenia u *dziecka* zabiegu Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD.

2. Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie za jedno *poważne zachorowanie dziecka* w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
3. Prawo do świadczenia w związku ze zdiagnozowaniem u *dziecka* cukrzycy zostanie przyznane pod warunkiem, że cukrzyca została zdiagnozowana przed ukończeniem przez *dziecko* 18. roku życia, a rodzice *dziecka* nie są diabetykami.
4. Prawo do świadczenia z tytułu niniejszych OWUD zostanie przyznane pod warunkiem, że *dziecko* pozostawało przy życiu przez okres co najmniej 1 miesiąca od daty:
 - 1) zdiagnozowania *choroby* lub
 - 2) przeprowadzenia zabiegu.
5. Rodzaj i data zdiagnozowania *choroby* lub przeprowadzenia zabiegu potwierdzone są na podstawie dokumentacji medycznej. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie rodzaju i daty zdiagnozowania *choroby* lub przeprowadzenia zabiegu, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

! Świadczenie zostanie wypłacone, o ile *dziecko* pozostawało przy życiu co najmniej 1 miesiąc od daty zdiagnozowania *choroby* lub przeprowadzenia zabiegu.

! Zdiagnozowanie *poważnego zachorowania* potwierdzone jest na podstawie dokumentacji medycznej lub przeprowadzonych badań medycznych.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji lekarzy specjalistów?

§ 3

1. W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z *poważnym zachorowaniem dziecka* uzyskuje dostęp do konsultacji *lekarzy specjalistów*, o ile zakres *umowy dodatkowej* został rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji *lekarzy specjalistów*.
2. Świadczenie w związku z rozszerzeniem zakresu ubezpieczenia o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji *lekarzy specjalistów* obejmuje zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji *lekarzy specjalistów*, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania przez Towarzystwo prawa do świadczenia w związku z *poważnym zachorowaniem dziecka*.

! Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty maksymalnie 30 konsultacji *lekarzy specjalistów*, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania prawa do świadczenia w związku z *poważnym zachorowaniem dziecka*.

3. Konsultacje *lekarzy specjalistów* realizowane są przez *placówki medyczne* należące do sieci podstawowej *Partnera Medycznego*, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.uniqa.pl. Informacje o aktualnym wykazie *placówek medycznych*, należących do sieci podstawowej *Partnera Medycznego*, można uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej, udostępnionej niezwłocznie po przyznaniu świadczenia z tytułu niniejszych OWUD. Terminy wizyt w placówkach umawiane są wyłącznie za pośrednictwem infolinii.

! Dostęp do aktualnego wykazu *placówek medycznych*, w których realizowane są konsultacje *lekarzy specjalistów*, można uzyskać na:

- stronie www.uniqa.pl
- infolinii medycznej, udostępnionej po przyznaniu świadczenia.

4. Konsultacje *lekarzy specjalistów* z zakresu dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej realizowane są w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia przez *Uprawnionego*, za pośrednictwem całodobowej infolinii medycznej, o ile *Uprawniony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim *dziecko* skorzysta ze świadczenia. Konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji realizowane są w ciągu 5 dni roboczych od momentu zgłoszenia przez *Uprawnionego*, o ile *Uprawniony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim *dziecko* skorzysta ze świadczenia. Gwarancja dostępności dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji. Konsultacje *lekarzy specjalistów* nie wymagają skierowania lekarskiego.

! Definicja *Uprawnionego* znajduje się w § 43 OWU. 3 dni robocze – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultacje *lekarzy specjalistów* z zakresu dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej. 5 dni roboczych – tyle wynosi czas oczekiwania na konsul-

tacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji. Gwarancja dostępności odnosi się do konsultacji w zakresie danej specjalizacji, a nie do konkretnego lekarza. Skierowania lekarskie nie są wymagane.

5. W celu ustalenia miejsca i terminu konsultacji *lekarza specjalisty Uprawnionego* zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii miejsce i termin realizacji świadczenia w *placówce medycznej* należącej do sieci *Partnera Medycznego*.

! Miejsce i termin realizacji konsultacji uzgadniane są przez *Uprawnionego* za pośrednictwem infolinii medycznej.

6. W celu realizacji świadczenia ubezpieczeniowego *Uprawniony* zobowiązany jest:
 - 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się wraz z *dzieckiem* do wskazanej *placówki medycznej*;
 - 2) przedstawić w *placówce medycznej* dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników *placówki medycznej*.
7. *Dziecko* ma prawo do skorzystania z dowolnie wybranej przez *Uprawnionego* *placówki medycznej*, pod warunkiem uzyskania zgody Towarzystwa za pośrednictwem infolinii medycznej na realizację świadczenia poza siecią podstawową *Partnera Medycznego*. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione koszty konsultacji *lekarzy specjalistów* do wysokości limitu refundacyjnego, określonego w *polisie* lub dokumencie ubezpieczenia.
8. W przypadku opisanym w ust. 7 powyżej Towarzystwo zwróci *Ubezpieczonemu* poniesione koszty konsultacji *lekarzy specjalistów*, do wysokości limitu refundacyjnego, w terminie 10 dni roboczych, licząc od dnia otrzymania prawidłowo wypełnionych dokumentów wskazanych w ust. 9.
9. W celu uzyskania zwrotu kosztów konsultacji *lekarzy specjalistów*, poniesionych zgodnie z ust. 7, *Ubezpieczony* zobowiązany jest złożyć u *Partnera Medycznego* wniosek o refundację kosztów (dostępny na www.uniqa.pl i w siedzibie Towarzystwa) wraz ze wskazanymi w nim dokumentami oraz oryginał faktury lub rachunku za wykonanie danej konsultacji.

! *Dziecko* może skorzystać z dowolnie wybranej przez *Uprawnionego* *placówki medycznej*, jeżeli *Uprawniony* uzyska taką zgodę za pośrednictwem infolinii medycznej Towarzystwa. Towarzystwo pokrywa koszty konsultacji *lekarzy specjalistów*, do wysokości limitu refundacyjnego, dokonując zwrotu tych kosztów w ciągu 10 dni od dopełnienia formalności związanych ze zgłoszeniem.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje *poważnych zachorowań dziecka*, które:
 - 1) są następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej lub schorzenia wrodzonego *dziecka*, które ujawniło się w pierwszych 12 miesiącach życia *dziecka*;
 - 2) są następstwem zdarzeń wymienionych w § 19 OWU.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 19 OWU. Świadczenie nie zostanie wypłacone również w przypadku tych *poważnych zachorowań*, które zostały zdiagnozowane lub leczone przed objęciem ochroną ubezpieczeniową oraz jeżeli są następstwem wady wrodzonej lub schorzenia wrodzonego *dziecka*.

2. Z dniem przyznania prawa do świadczenia z tytułu *poważnego zachorowania* u danego *dziecka* ochrona ubezpieczeniowa wygasa wyłączenie w zakresie dotyczącym tego *dziecka*.

Definicje

§ 5

Co oznaczają poszczególne pojęcia?

poważne zachorowanie – jedna z niżej wymienionych *chorób* lub jeden z niżej wymienionych zabiegów *dziecka*:

- 1) **ciężkie oparzenia** – głębokie termicznie i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
 - a) nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
 - b) nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
 - c) nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia;
 przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;

- 2) **cukrzyca** – choroba metaboliczna o wieloczynnikowej etiologii, charakteryzująca się przewlekłą hiperglikemią, która rozwija się w wyniku defektu wydzielania lub działania insuliny, bądź też obu tych zaburzeń;
- 3) **dystrofia mięśniowa** – dystrofia mięśniowa typu Duchenne’a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii); rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną dotyczącą rozpoznania choroby;
- 4) **guzy śródczaszkowe** – niezłośliwe guzy śródczaszkowe będące przyczyną stałych ubytków neurologicznych; wykluczeniu podlegają torbiele, ziarniaki, malformacje śródczaszkowe, guzy przysadki;
- 5) **inwazyjna choroba pneumokokowa (IChP)** – pierwotne zakażenie wywołane przez pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae*), o dużym nasileniu objawów chorobowych, występujące u dzieci, przebiegające pod postacią chorób o charakterze miejscowym lub uogólnionym; ochroną ubezpieczeniową objęte są przypadki ciężkich zakażeń inwazyjnych, takich jak między innymi: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, kości i szpiku, stawów, wsierdza, osierdza, otrzewnej, ucha środkowego, sepsa pneumokokowa i inne pozostawiające trwałe następstwa pod postacią np. utraty słuchu, zaburzeń procesu uczenia się, opóźnień w nauce mowy, porażeń lub innych ubytków neurologicznych; wykluczeniu podlegają zakażenia pneumokokowe o przebiegu lekkim, niepowikłane lub niepozostawiające trwałych następstw oraz pourazowe wtórne zakażenia pneumokokowe; rozpoznanie IChP oraz jej trwałych następstw winno być jednoznacznie potwierdzone wynikami badań, w tym bakteriologicznych i zawarte w dokumentacji medycznej wydanej przez ośrodek służby zdrowia prowadzący leczenie;
- 6) **niewydolność nerek** – krańcowe stadium przewlekłej niewydolności nerek charakteryzujące się wskaźnikiem filtracji kłębuszkowej mniejszym niż 10 ml/min oraz wymagające ze wskazań życiowych przewlekłego leczenia dializami lub przeszczepu nerek;
- 7) **niewydolność wątroby** – krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem; rozpoznanie wymaga potwierdzenia jednoznaczną dokumentacją medyczną; za stan przewlekły uważa się co najmniej 6-miesięczny okres trwania choroby będącej przyczyną krańcowej niewydolności wątroby;
- 8) **nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami** – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych niszczący zdrowe tkanki; choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego; ostateczny wynik badania histopatologicznego jednoznacznie potwierdzający nowotworowe tło choroby przyjmuje się za datę zaistnienia choroby; wykluczeniu podlegają nowotwory „in situ”, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (w tym czerniak złośliwy do 1-B stopnia zaawansowania w klasyfikacji TNM), ziarnica złośliwa i chłoniaki w 1. stopniu zaawansowania;
- 9) **przeszczep narządu** – przeszczepienie *dziecka* jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie *dziecka* na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
 - szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy; Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej nie-
wydolności narządu; ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- 10) **przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typ C trwające ponad 12 miesięcy i potwierdzone obecnością przeciwciał Anty HCV (IgG+), dodatnim wynikiem HCV RNA PCR oraz stwierdzonymi w badaniu biopsji wątroby cechami zapalenia wątroby, włóknienia lub marskości wątroby;
- 11) **sepsa (sepsis)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej powstały w wyniku krwiopochodnego rozszczytu zakażenia bakteryjnego, wirusowego lub grzybiczego, podczas którego we krwi krążą najczęściej bakterie, ich toksyny bądź toksyczne metabolity komórek gospodarza, i objawiający się niewydolnością lub poważną dysfunkcją narządów lub układów narządów; w rozumieniu niniejszych OWUD za sepsę uznaje się też rozwijający się w jej przebiegu wstrząs septyczny; wykluczeniu podlegają bakteriemia, wiremia i fungemia oraz przypadki sepsy wtórnej, rozwijającej się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych i/lub urazach; jednoznaczne rozpoznanie winno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie;
- 12) **śpiączka** – stan utraty przytomności charakteryzujący się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (oceniany w skali śpiączki Glasgow na mniej niż 9 punktów) i koniecznością użycia sprzętu wspomagającego utrzymanie czynności życiowych (np. respiratora); stan ten winien trwać co najmniej 96 godzin oraz pozostawiać trwałe ubytki neurologiczne, a jego rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną, zawierającą między innymi końcową ocenę stanu neurologicznego;
- 13) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w następstwie choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy; rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o badania obiektywne słuchu; zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty słuchu, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
- 14) **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach, spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym;
- 15) **zapalenie mózgu** – jednoznacznie potwierdzone w trakcie *pobytu w szpitalu* rozpoznanie ostrego zapalenia tkanki mózgowej (półkul mózgowych, pnia mózgu lub mózdzku) skutkujące trwałym deficytem neurologicznym utrzymującym się przez co najmniej 6 miesięcy. Wykluczone jest zapalenie mózgu w przebiegu infekcji HIV;
- 16) **zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – pierwotne ropne, włóknikowe, ziarniniakowe lub limfocytowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych; zakresem ubezpieczenia objęte są również przypadki poronnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych; rozpoznanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych musi być udokumentowane wynikami badań i zawarte w dokumentacji medycznej ośrodka medycznego prowadzącego leczenie, z określeniem właściwego numeru statystycznego klasyfikacji ICD-10.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka zmienione umową generalną Pakietu GSU

INDEKS GNUD/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest *urodzenie się dziecka*.

! Definicja *urodzenia się dziecka* znajduje się w § 43 OWU.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *urodzenie się żywego dziecka* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.
3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 12 konsultacji *lekarzy specjalistów* w związku z *urodzeniem się dziecka wymagającego leczenia*. Rozszerzenie zakresu potwierdzane jest w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*.

! Definicja *urodzenia się dziecka wymagającego leczenia* znajduje się w § 43 OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

W przypadku *urodzenia się dziecka* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.

Kiedy zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji lekarzy specjalistów?

§ 3

1. W przypadku potwierdzenia przez Towarzystwo *urodzenia się dziecka wymagającego leczenia* dziecko uzyskuje dostęp do konsultacji *lekarzy specjalistów*, o ile zakres *umowy dodatkowej* został rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji *lekarzy specjalistów*.

2. Świadczenie z tytułu niniejszych OWUD rozszerzonych o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji *lekarzy specjalistów* obejmuje zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 12 konsultacji *lekarzy specjalistów*, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu potwierdzenia przez Towarzystwo *urodzenia się dziecka wymagającego leczenia*.

! Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty maksymalnie 12 konsultacji *lekarzy specjalistów*, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu potwierdzenia przez Towarzystwo *urodzenia się dziecka wymagającego leczenia*.

3. Konsultacje *lekarzy specjalistów* realizowane są przez placówki medyczne należące do sieci podstawowej *Partnera Medycznego*, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.uniqa.pl. Informacje o aktualnym wykazie *placówek medycznych*, należących do sieci podstawowej *Partnera Medycznego*, można uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej, udostępnionej niezwłocznie po potwierdzeniu przez Towarzystwo *urodzenia się dziecka wymagającego leczenia*. Terminy wizyt w placówkach umawiane są wyłącznie za pośrednictwem infolinii.

! Dostęp do aktualnego wykazu *placówek medycznych*, w których realizowane są konsultacje *lekarzy specjalistów*, można uzyskać na:
– stronie www.uniqa.pl
– infolinii medycznej, udostępnionej po przyznaniu świadczenia.

4. Konsultacje *lekarzy specjalistów* z zakresu dermatologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej realizowane są w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia *Uprawnionego* za pośrednictwem całodobowej infolinii medycznej, o ile *Uprawniony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim *dziecko* skorzysta ze świadczenia. Konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji realizowane są w ciągu 5 dni roboczych, o ile *Uprawniony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim *dziecko* skorzysta ze świadczenia. Gwarancja dostępności dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji. Konsultacje *lekarzy specjalistów* nie wymagają skierowania lekarskiego.

! Definicja *Uprawnionego* znajduje się w § 43 OWU. 3 dni robocze – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultacje *lekarzy specjalistów* z zakresu dermatologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej. 5 dni roboczych – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji. Gwarancja dostępności

odnosi się do konsultacji w zakresie danej specjalizacji, a nie do konkretnego lekarza. Skierowania lekarskie nie są wymagane.

5. W celu ustalenia miejsca i terminu konsultacji *lekarza specjalisty Uprawnionego* zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii miejsce i termin realizacji świadczenia w *placówce medycznej* należącej do sieci podstawowej *Partnera Medycznego*.

! Miejsce i termin realizacji konsultacji uzgadniany jest przez *Uprawnionego* za pośrednictwem infolinii medycznej.

6. W celu realizacji świadczenia *Uprawniony* zobowiązany jest:
- 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się wraz z *dzieckiem* do wskazanej *placówki medycznej*;
 - 2) przedstawić w *placówce medycznej* dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) zastosować się do poleceń i wskázówek otrzymanych od pracowników *placówki medycznej*.
7. *Dziecko* ma prawo do skorzystania z *placówki medycznej*, wybranej dowolnie przez *Uprawnionego*, pod warunkiem uzyskania zgody Towarzystwa za pośrednictwem infolinii medycznej na realizację świadczenia poza siecią podstawową *Partnera Medycznego*. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione koszty konsultacji *lekarzy specjalistów* do wysokości limitu refundacyjnego, określonego w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*.
8. W przypadku opisanym w ust. 7 powyżej Towarzystwo zwróci *Ubezpieczonemu* poniesione koszty konsultacji *lekarzy specjalistów*, związane z leczeniem *dziecka*, do wysokości limitu refundacyjnego, w terminie 10 dni roboczych, licząc od dnia otrzymania prawidłowo wypełnionych dokumentów wskazanych w ust. 9.
9. W celu uzyskania zwrotu kosztów konsultacji *lekarzy specjalistów*, poniesionych zgodnie z ust. 7, *Ubezpieczony* zobowiązany jest złożyć u *Partnera Medycznego* wniosek o refundację kosztów (dostępny na www.uniqa.pl i w siedzibie Towarzystwa) wraz ze wskazanymi w nim dokumentami oraz oryginał faktury lub rachunku za wykonanie danej konsultacji.

! *Dziecko* może skorzystać z dowolnie wybranej przez *Uprawnionego* *placówki medycznej*, jeżeli *Uprawniony* uzyska taką zgodę za pośrednictwem infolinii medycznej Towarzystwa. Towarzystwo pokrywa koszty konsultacji *lekarzy specjalistów*, do wysokości limitu refundacyjnego, dokonując zwrotu tych kosztów w ciągu 10 dni roboczych od dopełnienia formalności związanych ze zgłoszeniem.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka wymagającego leczenia zmienione umową generalną Pakietu GSU

INDEKS GNUDL/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest *urodzenie się dziecka wymagającego leczenia*.

! Definicja *urodzenia się dziecka wymagającego leczenia* znajduje się w § 43 OWU.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *urodzenie się dziecka wymagającego leczenia* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 12 konsultacji *lekarzy specjalistów* w związku z *urodzeniem się dziecka wymagającego leczenia*. Rozszerzenie zakresu potwierdzane jest w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

1. W przypadku *urodzenia się dziecka wymagającego leczenia* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* jedno świadczenie z tytułu niniejszych OWUD. Wysokość świadczenia odpowiada:

- 1) 100% *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD, w przypadku:
 - a) *urodzenia się dziecka*, które przy urodzeniu otrzymało 5–8 punktów w skali Apgar,
 - b) *urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną*,
 - c) *urodzenia się dziecka jako wcześniaka*;

2) 150% *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD, w przypadku *urodzenia się dziecka*, które przy urodzeniu otrzymało 1–4 punktów w skali Apgar.

! *Ubezpieczony* otrzyma świadczenie w przypadku *urodzenia się dziecka wymagającego leczenia*. Jeśli *dziecko* otrzymało od 5 do 8 punktów w skali Apgar, urodziło się z *wadą wrodzoną* lub jako *wcześniak*, wówczas świadczenie będzie wynosiło 100% *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD. Jeśli natomiast *dziecko* otrzymało 1–4 punktów w skali Apgar, wówczas świadczenie będzie wynosiło 150% *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.

2. Jeżeli *dziecko wymagające leczenia* urodziło się z *wadą wrodzoną*, świadczenie zostanie wypłacone, pod warunkiem że:

- 1) *wada wrodzona* nie powstała w wyniku *choroby* lub urazów okołoporodowych;
 - 2) *dziecko* przeżyło co najmniej 30 dni od daty urodzenia;
 - 3) istnienie *wady wrodzonej* zostało potwierdzone odpowiednimi wynikami badań biochemicznych lub obrazowych;
 - 4) wykrycie *wady wrodzonej* nastąpiło po upływie 3 miesięcy nieprzerwanie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.
3. Jeżeli *dziecko wymagające leczenia* urodziło się jako *wcześniak*, świadczenie zostanie wypłacone, pod warunkiem że *dziecko* żyło przynajmniej 2 tygodnie od dnia porodu.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które warunkują wypłatę świadczenia w przypadku urodzenia się dziecka wymagającego leczenia, które urodziło się z wadą wrodzoną.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe, w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji lekarzy specjalistów?

§ 3

1. W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z urodzeniem się dziecka wymagającego leczenia dziecko uzyskuje dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów, o ile zakres umowy dodatkowej został rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji lekarzy specjalistów.
2. Świadczenie z tytułu niniejszych OWUD rozszerzonych o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji lekarzy specjalistów obejmuje zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 12 konsultacji lekarzy specjalistów, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania przez Towarzystwo prawa do świadczenia w związku z urodzeniem się dziecka wymagającego leczenia.

! Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty maksymalnie 12 konsultacji lekarzy specjalistów, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania prawa do świadczenia w związku z urodzeniem się dziecka wymagającego leczenia.

3. Konsultacje lekarzy specjalistów realizowane są przez placówki medyczne należące do sieci podstawowej Partnera Medycznego, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.uniqa.pl. Informacje o aktualnym wykazie placówek medycznych, należących do sieci podstawowej Partnera Medycznego, Uprawniony może uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej, udostępnionej niezwłocznie po przyznaniu świadczenia w związku z urodzeniem się dziecka wymagającego leczenia. Terminy wizyt w placówkach umawiane są wyłącznie za pośrednictwem infolinii.

! Dostęp do aktualnego wykazu placówek medycznych, w których realizowane są konsultacje lekarzy specjalistów, można uzyskać na: – stronie www.uniqa.pl – infolinii medycznej, udostępnionej po przyznaniu świadczenia.

4. Konsultacje lekarzy specjalistów w zakresie dermatologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej realizowane są w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia Uprawnionego za pośrednictwem całodobowej infolinii medycznej, o ile Uprawniony nie wskaże późniejszego terminu, w jakim dziecko skorzysta ze świadczenia. Konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji realizowane są w ciągu 5 dni roboczych, o ile Uprawniony nie wskaże późniejszego terminu,

w jakim dziecko skorzysta ze świadczenia. Gwarancja dostępności dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji. Konsultacje lekarzy specjalistów nie wymagają skierowania lekarskiego.

! Definicja Uprawnionego znajduje się w § 43 OWU. 3 dni robocze – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultacje lekarzy specjalistów w zakresie dermatologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej. 5 dni roboczych – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji. Gwarancja dostępności odnosi się do konsultacji w zakresie danej specjalizacji, a nie do konkretnego lekarza. Skierowania lekarskie nie są wymagane.

5. W celu ustalenia miejsca i terminu konsultacji lekarza specjalisty Uprawniony zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii miejsce i termin realizacji świadczenia w placówce medycznej należącej do sieci Partnera Medycznego.

! Miejsce i termin realizacji konsultacji uzgadniany jest przez Uprawnionego za pośrednictwem infolinii medycznej.

6. W celu realizacji świadczenia Uprawniony zobowiązany jest:
 - 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się wraz z dzieckiem do wskazanej placówki medycznej;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej.
7. Dziecko ma prawo do skorzystania z placówki medycznej, wybranej dowolnie przez Uprawnionego, pod warunkiem uzyskania zgody Towarzystwa za pośrednictwem infolinii medycznej na realizację świadczenia poza siecią podstawową Partnera Medycznego. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego, określonego w polisie lub dokumencie ubezpieczenia.
8. W przypadku opisanym w ust. 7 powyżej Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów, związane z leczeniem dziecka, do wysokości limitu refundacyjnego, w terminie 10 dni roboczych, licząc od dnia otrzymania prawidłowo wypełnionych dokumentów wskazanych w ust. 9.
9. W celu uzyskania zwrotu kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, poniesionych zgodnie z ust. 7, Ubezpieczony zobowiązany jest złożyć u Partnera Medycznego wniosek o refundację kosztów (dostępny na www.uniqa.pl i w siedzibie Towarzystwa) wraz ze wskazanymi w nim dokumentami oraz oryginał faktury lub rachunku za wykonanie danej konsultacji.

! Dziecko może skorzystać z dowolnie wybranej przez Uprawnionego placówki medycznej, jeżeli Uprawniony uzyska taką zgodę za pośrednictwem infolinii medycznej Towarzystwa. Towarzystwo pokrywa poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów, do wysokości limitu refundacyjnego, dokonując zwrotu tych kosztów w ciągu 10 dni roboczych od dopełnienia przez Ubezpieczonego formalności związanych ze zgłoszeniem.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się martwego noworodka zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNSB/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie noworodka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje urodzenie się martwego noworodka w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

W przypadku urodzenia się martwego noworodka Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD.

Co oznaczają poszczególne pojęcia?

§ 3

urodzenie się martwego noworodka – urodzenie się martwego noworodka, które nastąpiło po upływie 22. tygodnia ciąży, potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców Ubezpieczonego zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNSR/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie rodziców *Ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć rodzica *Ubezpieczonego* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

W przypadku śmierci rodzica *Ubezpieczonego* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 19 OWU.

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa względem poszczególnych Ubezpieczonych?

§ 3

Poza przypadkami wskazanymi w § 10 OWU „Wygąpienie ochrony ubezpieczeniowej” ochrona ubezpieczeniowa z tytułu OWUD względem poszczególnych *Ubezpieczonych* wygasa z dniem wypłaty świadczenia w związku ze śmiercią drugiego rodzica *Ubezpieczonego*.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNWSR/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie rodziców *Ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć rodzica *Ubezpieczonego* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja *nieszczęśliwego wypadku* znajduje się w § 43 OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

1. W przypadku śmierci rodzica *Ubezpieczonego* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD.
2. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy *nieszczęśliwym wypadkiem* i śmiercią rodzica *Ubezpieczonego*.

! W przypadku śmierci rodziców *Ubezpieczonego* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* *Ubezpieczony* otrzyma świadczenie z tytułu niniejszych OWUD. Należy mieć na uwadze, że warunkiem wypłaty świadczenia jest powiązanie przyczynowo-skutkowe pomiędzy *nieszczęśliwym wypadkiem* i śmiercią rodzica *Ubezpieczonego*. Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 19 OWU.

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa względem poszczególnych Ubezpieczonych?

§ 3

Poza przypadkami wskazanymi w § 10 OWU „Wygąpienie ochrony ubezpieczeniowej” ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD względem poszczególnych *Ubezpieczonych* wygasa z dniem wypłaty świadczenia w związku ze śmiercią drugiego rodzica *Ubezpieczonego*.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców współmałżonka zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNST/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie rodziców *współmałżonka*.

! Definicja *rodzica współmałżonka* znajduje się w § 43 OWU.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć *rodzica współmałżonka* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

W przypadku śmierci *rodzica współmałżonka* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 19 OWU.

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa względem poszczególnych Ubezpieczonych?

§ 3

Poza przypadkami wskazanymi w § 10 OWU „Wygąpienie ochrony ubezpieczeniowej” ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD względem poszczególnych *Ubezpieczonych* wygasa z dniem wypłaty świadczenia w związku ze śmiercią drugiego *rodzica współmałżonka*.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNWST/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie rodziców współmałżonka.

! Definicja rodzica współmałżonka znajduje się w § 43 OWU.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć rodzica współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja nieszczęśliwego wypadku znajduje się w § 43 OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

1. W przypadku śmierci rodzica współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD.

2. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem i śmiercią rodzica współmałżonka.

! W przypadku śmierci rodziców współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony otrzyma świadczenie z tytułu niniejszych OWUD. Należy mieć na uwadze, że warunkiem wypłaty świadczenia jest powiązanie przyczynowo-skutkowe pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem i śmiercią rodzica współmałżonka. Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 19 OWU.

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa względem poszczególnych Ubezpieczonych?

§ 3

Poza przypadkami wskazanymi w § 10 OWU „Wygąpienie ochrony ubezpieczeniowej” ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD względem poszczególnych Ubezpieczonych wygasa z dniem wypłaty świadczenia w związku ze śmiercią drugiego rodzica współmałżonka.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz jego rodziny Opieka24 zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNŚO/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego, współmałżonka, dziecka, rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka.

2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń z tytułu niniejszych OWUD są:

- 1) Ubezpieczony;
- 2) współmałżonek;
- 3) dziecko;

- 4) rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka – jedynie w zakresie świadczeń wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 16).

3. Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- 1) rozstrój zdrowia w następstwie nagłego zachorowania;
- 2) obrażenia ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 3) pogorszenie się stanu zdrowia w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 15);
- 4) urodzenie się dziecka Ubezpieczonego.

4. W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo zobowiązuje się do zapewnienia Ubezpieczonemu, współmałżonkowi oraz dziecku świadczeń polegających na organizacji lub organizacji i pokryciu kosztów usług w zakresie i na zasadach opisanych w § 2 ust. 1, oraz rodzicowi Ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka – świadczeń w zakresie i na zasadach opisanych w § 2 ust. 1 pkt 16).

5. Dodatkowe grupowe ubezpieczenie świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz jego rodziny może zostać zawarte jako:

- 1) Opieka24, w której suma ubezpieczenia z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, do której realizowane są świadczenia wymienione w § 2 ust. 1 pkt 1)–15), wynosi 3000 zł lub
- 2) Opieka24 PLUS, w której suma ubezpieczenia z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, do której realizowane są świadczenia wymienione w § 2 ust. 1 pkt 1)–15), wynosi 3000 zł, a w przypadku gdy zdarzeniem ubezpieczeniowym stanowiącym podstawę udzielenia świadczeń wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 1)–15) był wypadek komunikacyjny wynosi – 6000 zł.

6. Sumy ubezpieczenia wymienione w ust. 5 mogą być wykorzystywane wielokrotnie, pod warunkiem że odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

! Suma ubezpieczenia może być wykorzystywana wielokrotnie, pod warunkiem że odnosi się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

Jakie świadczenia zostaną przyznane?

§ 2

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenia medyczne realizowane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej na poniżej określonych zasadach:

- 1) opieka po hospitalizacji – jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego była hospitalizowana przez okres dłuższy niż 5 dni oraz zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza prowadzącego powinna pozostawać w pozycji leżącej po okresie hospitalizacji, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarstwa albo domowej po zakończeniu hospitalizacji, w miejscu zamieszkania;
- 2) dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza – jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga pozostawania w pozycji leżącej, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza prowadzącego, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów dostarczenia niezbędnych leków, zaleconych wcześniej przez lekarza prowadzącego na podstawie recept i odpowiednio pisemnych zaleceń, do miejsca pobytu; Towarzystwo nie pokrywa kosztów zakupu leków;
- 3) transport medyczny z osobą towarzyszącą z miejsca pobytu do placówki medycznej – jeżeli zaistniała konieczność przewiezienia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia do placówki medycznej na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów trans-

- portu medycznego do *placówki medycznej* wskazanej przez lekarza prowadzącego, w uzgodnieniu z lekarzem Centrum Operacyjnego; o wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym;
- 4) **transport medyczny z osobą towarzyszącą z placówki medycznej do miejsca zamieszkania** – w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia przebywała w *placówce medycznej*, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego z *placówki medycznej do miejsca zamieszkania*; o wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym;
 - 5) **transport medyczny z osobą towarzyszącą z placówki medycznej do placówki medycznej** – w przypadku gdy *placówka medyczna*, w której na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego przebywa osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jej stanu zdrowia albo gdy osoba uprawniona do otrzymania świadczenia skierowana została na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej *placówce medycznej*, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego do *placówki medycznej* odpowiadającej wymogom leczenia albo do *placówki medycznej*, w której zostaną wykonane badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny; świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, po konsultacji z lekarzem Centrum Operacyjnego i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia osoby uprawnionej;
 - 6) **wizyta lekarska** – Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w *placówce medycznej* lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza pierwszego kontaktu do *miejsca pobytu*, jeżeli powyższe jest konieczne w związku z *nieszczęśliwym wypadkiem*; świadczenie jest organizowane, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;
 - 7) **wizyta pielęgniarki** – Towarzystwo – na zlecenie lekarza prowadzącego – zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów honorariów i dojazdów pielęgniarki do *miejsca pobytu*, jeżeli powyższe jest konieczne w związku z *nieszczęśliwym wypadkiem*; świadczenie obejmuje organizację i pokrycie kosztów:
 - a) wykonywania czynności związanych z utrzymaniem higieny,
 - b) wykonywania zabiegów leczniczych, w szczególności: okłady, opatrunki, rehabilitacja oddechowa, podawanie leków itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego,
 - c) wykonywania czynności diagnostycznych, w szczególności: pomiar ciśnienia i tętna, ważenie itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego,
 - d) wykonywania czynności pomagających w odżywianiu się;
 - 8) **rehabilitacja** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, zgodnie ze wskazaniem lekarza specjalisty, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w *miejscu zamieszkania* albo zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej;
 - 9) **wypożyczenie albo zakup sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, zgodnie ze wskazaniem lekarza specjalisty, powinna używać *sprzętu rehabilitacyjnego* w domu, Towarzystwo zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących *sprzęt rehabilitacyjny*; dodatkowo Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty transportu drobnego *sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania*; Towarzystwo zapewnia dostęp do *sprzętu rehabilitacyjnego* oraz pokrywa w granicach sumy ubezpieczenia:
 - a) koszty wypożyczenia *sprzętu rehabilitacyjnego*;
 - b) koszty zakupu *sprzętu rehabilitacyjnego*.
 Towarzystwo nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową przebiegu i skutków terapii prowadzonej w ramach rehabilitacji; Centrum Operacyjne nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie *sprzętu rehabilitacyjnego* w sklepach lub wypożyczalniach;
 - 10) **opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi** – w przypadku hospitalizacji osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w wyniku *nieszczęśliwego wypadku* lub *nagłego zachorowania*, w sytuacji gdy przewidywany jest dłuższy niż 3-dniowy okres hospitalizacji, Towarzystwo – na wniosek *Ubezpieczonego* – zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:
 - a) przewozu *dzieci Ubezpieczonego* w towarzystwie osoby wyznaczonej przez *Ubezpieczonego do miejsca zamieszkania* na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy), albo
 - b) przejazdu osoby wyznaczonej przez *Ubezpieczonego do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi* z jej *miejsca zamieszkania* (na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej) do *miejsca zamieszkania Ubezpieczonego* i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);
- warunkiem świadczenia wskazanych wyżej świadczeń jest podanie Centrum Operacyjnemu przez *Ubezpieczonego* następujących danych osoby wyznaczonej do opieki nad *dziećmi*: imię i nazwisko, dane teleadresowe;
- Centrum Operacyjne świadczy usługi organizacji opieki nad *dziećmi/osobami niesamodzielnymi* po uzyskaniu przez lekarza Centrum Operacyjnego informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji oraz gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną przez *Ubezpieczonego do opieki*;
- w przypadku gdy Centrum Operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki, w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia przez *Ubezpieczonego*, pod wskazanym przez *Ubezpieczonego* adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania usług, Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty opieki nad *dziećmi/osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania* – pod warunkiem że zostanie ono udostępnione – maksymalnie do 3 dni; jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Centrum Operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną;
- powyższe usługi są realizowane na wniosek *Ubezpieczonego* i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w *miejscu zamieszkania* nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić;
- 11) **korepetycje** – jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* lub *nagłego zachorowania* dziecko nie może uczestniczyć w zajęciach dydaktycznych w *placówce oświatowo-wychowawczej* w związku z koniecznością hospitalizacji przez okres dłuższy niż 14 dni lub koniecznością przebywania w *miejscu zamieszkania* na zwolnieniu lekarskim powyżej 14 dni, Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty dojazdu korepetytora do *miejsca hospitalizacji dziecka* lub *miejsca zamieszkania* oraz koszty korepetycji w zakresie bieżącego programu nauczania w *placówce oświatowo-wychowawczej* w czasie nieobecności *dziecka* (z wyłączeniem materiału dydaktycznego o charakterze specjalistycznym lub zawodowym, w odniesieniu do całej grupy przedmiotów); dla uczniów szkół podstawowych, gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych zakres świadczenia obejmuje korepetycje z przedmiotów wybranych spośród: języka polskiego, matematyki, fizyki, chemii, biologii, języków obcych (angielskiego, niemieckiego, francuskiego, hiszpańskiego);
 - 12) **łóżko szpitalne dla prawego opiekuna dziecka** – jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* lub *nagłego zachorowania* dziecko jest hospitalizowane, Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty łóżka szpitalnego dla jednego prawego opiekuna *dziecka* w *placówce medycznej*, w której *dziecko* jest hospitalizowane, o ile dana *placówka medyczna* oferuje taką możliwość; świadczenie będzie realizowane zgodnie z lokalnymi możliwościami przez cały czas hospitalizacji *dziecka*, jednakże nie dłużej niż do wyczerpania sumy ubezpieczenia;
 - 13) **opieka domowa po hospitalizacji** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia była hospitalizowana przez okres dłuższy niż 7 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego powinna przebywać po okresie hospitalizacji w pozycji leżącej, Towarzystwo zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium osoby wyznaczonej do pełnienia opieki domowej w *miejscu zamieszkania* – do 5 dni, maksymalnie po 4 godziny dziennie – w niżej wymienionym zakresie:
 - a) zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby,
 - b) niezbędne porządki,
 - c) dostawa/przygotowanie posiłków,
 - d) opieka nad *zwierzętami domowymi*,
 - e) podlewanie kwiatów;
 niniejsze świadczenie przysługuje jedynie w przypadku, gdy w *miejscu zamieszkania* nie ma osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić; ubezpieczeniem objęta jest wyłącznie dostawa wyżej wymienionych artykułów bez kosztów zakupu samych produktów, które to koszty pokrywa *Ubezpieczony*;
 - 14) **wizyta położnej w przypadku urodzenia się dziecka** – w przypadku urodzenia się *dziecka Ubezpieczonego*, na wniosek *Ubezpieczonego* lub *współmałżonka*, Centrum Operacyjne zorganizuje i pokryje koszty 1 wizyty (tj. dojazdu oraz honorarium) położnej, w *miejscu zamieszkania*;
 - 15) **pomoc psychologa** – w przypadku gdy w wyniku pogorszenia się stanu zdrowia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w związku z zajściem następujących sytuacji losowych:
 - a) śmierć *Ubezpieczonego*,
 - b) śmierć *dziecka*,
 - c) urodzenie się *martwego dziecka*,
 - d) śmierć *współmałżonka*,
 - e) poronienie,
 - f) rozstrój zdrowia *Ubezpieczonego*,
 - g) rozstrój zdrowia *współmałżonka*,
 - h) rozstrój zdrowia *dziecka*,
 osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia niezbędna jest pomoc psychologa, Towarzystwo zapewnia pomoc psychologa

polegającą na organizacji i pokryciu kosztów wizyt u psychologa; Towarzystwo nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową przebiegu i skutków terapii; Towarzystwo, na prośbę osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, zapewnia również usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego;

- 16) **udzielenie pomocy medycznej rodzicowi Ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka** – Towarzystwo gwarantuje rodzicowi Ubezpieczonego oraz rodzicowi współmałżonka organizację i pokrycie kosztów następujących usług:
- a) **opieka po hospitalizacji** – jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka był hospitalizowany przez okres co najmniej 5 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego powinien leżeć po okresie hospitalizacji, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej albo domowej po zakończeniu hospitalizacji, w miejscu zamieszkania rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka; Towarzystwo pokrywa koszty tego świadczenia do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
 - b) **transport na wizytę kontrolną** – jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka był hospitalizowany przez okres co najmniej 5 dni oraz zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego powinien udać się na wizytę kontrolną, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu na 1 wizytę kontrolną w roku z miejsca zamieszkania rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka do placówki medycznej,
 - c) **asysta** – jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka wymaga transportu medycznego do placówki medycznej i z powrotem, Towarzystwo zapewni zorganizowanie i pokrycie honorarium osoby, która będzie towarzyszyć rodzicowi Ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka podczas tego transportu oraz pomoże przy załatwieniu w placówce medycznej formalności związanych z rejestracją oraz wypisem ze szpitala; Towarzystwo pokrywa koszty tego świadczenia do łącznej kwoty 200 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
 - d) **infolinia medyczna** – na wniosek rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka Towarzystwo zapewnia udzielenie pierwszej konsultacji z lekarzem Centrum Operacyjnego drogą telefoniczną na podstawie informacji przekazanych przez rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka; ogólna informacja, o której mowa powyżej, nie stanowi porady medycznej; Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zastosowania się do uzyskanych informacji; świadczenie jest realizowane, o ile stan zdrowia rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego;
- 17) **przekazanie pilnej wiadomości od Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka** – na wniosek osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia Operator Centrum Operacyjnego przekazuje wyznaczonej przez nią osobie każdą pilną wiadomość w związku z nagłym zdarzeniem ubezpieczeniowym, któremu uległa;
- 18) **infolinia medyczna** – Towarzystwo zapewnia dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z uprawnionym personelem medycznym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ustnej ogólnej informacji o danym schorzeniu, typowo stosowanym leczeniu, w tym o nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, a także o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń; Towarzystwo gwarantuje również dostęp do informacji na temat:
- a) jednostek chorobowych,
 - b) stanów wymagających nagłej pomocy,
 - c) zachowań prozdrowotnych,
 - d) leków, w tym objawów niepożądanych przy przyjmowaniu leków, oraz przyjmowania leków w trakcie ciąży,
 - e) ciąży – jej objawów, etapów rozwoju płodu, badań w czasie ciąży, zagrożeń, diety w trakcie ciąży i po porodzie,
 - f) przygotowania się do porodu,
 - g) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
 - h) badań prenatalnych,
 - i) szkół rodzenia,
 - j) karmienia noworodka,
 - k) obowiązkowych szczepień dzieci,
 - l) pielęgnacji niemowląt,
 - m) transportu medycznego,
 - n) telefonów zaufania i grup wsparcia, udzielających na terenie Rzeczypospolitej Polskiej pomocy osobom dotkniętym alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na określone schorzenia (np. cukrzyce, chorobę serca), kobietom po mastektomii, rodzicom ciężko chorych dzieci,
 - o) placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów

telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy Centrum Operacyjnego,

- p) aptek znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
 - q) badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
 - r) szczepień, zagrożeń epidemiologicznych dla podróży,
 - s) placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - t) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - u) sposobu przygotowywania się do zabiegów lub badań medycznych,
 - v) domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - w) przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby;
- informacje, o których mowa powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza Centrum Operacyjnego i Towarzystwa.

2. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń przekroczy sumę ubezpieczenia określoną w OWUD, może ona zostać wykonana przez Centrum Operacyjne, o ile Ubezpieczony, współmałżonek, przedstawiciel ustawowy dziecka, a także dziecko gdy jest pełnoletnie wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowaną przez Towarzystwo sumą ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia określona w § 1 ust. 5 odnosi się łącznie do Ubezpieczonego, współmałżonka i dziecka.
3. O celowości organizacji i pokrycia kosztów wymienionych powyżej usług medycznych decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

W jaki sposób realizowane są świadczenia ubezpieczeniowe?

§ 3

1. W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy konieczne jest skorzystanie z pomocy medycznej, transportu lub innych usług, o których mowa w niniejszych OWUD, osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba występująca w jej imieniu zobowiązane są – przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie – niezwłocznie zgłosić telefonicznie prośbę o pomoc do Centrum Operacyjnego, którego numer telefonu podany jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba kontaktująca się w jej imieniu powinna dokładnie wyjaśnić dyżurującemu pracownikowi Centrum Operacyjnego okoliczności, w jakich Ubezpieczony się znajduje i jakiej pomocy potrzebuje, oraz umożliwić lekarzom Centrum Operacyjnego dostęp do wszystkich informacji medycznych.
2. W przypadku zaistnienia takiej konieczności, na żądanie Centrum Operacyjnego, zarówno osoba uprawniona do otrzymania świadczenia jak również osoba występująca w jej imieniu są zobowiązane:
 - 1) podać nazwisko i imię osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, a także numer PESEL i w miarę możliwości jego numer telefonu;
 - 2) podać numer polisy grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem;
 - 3) podać dokładne miejsce zdarzenia, krótki opis i rodzaj wymaganej pomocy;
 - 4) stosować się do zaleceń Centrum Operacyjnego, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw;
 - 5) umożliwić Centrum Operacyjnemu dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności zdarzenia, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu wyjaśnień.
3. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba występująca w jej imieniu nie mogły skontaktować się z Centrum Operacyjnym i w związku z tym same pokryły koszty usług medycznych, o których mowa w niniejszych OWUD, Towarzystwo zwróci w całości bądź częściowo (w zależności od tego jaka część wydatków została przeznaczona na sfinansowanie świadczeń, z zastrzeżeniem zobowiązane było Centrum Operacyjne) poniesione koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do Centrum Operacyjnego najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty ustania przyczyn uniemożliwiających skontaktowanie się z Centrum Operacyjnym i przedstawienia wskazanych przez Centrum Operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po zweryfikowaniu ich zasadności przez Centrum Operacyjne. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów, jakie poniosłoby w przypadku zapewnienia usług medycznych we własnym zakresie, w wysokości nie wyższej niż wysokości sum ubezpieczenia.
4. Świadczenia odnoszące się do zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną Towarzystwa są realizowane przez czas maksymalnie 12 miesięcy, licząc od daty zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, w związku z którym dane świadczenie przysługuje, z zastrzeżeniem postanowień opisu świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 1, pkt 14).
5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy spełnienia świadczenia, zmniejszenia go lub – w przypadku zwrotu kosztów – pokrycia całkowitych kosztów, jakie Towarzystwo poniosłoby w przypadku zorganizowania usług we własnym zakresie, jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba występująca w jej imieniu umyśl-

nie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie dopełniły któregokolwiek z obowiązków określonych wyżej, o ile przyczyniło się to do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Towarzystwu ustalenie okoliczności lub skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.

6. Podanie nieprawdziwych danych, dotyczących okoliczności lub skutków zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, lub uchylenie się od udzielenia wyjaśnień, powoduje odmowę zwrotu kosztów. W przypadku podania nieprawdziwych informacji Towarzystwo może zażądać zwrotu poniesionych kosztów.
7. Wykonanie usług medycznych gwarantowanych w niniejszych OWUD może być opóźnione na skutek strajków, zamieszek, niepokojów społecznych, zamachów terrorystycznych, wojny domowej lub wojny o zasięgu międzynarodowym, promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, zaistnienia zdarzenia losowego lub zadziałania siły wyższej udokumentowanych przez Towarzystwo.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 4

1. Z zakresu odpowiedzialności Towarzystwa wyłączone są:
 - 1) koszty wizyty lekarza i transportu medycznego oraz innych usług, które zorganizowane zostały przez *Centrum Operacyjne*, w zakresie w jakim ich realizacja wynikała z powodu podania nieprawdziwych informacji;
 - 2) zdarzenia skutkujące powstaniem zagrożenia życia, wymagające natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego;
 - 3) zdarzenia związane z zagrożeniem życia zdefiniowane tak na podstawie informacji przekazanych przez zgłaszającego do *Centrum Operacyjnego* – w takim przypadku Towarzystwo może odmówić realizacji świadczeń, przy czym Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli kwalifikacja danego zdarzenia jako zagrażającego życiu i skutki takiej kwalifikacji nastąpiły na podstawie informacji przekazanych przez zgłaszającego.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:
 - 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) kosztów poniesionych bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania akceptacji *Centrum Operacyjnego*, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem postanowień § 3 ust. 3;
 - 3) kosztów zakupu leków;
 - 4) kosztów wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego;
 - 5) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii – w zakresie wykraczającym poza opisany w § 2 ust. 1, pkt 8) niniejszych OWUD, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii,
 - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,
 - c) pozostawiania pod wpływem alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³,
 - d) użycia przez osobę, w stosunku do której realizowane mają być świadczenia określone w niniejszych OWUD, narkotyków lub innych substancji toksycznych, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia,
 - e) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
 - f) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny,
 - g) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: wszelkie sporty lotnicze, wspinaczka, speleologia, skoki na linie, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, sporty motorowe i motorowodne oraz udział *Ubezpieczonego* we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniami,
 - h) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - i) chorób przenoszonych drogą płciową, chorób wenerycznych,
 - j) chorób przewlekłych,
 - k) przerywania ciąży, sztucznego zapłodnienia lub każdego innego leczenia bezpłodności oraz kosztów środków antykoncepcyjnych,
 - l) szczypeń,
 - m) leczenia dentystrycznego,
 - n) niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza *Centrum Operacyjnego*.

! Należy zwrócić uwagę na powyżej wymienione okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia.

Co oznaczają poszczególne pojęcia?

§ 5

- 1) **Centrum Operacyjne** – jednostka zajmująca się organizacją i świadczeniem usług określonych w niniejszych OWUD, wskazana przez Towarzystwo i działająca w jego imieniu;
- 2) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona, lub choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikację;
- 3) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
- 4) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione *Ubezpieczonego*, zamieszkujące wspólnie z *Ubezpieczonym* w miejscu zamieszkania, które nie ukończyło 25. roku życia;
- 5) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w celu przeprowadzenia leczenia;
- 6) **lekarz Centrum Operacyjnego** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez *Centrum Operacyjne* i uprawniona do występowania w imieniu *Centrum Operacyjnego*;
- 7) **lekarz prowadzący** – lekarz sprawujący opiekę nad osobą objętą ochroną z ramienia placówki medycznej, w której osoba ta poddała się leczeniu;
- 8) **miejsce pobytu** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w którym *Ubezpieczony*, *współmałżonek* lub *dziecko* przebywa tymczasowo i które w ocenie przedstawiciela *Centrum Operacyjnego* spełnia warunki realizacji świadczeń Opieka24 lub Opieka24 PLUS;
- 9) **miejsce zamieszkania** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej wskazane przez *Ubezpieczonego*, *współmałżonka* lub *dziecko* jako miejsce stałego zamieszkania;
- 10) **nagłe zachorowanie** – powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający zdrowiu lub życiu *Ubezpieczonego*, *współmałżonka*, *dziecka* lub (tylko dla świadczeń wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 16) rodzica *Ubezpieczonego* lub rodzica *współmałżonka*, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej, z wyłączeniem wszelkich chorób, które zaistniały przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej udzielanej *Ubezpieczonemu*, *współmałżonkowi* lub *dziecku* zgodnie z niniejszymi OWUD;
- 11) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia *Ubezpieczonego*, *współmałżonka*, *dziecka* lub (tylko dla świadczeń wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 16) rodzica *Ubezpieczonego* lub rodzica *współmałżonka*, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa, w następstwie którego *Ubezpieczony*, *współmałżonek*, *dziecko*, rodzic *Ubezpieczonego* lub rodzic *współmałżonka* niezależnie od swojej woli doznał uszkodzenia ciała, uszczerbku na zdrowiu lub zmarł;
- 12) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 13) **poronienie** – samoistne, przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 20 tygodni;
- 14) **rozstrój zdrowia** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, z wyjątkiem chorób przewlekłych;
- 15) **sprzęt rehabilitacyjny** – niezbędny drobny sprzęt rehabilitacyjny określony i zalecony przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie, umożliwiający samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie; przez drobny sprzęt rehabilitacyjny rozumie się sprzęt, którego waga nie przekracza 20 kg;
- 16) **urodzenie martwego dziecka** – urodzenie martwego noworodka, zarejestrowanego w urzędzie stanu cywilnego, w akcie urodzenia którego *Ubezpieczony* jest wymieniony jako rodzic tego dziecka;
- 17) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie umowy dodatkowej, polegające na wystąpieniu u osób objętych ochroną:
 - a) rozstroju zdrowia w następstwie nagłego zachorowania,
 - b) obrażeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - c) pogorszenia się stanu zdrowia w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 15),
 - d) urodzenia się dziecka *Ubezpieczonego* – wyłącznie w zakresie świadczenia wizyty położnej w przypadku urodzenia się dziecka.

Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała współmałżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Pojęcia użyte w niniejszej Tabeli oznaczają:

rana – uszkodzenie pełnej grubości skóry zaopatrzone chirurgicznie poprzez założenie szwów lub klamer (z wyjątkiem uszkodzeń języka oraz oparzeń);

1% TBSA – powierzchnia odpowiadająca powierzchni dłoni wraz z palcami.

A. USZKODZENIA GŁOWY

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):

a) rany skóry owłosionej głowy od 5 do 7 cm długości	1
b) rany od 8 do 12 cm długości	3
c) rany powyżej 12 cm długości	10
d) utrata skóry owłosionej – oskalpowanie (powyżej 75% powierzchni)	25

2. Złamania kości czaszki:

a) sklepienia (za każdą kość)	2
b) podstawy	5

3. Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni – w zależności od rozmiarów:

a) poniżej 3 cm ²	3
b) od 3 do 10 cm ²	7
c) od 11 do 50 cm ²	10
d) powyżej 50 cm ²	20

4. Rozpoznane wstrząśnienie mózgu w następstwie urazu czaszkowo-mózgowego:

a) z hospitalizacją od 1 do 2 dni	1
b) z hospitalizacją od 3 do 5 dni	2
c) z hospitalizacją od 6 do 10 dni	5
d) z hospitalizacją powyżej 10 dni	10

5. Uszkodzenie nerwów ruchowych:

a) boczkiowy dodatkowy, podjęzykowy	2
b) okoruchowy, odwodzący, trójdzielny, twarzowy, błędny, językowo-gardłowy	3

B. USZKODZENIA TWARZY

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

6. Uszkodzenia powłok twarzy (rany i ubytki):

a) rany skóry twarzy od 2 do 6 cm długości	1
b) rany skóry twarzy od 7 do 11 cm długości	3
c) rany skóry twarzy powyżej 12 cm długości	10
d) oparzenia powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5

7. Uszkodzenia nosa:

a) złamanie kości nosa i przegrody nosa wieloodłamowe, z przemieszczeniem	5
b) złamanie kości przegrody nosa i przegrody nosa z przemieszczeniem	2
c) inne złamania kości przegrody nosa lub przegrody nosa bez przemieszczenia	1
d) utrata części nosa operowana rekonstrukcyjnie	7
e) utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	30

8. Utrata zębów stałych (co najmniej korona) – za każdy ząb: 1

Maksymalne sumaryczne świadczenie za utratę zębów stałych nie może przekroczyć 20%.

9. Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej:

a) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania wieloodłamowe	4
c) inne złamania	1

10. Utrata szczęki lub żuchwy:

a) częściowa	15
b) całkowita	40

11. Złamania żuchwy:

a) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania wieloodłamowe	4
c) inne złamania	1

12. Ubytek podniebienia 15

13. Urazy języka:

a) rana języka zaopatrzona chirurgicznie szwami	1
b) częściowa utrata języka	3
c) całkowita utrata języka	50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

(nie podlegają sumowaniu)

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

14. Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:

a) jednego oka	15
b) obu oczu	30

15. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych, drażących, urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:

a) bez zaburzeń ostrości wzroku	2
b) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	5
c) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku obu oczu (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	15
d) z całkowitą utratą widzenia jednego oka	35
e) z całkowitą utratą widzenia obu oczu	100
f) utrata gałki ocznej	40

16. Ubytki pola widzenia:

a) dwuskroniowe	60
b) dwunosowe	30
c) jednoimienne	30
d) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	5

17. Bezsoczewkowość pourazowa:

a) w jednym oku	15
b) w obu oczach	30

18. Uszkodzenie przewodów łzowych wymagające korekcji operacyjnej:

a) w jednym oku	5
b) w obu oczach	15

19. Odwarstwienie siatkówki jednego oka – pourazowe, po urazie oka lub głowy:

a) bez zaburzeń ostrości wzroku	2
b) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	5
c) z całkowitą utratą wzroku	35

20. Jaskra wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy

	3
--	---

21. Wytrzeszcz tętniacy pourazowy

Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklkami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Ocenę końcową należy pomniejszyć o ewentualne wcześniejsze upośledzenie ostrości wzroku. W przypadku uszkodzenia narządu wzroku kolejne należne świadczenie wypłacane z tytułu tego samego nieszczęśliwego wypadku pomniejszane jest o kwotę już wypłaconego świadczenia.

D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

22. Urazy małżowiny usznej:

a) rany powyżej 1 cm, oparzenia i odmrożenia	1
b) utrata części małżowiny	2
c) utrata części małżowiny operowana rekonstrukcyjnie	7
d) całkowita utrata jednej małżowiny	15
e) całkowita utrata obu małżowin	30

23. Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, ucha wewnętrznego:

a) bez utraty słuchu, jednostronne	2
b) z częściową jednostronną utratą słuchu (powyżej 25 dB)	5
c) z całkowitą jednostronną utratą słuchu	20
d) z częściową obustronną utratą słuchu (powyżej 25 dB)	10
e) z całkowitą obustronną utratą słuchu	50

Uwaga: Oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1000 i 2000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z czterech progów: 500, 1000, 2000 i 4000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ale próg słyszalności dla 4000 Hz jest lepszy niż dla 2000 Hz, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z trzech progów.

24. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:

a) jednostronne	5
b) dwustronne	20

W przypadku uszkodzenia narządu słuchu kolejne należne świadczenie wypłacane z tytułu tego samego nieszczęśliwego wypadku pomniejszane jest o kwotę już wypłaconego świadczenia.

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI TCHAWICY I PRZEŁYKU

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

25. Uszkodzenie gardła, krtani, tchawicy leczone operacyjnie

	7
--	---

26. Uszkodzenie przełyku:

a) leczone operacyjnie	7
b) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	30

27. Uszkodzenie skóry szyi:

a) rany skóry od 5 do 10 cm długości	1
b) rany skóry powyżej 10 cm długości	3
c) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2

F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

28. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu:

a) rany skóry od 10 do 15 cm długości	1
b) rany skóry powyżej 15 cm długości	3
c) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1

29. Uszkodzenie lub utrata sutka:

a) rany brodawki	1
b) częściowa lub całkowita utrata brodawki	3
c) krwaki sutka wymagające nacięcia	2
d) częściowa lub całkowita utrata sutka	15

30. Złamania żeber:

a) złamania od 2 do 4 żeber	2
b) złamania od 5 do 10 żeber	7
c) złamania powyżej 10 żeber	10

31. Złamanie mostka:

a) bez przemieszczenia	2
b) z przemieszczeniem	4
c) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem	6

32. Uszkodzenie płuc i opłucnej:

a) krwiak opłucnej lub odma opłucnej niewymagające drenażu	2
b) krwiak opłucnej lub odma opłucnej wymagające drenażu	5
c) krwiak opłucnej lub odma opłucnej leczona operacyjnie	10
d) utrata części płuca	15
e) utrata całego płuca	30

33. Uszkodzenie serca lub osierdzia:

a) uszkodzenia serca wymagające nakłucia osierdzia	10
b) uszkodzenia serca lub osierdzia leczone operacyjnie	30

34. Uszkodzenia przepony leczone operacyjnie

	10
--	----

G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

35. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej:

a) rany skóry od 10 do 15 cm długości	1
b) rany skóry powyżej 15 cm długości	3
c) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
d) rany brzucha leczone operacyjnie z otwarciem jamy otrzewnowej	5

36. Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:

a) leczone operacyjnie, bez utraty narządów jamy brzusznej	5
b) utrata części żołądka, jelita cienkiego lub grubego	10

37. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy (aorty brzusznej, tętnic biodrowych wspólnych, zewnętrznych i wewnętrznych, żyły głównej dolnej i żył biodrowych wspólnych) leczone operacyjnie

	10
--	----

38. Uszkodzenie odbytnicy, odbytu, zwieracza odbytu:

a) uszkodzenia zaopatrzone chirurgicznie	3
b) uszkodzenia leczone operacyjnie	5
c) uszkodzenia wymagające odbytu sztucznego	15

39. Uszkodzenia śledziony:

a) leczone zachowawczo (krwaki, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata śledziony	15

40. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki:	
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata pęcherzyka żółciowego, fragmentu wątroby lub fragmentu trzustki	10
d) utrata całkowita wątroby lub trzustki	100

H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

41. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek:	
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata częściowa nerki	15
d) utrata całkowita nerki	30
e) utrata obu nerek	100

42. Uszkodzenie moczowodu:	
a) leczone endoskopowo	5
b) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15

43. Uszkodzenie pęcherza moczowego:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone operacyjnie	10
c) utrata całkowita pęcherza	50

44. Uszkodzenia cewki moczowej:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone endoskopowo	5
c) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15

45. Uszkodzenia prącia:	
a) rany, uszkodzenia leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	3
b) częściowa utrata prącia	10
c) całkowita utrata prącia	40

46. Uszkodzenie lub utrata jądra, jajnika:	
a) leczone zachowawczo (wodniak, krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata częściowa	10
d) utrata całkowita	20
e) utrata całkowita obu jąder lub jajników	40

47. Utrata macicy	30
--------------------------	----

48. Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy:	
a) izolowane rany w zakresie skóry	3
b) uszkodzenia skóry oraz mięśni lub powięzi, zaopatrzone chirurgicznie	7
c) uszkodzenia leczone operacyjnie i/lub rekonstrukcyjnie	15

I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

49. Uszkodzenie kręgosłupa szyjnego:	
a) skręcenie	2
b) zwichnięcie	4
c) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5

d) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1

Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%.

50. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th10):	
a) skręcenie	1
b) zwichnięcie	2
c) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	4
d) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1

Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym nie może przekroczyć 30%.

51. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11–L5):	
a) skręcenie	2
b) zwichnięcie	4
c) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
d) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1

Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym nie może przekroczyć 40%.

J. USZKODZENIA MIEDNICY

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

52. Rozejście się spojenia łonowego	5
--	---

53. Zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego	10
--	----

54. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe:	
a) w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa lub kulszowa)	2
b) w odcinku przednim – kość łonowa i kulszowa lub obustronnie	5
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a) bez przemieszczenia	10
d) w odcinku przednim i tylnym z przemieszczeniem	20

55. Złamanie panewki stawu biodrowego:	
a) tylnej kolumny, tylnej krawędzi	15
b) przedniej kolumny, przedniej krawędzi	7
c) zwichnięcie centralne I°	7
d) zwichnięcie centralne II°	15
e) zwichnięcie centralne III°	30
f) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20

56. Izolowane złamanie kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej:

a) jednomiejscowe nieprzemieszczone złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej	2
b) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej z przemieszczeniem	4
c) wielomiejscowe złamanie kości miednicy i/lub kości krzyżowej bez przemieszczenia	5
d) wielomiejscowe złamanie kości miednicy i/lub kości krzyżowej z przemieszczeniem	10
e) izolowane złamanie talerza kości biodrowej, kołców biodrowych, guza kulszowego	3
f) złamanie kości ogonowej bez przemieszczenia	2
g) złamanie kości ogonowej z przemieszczeniem	5

K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GORNEJ	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia		
ŁOPATKA			
57. Złamania łopatki:			
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6	b) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	4
b) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	4	c) inne złamania	1
c) inne złamania	1		
OBOJCZYK			
58. Złamania obojczyka:			
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5		
b) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	2		
c) inne złamania	1		
59. Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego:			
a) zwichnięcie I°	1		
b) zwichnięcie II°	3		
c) zwichnięcie III°	5		
BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY			
60. Uszkodzenia stawu ramiennie-łopatkowego (zwichnięcia, złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej; skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku:			
a) skręcenie	1		
b) zwichnięcie wymagające repozycji przez lekarza	3		
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10		
d) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	5		
e) inne złamania	2		
f) złamania leczone protezoplastyką	15		
61. Utrata kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym	65		
62. Utrata kończyny wraz z łopatką	70		
RAMIĘ			
63. Złamanie trzonu kości ramiennej:			
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	12		
b) złamania otwarte	10		
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	7		
d) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	4		
e) inne złamania	2		
64. Izolowane uszkodzenia skóry, mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów:			
a) rany powyżej 7 cm długości	1		
b) uszkodzenie mięśnia dwugłowego zaopatrzone chirurgicznie	4		
c) uszkodzenie innych mięśni ramienia zaopatrzone chirurgicznie	3		
65. Utrata kończyny w obrębie ramienia	60		
STAW ŁOKCIOWY			
66. Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej):			
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8		
b) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	5		
c) inne złamania	2		
67. Inne uszkodzenia łokcia:			
a) skręcenie	1		
b) zwichnięcie	3		
PRZEDRAMIĘ			
68. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia:			
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	7	b) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	4
		c) inne złamania	2
		d) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	9
		e) inne złamania	2
		69. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia:	
		a) złamania wieloodłamowe, otwarte, lub złamania Monteggia, Galeazziego	9
		b) złamania otwarte	7
		c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
		d) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	4
		e) inne złamania	2
		70. Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien:	
		a) rany skórne powyżej 7 cm długości	1
		b) uszkodzenia mięśni zaopatrzone chirurgicznie	2
		c) uszkodzenia ścięgien zaopatrzone chirurgicznie (każde)	2
		71. Utrata kończyny w obrębie przedramienia	55
		72. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka	50
NADGARSTEK			
73. Uszkodzenia nadgarstka:			
a) złamania mnogie kości nadgarstka z przemieszczeniem	7		
b) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	4		
c) inne złamania	2		
d) zwichnięcia	5		
e) skręcenia	1		
74. Utrata ręki na poziomie nadgarstka	50		
ŚRÓDRĘCZE			
75. Złamania kości śródreżca:			
a) I kość śródreżca:			
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6		
– złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	4		
– inne złamania	2		
b) II kość śródreżca:			
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	4		
– złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	2		
– inne złamania	1		
c) III, IV, V kość śródreżca:			
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	2		
– złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	1		
– inne złamania	1		
KCIUK			
76. Utrata w zakresie kciuka:			
a) utrata częściowa lub całkowita opuszki	1		
b) utrata paliczka paznokciowego	6		
c) utrata obu paliczków bez kości śródreżca	10		
d) utrata obu paliczków z kością śródreżca	15		
77. Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich):			
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6		
b) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	4		
c) inne złamania	2		
d) rany kciuka powyżej 3 cm	1		
e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2		
f) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	2		
g) zwichnięcia w stawie śródreżczo-paliczkowym	2		

PALEC WSKAZUJĄCY

78. Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:

a) utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b) utrata paliczka paznokciowego	2
c) utrata paliczka środkowego	8
d) utrata trzech paliczków	10
e) utrata wskaziciela z kością śródreżca	11

79. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich):

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
d) rany powyżej 3 cm	1
e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	1

PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY

80. Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:

a) palec III – utrata paliczka paznokciowego	2
b) palec III – utrata dwóch paliczków	5
c) palec III – utrata trzech paliczków	8
d) utrata palca III z kością śródreżca	9
e) palec IV – utrata paliczka paznokciowego	1
f) palec IV – utrata dwóch paliczków	2
g) palec IV – utrata trzech paliczków	3
h) utrata palca IV z kością śródreżca	4
i) palec V – utrata paliczka paznokciowego	1
j) palec V – utrata dwóch paliczków	2
k) palec V – utrata trzech paliczków	3
l) utrata palca V z kością śródreżca	4

81. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich:

a) palec III:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
– złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
– inne złamania	1
– rany powyżej 4 cm	1
– uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
– zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	1
b) palec IV:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
– złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
– inne złamania	1
– rany powyżej 5 cm, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	1
c) palec V:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
– inne złamania	1
– rany powyżej 5 cm, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	1

Uwaga: Wartość świadczenia związana z uszkodzeniem skóry, mięśni, nerwów, kości nie może przekroczyć wartości za całkowitą utratę kończyny lub części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą.

Wartość świadczenia ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości świadczenia przewidzianego za całkowitą utratę tego palca. Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców sumą procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę ręki.

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

STAW BIODROWY

82. Utrata kończyny dolnej:

a) przez wyłuszczenie jej w stawie biodrowym	70
b) amputacja na poziomie uda	60

83. Uszkodzenia stawu biodrowego – bliższej nasady kości udowej – złamania bliższej nasady kości udowej, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej:

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	15
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	10
c) inne złamania	8
d) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20

UDO

84. Złamanie kości udowej:

a) złamania wieloodłamowe, otwarte	15
b) złamania otwarte	12
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e) inne złamania	3

85. Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich – skóry, mięśni, ścięgien, naczyń:

a) rany skórne uda lub pośladka powyżej 7 cm długości	1
b) uszkodzenia mięśni zaopatrzone chirurgicznie	3
c) uszkodzenia naczyń leczone operacyjnie	8

KOLANO

86. Złamania kości tworzących staw kolanowy – dalszej nasady kości udowej, bliższej nasady kości piszczelowej:

a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	20
b) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
c) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d) inne złamania	3

87. Złamania rzepki:

a) złamania skutkujące usunięciem rzepki	10
b) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
c) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d) inne złamania	3

88. Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego (sumarycznie maksymalnie do 25%):

a) uszkodzenie łątki przysrodkowej	3
b) uszkodzenie łątki bocznej	3
c) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego przedniego – ACL	5
d) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego tylnego – PCL	4
e) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego bocznego – LCL	4
f) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego przysrodkowego – MCL	4
g) zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	4

89. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50
PODUDZIE	
90. Złamanie kości podudzia:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	15
b) złamania otwarte	12
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e) inne złamania	3
91. Izolowane złamanie kości strzałkowej:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
92. Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien:	
a) rany skórne powyżej 7 cm długości	1
b) naderwanie mięśnia trójgłowego łydki	2
c) całkowite uszkodzenie mięśnia trójgłowego łydki	10
d) uszkodzenie ścięgna Achillesa niewymagające leczenia operacyjnego	2
e) uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	5
f) uszkodzenie mięśnia piszczelowego przedniego i prostowników palców	3
g) uszkodzenie innych mięśni i ścięgien	2
93. Utrata kończyny w obrębie podudzia:	
a) przy długości kikuta do 8 cm, mierząc od szpary stawowej	50
b) przy dłuższych kikutach	45
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA	
94. Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego:	
a) skręcenia leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator)	2
b) złamanie kostki bocznej z przemieszczeniem	3
c) złamanie kostki bocznej bez przemieszczenia	2
d) złamanie kostki przyśrodkowej z przemieszczeniem	5
e) złamanie kostki przyśrodkowej bez przemieszczenia	3
f) złamanie dwukostkowe z przemieszczeniem	8
g) złamanie dwukostkowe bez przemieszczenia	5
h) złamanie trójkostkowe z przemieszczeniem	10
i) złamanie trójkostkowe bez przemieszczenia	6
95. Złamania kości skokowej:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
b) złamania wieloodłamowe	5
c) inne złamania	3
96. Złamania kości piętowej:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
b) złamania wieloodłamowe	8
c) inne złamania	4
97. Utrata kości skokowej i/lub piętowej:	
a) częściowa utrata	25
b) całkowita utrata	40
98. Uszkodzenie kości stępu – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 10%):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania wieloodłamowe	4
c) inne złamania	2

99. Złamania kości śródstopia – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 15%):	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	6
b) złamania otwarte	5
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
d) inne złamania	2
100. Inne uszkodzenia okolicy stępu, śródstopia i stopy:	
a) rany powyżej 5 cm grzbietu stopy	1
b) rany podeszwy stopy	2
101. Utrata stopy w całości	
	45
102. Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	
	40
103. Utrata stopy w środkowej części stępu	
	35
104. Utrata stopy w okolicy stępu-środo-stopnej	
	25
PALCE STOPY	
105. Uszkodzenie palucha:	
a) rana palucha powyżej 3 cm długości	1
b) częściowa lub całkowita utrata opuszki palucha	1
c) utrata paliczka paznokciowego palucha	4
d) utrata całego palucha	8
e) utrata z kością śródstopia	9
106. Złamania palucha:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	4
b) złamania otwarte	3
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
d) inne złamania	1
107. Złamania w zakresie palców II, III, IV, V (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 5%):	
a) złamania wieloodłamowe (każdy)	2
b) inne złamania (każdy)	1
108. Utrata palców stopy II–V (każdy)	
	2
109. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)	
	3
110. Utrata palca V z kością śródstopia	
	4
111. Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, skręcenia (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%)	
Uwaga: Wartość świadczenia związana z uszkodzeniem skóry, mięśni, nerwów, kości nie może przekroczyć wartości za całkowitą utratę kończyny lub części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą. Wartość świadczenia ustalona za uszkodzenie jednego palca stopy nie może przekroczyć wartości świadczenia przewidzianego za całkowitą utratę tego palca. Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę nogi.	
M. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
112. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:	
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym:	
– częściowe	5
– całkowite	15
b) nerwu piersiowego długiego:	
– częściowe	5
– całkowite	10
c) nerwu pachowego:	
– częściowe	5

– całkowite	20
d) nerwu mięśniowo-skórnego:	
– częściowe	3
– całkowite	15
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia:	
– częściowe	5
– całkowite	30
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia:	
– częściowe	3
– całkowite	20
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
– częściowe	3
– całkowite	15
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
– częściowe	2
– całkowite	10
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia:	
– częściowe	5
– całkowite	25
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka:	
– częściowe	3
– całkowite	15
k) nerwu łokciowego:	
– częściowe	5
– całkowite	20
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej):	
– częściowe	5
– całkowite	20
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej):	
– częściowe	7

– całkowite	40
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego:	
– częściowe	2
– całkowite	15
o) nerwu zastonowego:	
– częściowe	5
– całkowite	15
p) nerwu udowego:	
– częściowe	5
– całkowite	30
q) nerwów pośladowych (górnego i dolnego):	
– częściowe	3
– całkowite	20
r) nerwu sromowego wspólnego:	
– częściowe	3
– całkowite	20
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy:	
– częściowe	10
– całkowite	50
t) nerwu piszczelowego:	
– częściowe	5
– całkowite	30
u) nerwu strzałkowego:	
– częściowe	5
– całkowite	20
v) splotu lędźwiowo-krzyżowego:	
– częściowe	10
– całkowite	60
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego:	
– częściowe	2
– całkowite	10

Wykaz poważnych zachorowań

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka lub partnera

Poważne zachorowanie oznacza jedną z niżej wymienionych chorób lub jeden z niżej wymienionych zabiegów:

KATALOG A

- 1) **angioplastyka wieńcowa** – pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych z zastosowaniem angioplastyki balonowej, przeszłkowej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod; przeprowadzenie takiej angioplastyki musi być uzasadnione medycznie na podstawie zalecenia specjalisty kardiologa oraz musi istnieć angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej;
- 2) **bakteryjne zapalenie opon mózgowych** – infekcja bakteryjna opon mózgowych, powodująca zaburzenia funkcji mózgu i prowadząca do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się dłużej niż 3 miesiące od czasu jej rozpoznania; rozpoznanie musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez lekarza neurologa oraz wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego;
- 3) **choroba Alzheimera** – upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnych spowodowane nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzone testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiadającymi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji, polegające na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej chorobą AIDS, nadużywaniem alkoholu lub substancji odurzających;
- 4) **choroba Creutzfeldta-Jakoba (CJD)** – choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, klinicznie rozpoznana za życia Ubezpieczonego, współmałżonka przez specjalistę neurologa i skutkująca niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się w domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); warunkiem uznania roszczenia przez Towarzystwo jest stwierdzenie przez specjalistę neurologa pełnoobjawowej choroby Creutzfeldta-Jakoba przy jednoczesnej niepełnosprawności w wyżej wymienionych czynnościach życia codziennego;
- 5) **choroba neuronu ruchowego** – jednoznaczne rozpoznanie choroby neuronu ruchowego postawione przez lekarza neurologa i potwierdzone badaniami neurologicznymi;
- 6) **choroba Parkinsona** – samoistna postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem: drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej i niestabilności postawy, i skutkująca niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się w domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie; rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa);
- 7) **dystrofia mięśniowa** – jednoznaczne rozpoznanie dystrofii mięśniowej przez lekarza neurologa, skutkującej trwałym deficytem neurologicznym i niezdolnością do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch z następujących czynności życia codziennego bez pomocy:
 - a) kąpiel/prysznic,
 - b) ubieranie/rozbieranie,
 - c) jedzenie/picie,
 - d) korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,
 - e) kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła, wózka inwalidzkiego lub samodzielne poruszanie się z punktu A do punktu B lub za pomocą wózka inwalidzkiego, lub za pomocą kul;
- 8) **łagodny guz mózgu** – wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwałe ubytki neurologiczne; wykluczeniu podlegają: krwaki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych;
- 9) **nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)** – wzrost ciśnienia w tętnicy płucnej o nieznannej etiologii, prowadzący do przerostu i niewydolności prawej komory serca; konsekwencją choroby jest wystąpienie przewlekłej, nierokującej poprawy, niewydolności serca sklasyfikowanej jako IV stopień według NYHA (New York Heart Classification); klasa IV wg NYHA oznacza, że najmniejszy wysiłek powoduje pojawienie się zmęczenia, duszności, kołatania serca lub bólu dławicowego, a dolegliwości te występują także w spoczynku;

zakres ubezpieczenia nie obejmuje tych wszystkich przypadków, w których nadciśnienie płucne ma charakter wtórny (w tym w szczególności jest związane z chorobami płuc, przewlekłą niewydolnością oddechową, zatorowością płucną, niewydolnością lewej komory serca i wadami zastawek serca); ponadto muszą być spełnione jednocześnie wszystkie poniższe kryteria:

- a) średnie ciśnienie w tętnicy płucnej równe lub wyższe od 30 mmHg,
 - b) naczyniowy opór płucny > 3 (mmHg/L)/min,
 - c) ciśnienie zaklinowania we włośniczkach płucnych < 15 mmHg;
- rozpoznanie choroby musi być postawione w sposób jednoznaczny przez kardiologa lub pulmonologa, w oparciu o obowiązujące standardy medyczne i wyniki badań dodatkowych, w tym cewnikowanie serca;
- 10) **niedokrwiłość aplastyczna** – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku kostnego, przebiegająca ze zmniejszeniem liczby komórek szpiku kostnego poniżej 25% oraz występowaniem co najmniej dwóch spośród trzech podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:
 - a) całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm³,
 - b) liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm³,
 - c) liczba retikulocytów poniżej 20 000/mm³;*Ubezpieczony, współmałżonek lub partner musi być leczony przez okres 3 kolejnych miesięcy częstymi przetoczeniami preparatów krwio pochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne lub u Ubezpieczonego, współmałżonka musi zostać wykonany przeszczep szpiku kostnego lub przeszczep komórek macierzystych krwi pępowinowej; rozpoznanie musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez lekarza hematologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przejściowych lub odwracalnych postaci niedokrwiłości aplastycznej;*
 - 11) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, stanowiące bezwzględne wskazanie do rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii; fakt rozpoczęcia dializoterapii oraz konieczność jej stosowania muszą być potwierdzone przez lekarza nefrologa; ostra niewydolność nerek wymagająca okresowej dializoterapii nie jest objęta zakresem ubezpieczenia;
 - 12) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa; zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów; z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - a) rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy, rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne,
 - b) wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji),
 - c) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
 - d) nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawnomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry,
 - e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - 13) **oparzenia** – termiczne i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
 - a) nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
 - b) nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
 - c) nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia;przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;
 - 14) **operacja aorty brzusznej** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty brzusznej, polegający na otwartym wszczepieniu protezy naczyniowej; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych, polegających na

- wprowadzeniu stentu do aorty, oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- 15) **operacja aorty piersiowej** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty piersiowej, polegający na otwartym wszczepieniu protezy naczyniowej; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
 - 16) **pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego; operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa; zakres ubezpieczenia 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;
 - 17) **przeszczep narządów** – przeszczepienie *Ubezpieczonemu, współmałżonkowi* lub *partnerowi* jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie *Ubezpieczonego współmałżonka* na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
 - a) serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
 - b) szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi, po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy; przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu; ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
 - 18) **schyłkowa niewydolność wątroby** – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby przebiegająca z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:
 - a) stałej żółtaczki,
 - b) wodobrzusza,
 - c) encefalopatii wątrobowej;
 rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę; zakres ubezpieczenia nie obejmuje niewydolności wątroby będącej skutkiem nadużywania leków, narkotyków lub alkoholu;
 - 19) **stwardnienie rozsiane** – choroba, u której podłoża leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; rozpoznanie choroby, postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza neurologa, musi być potwierdzone:
 - a) istnieniem trwałych deficytów neurologicznych z ewidentnymi zaburzeniami ruchowymi lub czuciowymi, utrzymującymi się stale przez okres 6 miesięcy,
 - b) wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego i nieprawidłowym wynikiem badania wzrokowych i słuchowych potencjałów wywołanych oraz badaniem rezonansu magnetycznego (MRI), potwierdzającym istnienie rozszanych ognisk demielinizacji w ośrodkowym układzie nerwowym;
 - 20) **śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby naturalne, utrzymujący się przez okres co najmniej 96 godzin, wymagający intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia; skutkiem tego stanu musi być dodatkowo zaistnienie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni od momentu wystąpienia utraty przytomności i nierokującego możliwości poprawy; zakres ubezpieczenia nie obejmuje śpiączki farmakologicznej lub pozostającej w związku z nadużyciem alkoholu lub narkotyków, lub będącej skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej;
 - 21) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe 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 3 miesiące od chwili rozpoznania udaru mózgu; rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR); zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
 - a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - b) uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem,
 - c) patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika,
 - d) przebytego bezobjawowo udaru mózgu, rozpoznanego na podstawie badań obrazowych;
 - 22) **utrata kończyn** – amputacja lub całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn z powodu choroby; w przypadku amputacji zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
 - a) w zakresie kończyn dolnych – amputację na poziomie stawów skokowych lub proksymalnie od nich,
 - b) w zakresie kończyn górnych – amputację na wysokości nadgarstków lub proksymalnie od nich;
 - 23) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia w następstwie choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby fałdów głosowych; zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi oraz utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
 - 24) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu spowodowana zachorowaniem; rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
 - 25) **utrata wzroku** – całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie;
 - 26) **zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych** – zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS) potwierdzone przez pozytywny wynik dwu testów: testu na przeciwciała anti-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR; zakres ubezpieczenia obejmuje jedynie przypadki zarażenia wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są zarażenia w drodze kontaktów seksualnych, dożylnego przyjmowania narkotyków lub świadomego zakażenia się; do stwierdzenia *poważnego zachorowania* niezbędne jest potwierdzenie, że do zarażenia doszło:
 - a) podczas codziennych obowiązków zawodowych pracowników medycznych czy osób prowadzących praktykę dentystyczną w zarejestrowanych zakładach opieki zdrowotnej,
 - b) w drodze kontaktu *Ubezpieczonego, współmałżonka* z zainfekowaną krwią, kontaktu z zakrwawioną, skażoną igłą, podczas zranienia ostrymi przyrządami lub poprzez kontakt błony śluzowej *Ubezpieczonego* z zainfekowaną krwią;
 ponadto muszą być spełnione wszystkie poniższe kryteria:
 - a) zdarzenie prowadzące do zakażenia wirusem HIV miało miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) *Ubezpieczony* zgłosił zaistnienie zdarzenia, które doprowadziło do zakażenia wirusem HIV, swojemu pracodawcy lub innemu właściwemu organowi, w ciągu 24 godzin od jego zajścia,
 - c) testy krwi dokumentujące brak HIV czy przeciwciała HIV zostały przeprowadzone w przeciągu 5 dni od momentu wypadku,
 - d) serokonwersja potwierdzająca zarażenie HIV lub AIDS została stwierdzona wynikiem testu HIV, przeprowadzonego w ciągu 180 dni od dnia wypadku,
 - e) po przebytej ekspozycji *Ubezpieczony, współmałżonek* lub *partner* zgodził się poddać terapii antywirusowej zgodnej z obowiązującymi standardami medycznymi,
 - f) w przypadku gdy przed datą zdarzenia będą dostępne szczepienia przeciw wirusowi HIV, a ich użycie będzie rekomendowane w zawodzie *Ubezpieczonego*, były one u niego wykonane;
 świadczenie nie zostanie wypłacone w przypadku gdy leczenie zakażenia wirusem HIV stanie się dostępne; leczenie oznacza każde leczenie, które spowoduje, że wirus HIV stanie się nieaktywny lub niezakaźny lub przywróci funkcję układu odpornościowego; *Ubezpieczony, współmałżonek* lub *partner* jest zobowiązany do umożliwienia Towarzystwu dostępu do wszelkich wyników badań oraz do poddania się badaniu krwi na wniosek Towarzystwa;
 - 27) **zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi** – zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) potwierdzone pozytywnym wynikiem dwóch testów: testu na przeciwciała anti-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR; do wystąpienia zakażenia wirusem HIV musi dojść w następstwie przetoczenia krwi, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich warunków podanych poniżej:
 - a) przetoczenie krwi było niezbędne z punktu widzenia medycznego,
 - b) przetoczenie krwi miało miejsce po najpóźniejszej z poniższych dat: zawarcia, rozszerzenia zakresu lub wznowienia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu OWUD,
 - c) przetoczona krew pochodziła z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie miało miejsce w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia,
 - d) *Ubezpieczony, współmałżonek* lub *partner* nie choruje na ciężką postać talasemii (thalassaemia maior) lub hemofilie; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są wszystkie inne niż przetoczenie krwi drogi zakażenia wirusem HIV, w tym w szczególności jeśli do zakażenia doszło w następstwie kontaktów seksualnych lub

dożylnego przyjmowania narkotyków; *Ubezpieczony, współmałżonek* lub *partner* jest zobowiązany do umożliwienia Towarzysztwu dostępu do wszelkich wyników badań oraz do poddania się na jego wniosek dodatkowym badaniom krwi;

- 28) **zapalenie mózgu** – oznacza ciężkie zapalenie tkanki mózgowej, które powoduje poważne następstwa neurologiczne i całkowitą i trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej jednej lub więcej czynności dnia codziennego:
- a) kąpiel/prysznic,
 - b) ubieranie/rozbieranie,
 - c) jedzenie/picie,
 - d) korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,
 - e) kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła, wózka inwalidzkiego lub samodzielne poruszanie się z punktu A do punktu B lub za pomocą wózka inwalidzkiego lub przy pomocy kul;
- wykluczone jest zapalenie mózgu w wyniku infekcji HIV;
- 29) **zawał serca** – rozpoznane dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznane 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 górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;
- ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;

KATALOG B

Poważne zachorowania wymienione w katalogu A oraz poniższe choroby lub zabiegi:

- 30) **choroba Leśniowskiego-Crohna** – ostateczne rozpoznane choroby Leśniowskiego-Crohna z tworzeniem przetok oraz zwężeń jelitowych potwierdzone przez lekarza gastroenterologa; konieczne jest również potwierdzenie postępującego procesu zapalnego pomimo leczenia oraz przebycie co najmniej dwóch zabiegów chirurgicznych w przebiegu kolejnych zaostrzeń;
- 31) **kardiomiopatia** – oznacza upośledzenie funkcji lewej komory o różnej etiologii, skutkujące znaczną i nieodwracalną niewydolnością serca w stopniu co najmniej 4 według skali Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); rozpoznane powinno być postawione przez kardiologa; wykluczenie: kardiomiopatia w wyniku nadużywania alkoholu lub narkotyków;
- 32) **niedowład (paraliż)** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana urazem lub chorobą; niedowład musi mieć charakter nierokujący poprawy i występować przez okres co najmniej 3 miesiące; rozpoznane i zakres zmian muszą być potwierdzone przez lekarza neurologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi lub będących skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej;
- 33) **piorunujące zapalenie wątroby** – masywna martwica komórek wątroby spowodowana infekcją wirusową, prowadząca bezpośrednio do niewydolności wątroby; rozpoznane musi być postawione w oparciu o spełnienie wszystkich poniższych kryteriów:
- a) szybkie zmniejszenie rozmiarów wątroby,
 - b) zmiany martwicze obejmujące całe płaciki, z pozostawieniem jedynie zapadniętej siatki podścieliska,
 - c) gwałtowne pogorszenie wyników prób wątrobowych,
 - d) szybko narastająca żółtaczka,
 - e) wystąpienie encefalopatii wątrobowej;
- rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę hepatologa; zakresem ubezpieczenia nie są objęte inne postacie zapalenia wątroby, w tym w szczególności ostre wirusowe zapalenie wątroby czy nosicielstwo wirusa;
- 34) **poważny uraz głowy** – martwica tkanki mózgowej z powodu urazu, skutkująca trwałym deficytem neurologicznym i niezdolnością do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch z następujących czynności życia codziennego bez pomocy osób trzecich:
- a) kąpiel/prysznic,
 - b) ubieranie/rozbieranie,
 - c) jedzenie/picie,
 - d) korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,

e) kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła, wózka inwalidzkiego lub samodzielne poruszanie się z punktu A do punktu B, lub wózkiem inwalidzkim lub za pomocą kul;

- 35) **schyłkowa niewydolność oddechowa** – schyłkowe stadium choroby płuc powodujące przewlekłą niewydolność oddychania; choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:
- a) natężona pierwszosekundowa objętość wydechu (FEV1) poniżej 1 litra w 3 badaniach wykonanych w odstępie 3 miesięcy,
 - b) pacjent wymaga przewlekłej tlenoterapii z powodu hipoksemii,
 - c) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętnicznej poniżej 55 mmHg ($pO_2 < 55$ mmHg),
 - d) duszność spoczynkowa;
- rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę pulmonologa;
- 36) **toczeń rumieniowaty układowy** – ostateczne rozpoznane choroby potwierdzone przez reumatologa, skutkujące wystąpieniem wszystkich poniższych powikłań:
- a) trwały deficyt neurologiczny potwierdzony występowaniem paraliżu, zaburzeń mowy lub trudności z połykaniem,
 - b) trwałe zaburzenie czynności funkcjonowania nerek potwierdzone przez wskaźnik filtracji kłębuszkowej poniżej 30 ml/min/1,73 m² i
 - c) badanie moczu stwierdzające białkomocz lub krwimocz;
- do celów tej definicji zostają wyłączone: drgawki, bóle głowy, zmęczenie lub inne objawy; nie będą one traktowane jako stały deficyt neurologiczny;
- 37) **twardzina** – rozpoznane musi być jednoznacznie ustalone przez biopsję i potwierdzenie serologiczne, a stan zaawansowania musi osiągnąć poziom układowy z zajęciem serca, płuc lub nerek; wyłączone są:
- a) miejscowa twardzina (twardzina liniowa lub plackowata),
 - b) eozynofilowe zapalenie powięzi i zespół CREST;
- 38) **wymiana lub plastyka zastawki serca** – przeprowadzona na otwartym sercu z otwarciem klatki piersiowej wymiana lub naprawa chorobowo zmienionej co najmniej jednej zastawki serca; konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez lekarza kardiologa i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych; operacje wykonane przy użyciu technik śródnaczyniowych są wyłączone z zakresu ubezpieczenia;

KATALOG C

Poważne zachorowania wymienione w katalogach A i B oraz poniższe choroby lub zabiegi:

- 39) **bakteryjne zapalenie wsierdza** – choroba rozwijająca się wskutek pozaszpitalnego zakażenia o podłożu bakteryjnym u osób z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, prowadząca do infekcyjnego zapalenia wsierdza (IZW); rozpoznane musi być postawione przez lekarza specjalistę chorób wewnętrznych lub lekarza specjalistę kardiologa, w oparciu o objawy kliniczne, wyniki badań bakteriologicznych i obrazowych; przypadki choroby zdiagnozowane u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 40) **borelioza** – choroba zakaźna przenoszona przez kleszcze, spowodowana infekcją bakteryjną krętkami *Borrelia burgdorferi*; rozpoznane choroby (według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – A69.2) musi być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych w trakcie hospitalizacji, potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego i podane w karcie informacyjnej;
- 41) **choroba Huntingtona** – jednoznaczne rozpoznane przez specjalistę neurologa choroby Huntingtona (pląsawicy Huntingtona), postępującej choroby genetycznej ośrodkowego układu nerwowego, objawiającej się niekontrolowanymi ruchami i postępującym ośpieniem;
- 42) **gruźlica** – zakażenie prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*), będące w stadium aktywnej choroby z zajęciem płuc i co najmniej jednej spośród wymienionych struktur pozapłucnych: opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu, rozpoznane przez lekarza specjalistę na podstawie objawów charakterystycznych dla aktywnej choroby, badań obrazowych i bakteriologicznych oraz wymagające hospitalizacji w celu przeprowadzenia diagnostyki i rozpoczęcia leczenia przeciwprątkowego; pozytywny wynik skórnej próby tuberkulinowej nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwprątkowe; nie stanowi też poważnego zachorowania bezobjawowa, nieaktywna gruźlica płuc, ujawniona jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej;
- 43) **masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** – nagłe zamknięcie światła tętnicy płucnej, rozpoznane przez lekarza specjalistę w oparciu o objawy kliniczne, w tym niedociśnienie, wyniki badań obrazowych i biochemicznych, wymagające wykonania zabiegu

- embolektomii przy otwartej klatce piersiowej, czyli nacięcia tętnicy i usunięcia materiału zatorowego z pnia tętnicy płucnej w trakcie zabiegu operacyjnego wykonywanego w trybie pilnym; zatory płucne leczone przy użyciu metod mikrochirurgicznych, technik śródnaczyniowych bądź środków farmakologicznych nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 44) **odkleszczowe zapalenie mózgu** – jednoznaczne rozpoznanie przez specjalistę neurologa, w trakcie hospitalizacji, wirusowej choroby ośrodkowego układu nerwowego przenoszonej przez kleszcze, potwierdzonej badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego; rozpoznanie – A 84 – według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 musi być podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego;
- 45) **operacja bąblowca mózgu** – operacja chirurgiczna polegająca na usunięciu torbieli bąblowcowej mózgu, spowodowanej tasiemcem z rodzaju *Echinococcus*; rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone badaniem mikroskopowym;
- 46) **operacja ropnia mózgu** – operacja chirurgiczna, polegająca na usunięciu zmiany w mózgu rozpoznanej w oparciu o badania obrazowe i badanie histopatologiczne jako ropień;
- 47) **sepsa (posocznica)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną, powodujący niedociśnienie o wartościach skurczowych poniżej 90 mmHg i prowadzący do niewydolności narządowej co najmniej dwóch spośród następujących narządów i układów: ośrodkowego układu nerwowego, układu krążenia, układu oddechowego, układu krwiotwórczego, nerek, wątroby; przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy stanowią poważne zachorowanie w rozumieniu niniejszej definicji; rozpoznanie musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej, dożylnym podawaniem antybiotyków i preparatów podwyższających ciśnienie tętnicze; obecność drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 48) **tężec** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (*Clostridium tetani*), wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych w postaci dożylnego antybiotykoterapii oraz surowicy przeciw-tężcowej, stwierdzona przez lekarza specjalistę na podstawie wystąpienia jednego z następujących objawów:
- a) bolesnych skurczów mięśniowych mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękościsk lub uśmiech sardoniczny),
 - b) bolesnych skurczów mięśni tułowia,
 - c) uogólnionych skurczów
- oraz objawów klinicznych takich jak: nadpobudliwość, drażliwość, niepokój, gorączka, potliwość, tachykardia, arytmia, labilne ciśnienie tętnicze;
- rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi;
- 49) **wścieklizna** – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem wścieklizny (*Rabies virus*), przebiegająca klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, rozpoznana przez lekarza specjalistę w oparciu o objawy kliniczne i wykrycie wirusa wścieklizny w próbkach materiału pobranego ze śliny lub skóry bądź wykrycie przeciwciał przeciwko wirusowi wścieklizny w osoczu krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym, wymagająca zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych;
- 50) **zakażona martwica trzustki** – zabieg operacyjny wykonany pierwszorazowo z powodu jednoznacznie rozpoznanej w badaniu histopatologicznym zakażonej martwicy trzustki w przebiegu jej ostrego zapalenia, polegający na usunięciu martwiczych fragmentów narządu i tkanek okołotrzustkowych;
- 51) **zgorzel gazowa** – jednoznaczne rozpoznanie w warunkach szpitalnych, w oparciu o badania bakteriologiczne, ciężkiej przyrannej infekcji spowodowanej bakteriami z rodzaju *Clostridium*, ze znacznym miejscowym uszkodzeniem tkanek, wytwarzaniem gazu w tkankach i uogólnioną toksemią.

Tabela operacji medycznych

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej współmałżonka lub partnera

Rodzaj operacji		3. OKO		Klasa operacji
1. UKŁAD NERWOWY				
	Klasa operacji			
0101	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	0301	Wycięcie gałki ocznej	2
0102	Wycięcie zmiany tkanki mózgowej	0302	Usunięcie zmiany oczodołu	2
0103	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	0303	Protezowanie gałki ocznej	3
0104	Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej	0304	Rewizja protezy gałki ocznej	3
0105	Wszczepienie stymulatora mózgu	0305	Operacyjna plastyka oczodołu	2
0106	Wentrykulostomia	0306	Nacięcie oczodołu	3
0107	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	0307	Rozcięcie kąta szpary powiekowej	3
0108	Przeszczep nerwu czaszkowego	0308	Usunięcie zmiany powieki	3
0109	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	0309	Wycięcie nadmiaru powieki	3
0110	Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	0310	Rekonstrukcja powieki	3
0111	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	0311	Korekcja deformacji powieki	3
0112	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	0312	Korekcja opadania powieki	2
0113	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	0313	Nacięcie powieki	3
0114	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	0314	Ochronne zeszywanie szpary powiekowej	3
0115	Usunięcie zmiany opony mózgu	0315	Operacja gruczołu łzowego	3
0116	Rekonstrukcja opony twardej	0316	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	2
0117	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	0317	Operacja kanału łzowego	3
0118	Drenaż przestrzeni podoponowej	0318	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	2
0119	Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	0319	Repozycja mięśnia okoruchowego	2
0120	Operacja korzenia nerwu rdzeniowego	0320	Usunięcie mięśnia okoruchowego	2
0121	Wycięcie nerwu obwodowego	0321	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	2
0122	Zniszczenie nerwu obwodowego	0322	Usunięcie zmiany spojówki	3
0123	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	0323	Operacja naprawcza spojówki	3
0124	Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną	0324	Nacięcie spojówki	3
0125	Sympatektomia szyjna	0325	Wycięcie zmiany rogówki	3
0126	Sympatektomia piersiowa lub lędźwiowa	0326	Plastyka rogówki	2
2. UKŁAD ENDOKRYNOLOGICZNY ORAZ GRUCZOŁ SUTKOWY		0327	Operacja naprawcza rogówki	3
	Klasa operacji	0328	Nacięcie rogówki	3
0201	Wycięcie przysadki mózgowej	0329	Usunięcie zmiany twardówki	3
0202	Zniszczenie przysadki mózgowej	0330	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem	2
0203	Operacja szyszynki	0331	Fotokoagulacja w odwarstwieniu siatkówki	2
0204	Wycięcie tarczycy	0332	Nacięcie twardówki	3
0205	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	0333	Wycięcie tęczówki	3
0206	Wycięcie tarczycy językowej	0334	Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	2
0207	Wycięcie przytarczyc	0335	Nacięcie tęczówki	3
0208	Wycięcie grasicy	0336	Usunięcie ciała rzęskowego	2
0209	Wycięcie nadnercza	0337	Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	2
0210	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	0338	Wewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	2
0211	Częściowe wycięcie sutka	0339	Nacięcie torebki soczewki oka	3
0212	Całkowite wycięcie sutka	0340	Wprowadzenie sztucznej soczewki	2
0213	Całkowita rekonstrukcja sutka	0341	Operacja ciała szklстого	2
0214	Nacięcie sutka	0342	Zniszczenie zmiany siatkówki	3
0215	Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	4. UCHO		Klasa operacji
		0401	Wycięcie ucha zewnętrznego	2
		0402	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	3
		0403	Plastyka ucha zewnętrznego	2

0404	Drenaż ucha zewnętrznego	3	0606	Nacięcie języka	3
0405	Otwarcie wyrostka sutkowatego	2	0607	Usunięcie zmiany podniebienia	3
0406	Operacja naprawcza błony bębenkowej	2	0608	Korekcja deformacji podniebienia	2
0407	Drenaż ucha środkowego	3	0609	Wycięcie migdałków	3
0408	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	2	0610	Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	3
0409	Usunięcie zmiany ucha środkowego	2	0611	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	2
0410	Operacja trąbki Eustachiusza	2	0612	Wycięcie ślinianki	3
0411	Operacja ślimaka	1	0613	Usunięcie zmiany ślinianki	3
0412	Operacja aparatu przedsionkowego	2	0614	Nacięcie gruczołu ślinowego	3
5. UKŁAD ODDECHOWY		Klasa operacji	0615	Przeszczepienie przewodu ślinowego	3
0501	Wycięcie nosa	2	0616	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	3
0502	Plastyka nosa	2	0617	Podwiązanie przewodu ślinowego	3
0503	Operacja przegrody nosa	3	0618	Poszerzenie przewodu ślinowego	3
0504	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	3	0619	Inne operacje przewodu ślinowego	3
0505	Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego	3	0620	Wycięcie przełyku i żołądka	1
0506	Operacja nosa zewnętrznego	3	0621	Całkowite wycięcie przełyku	1
0507	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	3	0622	Częściowe wycięcie przełyku	2
0508	Endoskopowa operacja zatok obocznych nosa	3	0623	Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	2
0509	Operacja zatoki czołowej	3	0624	Zespoleńie omijające przełyku	1
0510	Operacja zatoki klinowej	3	0625	Rewizja zespolenia przełyku	2
0511	Operacja zatoki nosa	3	0626	Operacja naprawcza przełyku	1
0512	Wycięcie gardła	1	0627	Wytworzenie przetoki przełykowej	2
0513	Operacja naprawcza gardła	2	0628	Nacięcie przełyku	2
0514	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	2	0629	Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą	2
0515	Wycięcie krtani	2	0630	Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	2
0516	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	2	0631	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową	3
0517	Rekonstrukcja krtani	1	0632	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoskopu	3
0518	Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	3	0633	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	2
0519	Częściowe wycięcie tchawicy	1	0634	Operacja antyrefluksowa	3
0520	Plastyka tchawicy	2	0635	Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	3
0521	Protezowanie tchawicy metodą otwartą	2	0636	Całkowite wycięcie żołądka	1
0522	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	3	0637	Częściowe wycięcie żołądka	2
0523	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	2	0638	Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą	2
0524	Częściowe usunięcie oskrzela	2	0639	Operacja plastyczna żołądka	2
0525	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	2	0640	Zespoleńie żołądkowo-dwunastnicze	2
0526	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	2	0641	Zespoleńie żołądkowo-czcze	2
0527	Przeszczep płuca	1	0642	Gastrostomia	3
0528	Wycięcie płuca	1	0643	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	2
0529	Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	1	0644	Pyloromyotomia	2
0530	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	2	0645	Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	3
0531	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	2	0646	Wycięcie dwunastnicy	2
6. JAMA USTNA I GÓRNA CZĘŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO		Klasa operacji	0647	Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	2
0601	Częściowe wycięcie wargi	3	0648	Zespoleńie omijające dwunastnicy	2
0602	Usunięcie zmiany wargi	3	0649	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	2
0603	Korekcja deformacji wargi	2	0650	Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	3
0604	Wycięcie języka	2	0651	Wycięcie jelita czczego	2
0605	Usunięcie zmiany języka	3	0652	Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	2
			0653	Jejunostomia	2
			0654	Zespoleńie omijające jelita czczego	2
			0655	Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	2

0656	Wycięcie jelita krętego	2	0816	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	2
0657	Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	2	0817	Nacięcie przewodu żółciowego	2
0658	Zespoleenie omijające jelita krętego	2	0818	Przedwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	2
0659	Rewizja zespolenia jelita krętego	2	0819	Przedwunastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	2
0660	Wytworzenie ileostomii	2	0820	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	3
0661	Rewizja ileostomii	2	0821	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	3
0662	Śródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	3	0822	Endoskopowe operacje przewodu trzustkowego	3
0663	Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	2	0823	Przezskórna rewizja połączenia przewodu żółciowego	3
7. DOLNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO		Klasa operacji	0824	Przezskórna implantacja protezy przewodu żółciowego	3
0701	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	3	0825	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	3
0702	Całkowite wycięcie okrężnicy odbytnicy	1	0826	Przeszczep trzustki	1
0703	Całkowite wycięcie okrężnicy	1	0827	Całkowite wycięcie trzustki	1
0704	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	2	0828	Wycięcie głowy trzustki	1
0705	Resekcja poprzecznicy	2	0829	Usunięcie zmiany trzustki	2
0706	Lewostronna hemikolektomia	2	0830	Zespoleenie przewodu trzustkowego	1
0707	Wycięcie esicy	2	0831	Otwarty drenaż trzustki	2
0708	Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą	2	0832	Nacięcie trzustki	2
0709	Zespoleenie omijające okrężnicy	2	0833	Całkowite wycięcie śledziony	2
0710	Wyłonienie jelita ślepego	2	9. SERCE, NACZYNIĄ TĘNICZE ORAZ ŻYŁNE		Klasa operacji
0711	Nacięcie okrężnicy	2	0901	Przeszczep płuc i serca	1
0712	Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy	3	0902	Korekcja całkowita tetralogii Fallota	1
0713	Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	2	0903	Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie spływu żylnego (op. Mustarda)	1
0714	Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu	3	0904	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	1
0715	Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoskopu	3	0905	Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo-komorowej	1
0716	Wycięcie odbytnicy	1	0906	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	1
0717	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	2	0907	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	1
0718	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	2	0908	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	2
0719	Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	2	0909	Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja przegrody serca	1
0720	Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	2	0910	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	1
0721	Wycięcie odbytu	2	0911	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	1
0722	Wycięcie zmiany odbytu	3	0912	Plastyka przedsionka serca	1
0723	Operacja naprawcza odbytu	2	0913	Walwuloplastyka mitralna	1
0724	Wycięcie hemoroidów	3	0914	Walwuloplastyka aortalna	1
0725	Drenaż przez okolice krocza	3	0915	Plastyka zastawki trójdzielnej	1
0726	Wycięcie zatoki włosowej	3	0916	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	1
0727	Nacięcie ropnia okołodbytniczego	3	0917	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	1
8. INNE NARZĄDY JAMY BRZUSZNEJ		Klasa operacji	0918	Rewizja plastyki zastawki serca	1
0801	Przeszczep wątroby	1	0919	Otwarta walwulotomia	1
0802	Częściowe wycięcie wątroby	1	0920	Zamknięta walwulotomia	1
0803	Usunięcie zmiany wątroby	1	0921	Przezskórna operacja dotycząca zastawki serca	2
0804	Nacięcie wątroby	3	0922	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	1
0805	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu	2	0923	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	1
0806	Przeznaczeniowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych	2	0924	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu	1
0807	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	3	0925	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy	1
0808	Zespoleenie pęcherzyka żółciowego	2	0926	Pomostowanie t. wieńcowej z t. piersiową wewnętrzną	1
0809	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	2	0927	Otwarta koronaroplastyka	1
0810	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	3	0928	Przezskórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej	2
0811	Przezskórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	3	0929	Otwarta operacja układu bódźcprzewodzącego serca	1
0812	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	2	0930	Wszczepienie systemu wspomaganie serca	2
0813	Usunięcie zmiany dróg żółciowych	2	0931	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	3
0814	Zespoleenie przewodu wątrobowego	1			
0815	Zespoleenie przewodu żółciowego wspólnego	2			

0932	Inny stały sposób stymulacji serca	1	1008	Operacja nerki przez nefrostomię	3
0933	Wycięcie osierdzia	1	1009	Wycięcie moczowodu	2
0934	Drenaż osierdzia	2	1010	Wytworzenie przetoki moczowodowej	2
0935	Nacięcie osierdzia	2	1011	Reimplantacja moczowodu	2
0936	Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	1	1012	Operacja naprawcza moczowodu	2
0937	Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	1	1013	Nacięcie moczowodu	2
0938	Przeżylna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	1	1014	Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop	2
0939	Zespolecie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	1	1015	Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop	3
0940	Zespolecie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	1	1016	Operacja w zakresie ujścia moczowodu	3
0941	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	1	1017	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	1
0942	Przeżylna operacja tętnicy płucnej	2	1018	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	2
0943	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	1	1019	Powiększenie pęcherza	2
0944	Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych	1	1020	Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skrzypkowej	3
0945	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	1	1021	Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	2
0946	Plastyka aorty	1	1022	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	3
0947	Przeznaczyniowa operacja aorty	2	1023	Brzusznopochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	2
0948	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	1	1024	Brzusznopochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	2
0949	Przeznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej	2	1025	Przeznaczyniowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	2
0950	Operacja tętniaka tętnicy mózgu	1	1026	Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	3
0951	Przeznaczyniowa operacja tętnicy mózgowej	2	1027	Wycięcie prostaty metodą otwartą	2
0952	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	1	1028	Wycięcie prostaty metodą endoskopową	3
0953	Przeznaczyniowa operacja tętnicy podobojczykowej	2	1029	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	3
0954	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	1	1030	Wycięcie cewki moczowej	2
0955	Przeznaczyniowa operacja tętnicy nerkowej	2	1031	Operacja naprawcza cewki moczowej	2
0956	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	1	1032	Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	3
0957	Przeznaczyniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	2	1033	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	3
0958	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	1			
0959	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	1	11. NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE	Klasa operacji	
0960	Przeznaczyniowa operacja tętnicy biodrowej	2	1101	Usunięcie moszny	3
0961	Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych	1	1102	Obustronne wycięcie jąder	2
0962	Rekonstrukcja tętnicy udowej	1	1103	Usunięcie zmiany jądra	3
0963	Rewizja po rekonstrukcji tętnicy biodrowej lub udowej	3	1104	Jednostronne wycięcie jądra	3
0964	Przeznaczyniowa operacja tętnicy udowej	3	1105	Obustronne sprowadzenie jąder	2
0965	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	3	1106	Jednostronne sprowadzenie jądra	3
0966	Wycięcie innej tętnicy	3	1107	Proteżowanie jądra	3
0967	Operacja naprawcza innej tętnicy	3	1108	Operacja wodniaka jądra	3
0968	Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna innych tętnic	3	1109	Operacja najądrza	3
0969	Zespolecie tętniczo-żylne	3	1110	Wycięcie nasieniowodu	3
0970	Zespolecie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	1	1111	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	2
0971	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	3	1112	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	3
0972	Operacja żyłaków kończyny dolnej z usunięciem żyły odpiszczelowej	3	1113	Operacja pęcherzyków nasiennych	2
0973	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	3	1114	Amputacja prącia	2
0974	Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna naczyń żylnych	3	1115	Usunięcie zmiany prącia	3
	10. UKŁAD MOCZOWY	Klasa operacji	1116	Operacja plastyczna prącia	3
1001	Przeszczep nerki	2	1117	Proteżowanie prącia	3
1002	Całkowite wycięcie nerki	2	1118	Operacja napletka	3
1003	Częściowe wycięcie nerki	2	12. ŻEŃSKI UKŁAD ROZRODCZY	Klasa operacji	
1004	Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	2	1201	Operacja łechtaczki	3
1005	Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	2	1202	Operacja gruczołu Bartholina	3
1006	Nacięcie nerki	2	1203	Wycięcie sromu	2
1007	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	3	1204	Wycięcie zmiany sromu	3
			1205	Operacja naprawcza w obrębie sromu	3

1206	Nacięcie kanału pochwy	3	1409	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	2
1207	Wycięcie pochwy	3	1410	Pierwotna plastyka przepukliny udowej	3
1208	Nacięcie zrostów pochwy	3	1411	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	2
1209	Usunięcie zmiany pochwy	3	1412	Plastyka przepukliny pępkowej	3
1210	Operacja plastyczna pochwy	3	1413	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	3
1211	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	3	1414	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	2
1212	Plastyka sklepienia pochwy	3	1415	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	3
1213	Operacja w obrębie zatoki Douglasa	3	1416	Operacja dotycząca pępka	3
1214	Wycięcie szyjki macicy	3	1417	Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej)	3
1215	Wycięcie zmiany szyjki macicy	3	1418	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	3
1216	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	2	1419	Otwarcie jamy otrzewnej	3
1217	Wycięcie macicy drogą przezpochwową	2	1420	Operacja dotycząca sieci	3
1218	Terapeutyczna operacja endoskopowa macicy	3	1421	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	3
1219	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	2	1422	Operacja dotycząca krezki okrężnicy	3
1220	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	3	1423	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	3
1221	Częściowe wycięcie jajowodu	3	1424	Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej	3
1222	Wszczepienie protezy jajowodu	3	1425	Przeszczep powięzi	3
1223	Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	3	1426	Wycięcie powięzi brzucha	3
1224	Nacięcie jajowodu	2	1427	Usunięcie zmiany powięzi	3
1225	Endoskopowe leczenie jajowodu	3	1428	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	3
1226	Operacja dotycząca strzępków jajowodu	3	1429	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	3
1227	Częściowe wycięcie jajnika	3	1430	Operacja kaletki maziowej	3
1228	Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	3	1431	Przełożenie ścięgna	3
1229	Operacja naprawcza jajnika	3	1432	Wycięcie ścięgna	3
1230	Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	3	1433	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	3
1231	Operacja więzadła szerokiego macicy	3	1434	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	2
1232	Operacja innego więzadła macicy	3	1435	Uwolnienie ścięgna	3
13. SKÓRA		Klasa operacji	1436	Zmiana długości ścięgna	3
1301	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	2	1437	Wycięcie pochewki ścięgna	3
1302	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	3	1438	Przeszczep mięśnia	2
1303	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-powięziowego	3	1439	Wycięcie mięśnia	3
1304	Przeszczep płata skóry owłosionej	3	1440	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szcicia mięśnia)	3
1305	Przeszczep płata skórno-mięśniowego z unerwieniem	2	1441	Uwolnienie przykurczu mięśnia	3
1306	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-mięśniowego	3	1442	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	2
1307	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	3	1443	Wycięcie lub biopsja otwarta węzła chłonnego	3
1308	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	3	1444	Drenaż węzła chłonnego	3
1309	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	3	1445	Operacja przewodu limfatycznego	2
1310	Przeszczep płata śluzówki	3	1446	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	3
1311	Siatkowy autoprzeszczep skóry	3	15. KOŚCI ORAZ STAWY		Klasa operacji
1312	Przeszczep śluzówki	3	1501	Operacja naprawcza czaszki	2
1313	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	3	1502	Otwarcie czaszki	1
1314	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	3	1503	Wycięcie kości twarzy	3
1315	Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	3	1504	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	3
14. TKANKI MIĘKKIE		Klasa operacji	1505	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	3
1401	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	2	1506	Wycięcie żuchwy	2
1402	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	2	1507	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	3
1403	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	2	1508	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	2
1404	Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu	3	1509	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	1
1405	Otwarcie klatki piersiowej	2	1510	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	2
1406	Operacja naprawcza pękniętej przepony	1	1511	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	1
1407	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	3			
1408	Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	3			

1512	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy (nie obejmuje operacji wycięcia krążka międzykręgowego)	1	1548	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu	2
1513	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego	1	1549	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu	2
1514	Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa	2	1550	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu	2
1515	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	1	1551	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	2
1516	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	1	1552	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	2
1517	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	1	1553	Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu	2
1518	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	1	1554	Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu	2
1519	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	2	1555	Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	2
1520	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	1	1556	Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	2
1521	Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	2	1557	Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	3
1522	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	1	1558	Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	3
1523	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	2	1559	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	3
1524	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	2	1560	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym	3
1525	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	1	1561	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym	3
1526	Usunięcie zmiany kręgosłupa	2	1562	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	3
1527	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	2	1563	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	2
1528	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	2	1564	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	2
1529	Całkowita rekonstrukcja kciuka	2	1565	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	3
1530	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	2	1566	Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	2
1531	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	2	1567	Protezowanie ścięgna	2
1532	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	2	1568	Wzmocnienie ścięgna protezą	3
1533	Wycięcie kości ektopowej	3	1569	Rekonstrukcja więzadła stawu kolanowego	2
1534	Usunięcie zmiany kości	2	1570	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	2
1535	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	2	1571	Uwolnienie przykurczu stawu	3
1536	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	2	1572	Operacja struktur okołostawowych palucha	3
1537	Rozdzielenie trzonu kości	2	1573	Terapeutyczna endoskopia chrząstki półksiężycowatej	3
1538	Rozdzielenie kości stopy	3	1574	Terapeutyczna endoskopia innych chrząstek stawowych	3
1539	Drenaż kości	3	1575	Terapeutyczna endoskopia innych struktur stawowych	3
1540	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	2	1576	Terapeutyczna endoskopia stawu kolanowego	3
1541	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	2	1577	Terapeutyczna endoskopia innego stawu	2
1542	Pierwotne otwarte nastawienie przezstawowego złamania kości	2	16. RÓŻNE	Klasa operacji	
1543	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	2	1601	Reimplantacja kończyny górnej	2
1544	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	3	1602	Reimplantacja kończyny dolnej	2
1545	Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną	3	1603	Reimplantacja innego narządu	2
1546	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	3	1604	Wszczepienie protezy kończyny	1
1547	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu	2	1605	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	2
			1606	Amputacja ręki na wysokości nadgarstka	3
			1607	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	2
			1608	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia stopy	3
			1609	Amputacja palucha	3