

Ogólne warunki ubezpieczenia

Indywidualne ubezpieczenie na życie

Plan Pakietowej Ochrony



Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony oraz warunki umów dodatkowych wraz z dokumentami, które w nich wskazujemy, są podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia.

Przed zawarciem umowy ubezpieczenia zapoznaj się ze wszystkimi dokumentami, które otrzymałeś.

SPIS TREŚCI

Zakres ubezpieczenia dla ubezpieczonego	Indeks	Strona
1) Śmierć ubezpieczonego	PPO/25/07/01	2
2) Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	PPOWU/24/07/01	14
3) Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	PPOWK/24/07/01	15
4) Śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	PPOZU/24/07/01	16
5) Osierocenie dziecka	PPOOD/24/07/01	18
6) Uszczerbek lub uszkodzenie ciała ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	PPOUUC/24/07/01	20
7) Niezdolność ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku	PPOWN/24/07/01	22
8) Pobyt ubezpieczonego w szpitalu	PPOCP/24/07/01	24
9) Poważne zachorowanie ubezpieczonego	PPOCU/24/07/01	27
10) Operacja medyczna ubezpieczonego	PPOOM/24/07/01	32
Zakres ubezpieczenia dotyczący współmałżonka albo partnera		
11) Śmierć współmałżonka albo partnera	PPOSW/25/07/01	34
12) Śmierć współmałżonka albo partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku	PPOSWW/25/07/01	35
13) Uszczerbek lub uszkodzenie ciała współmałżonka albo partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku	PPOUUCW/25/07/01	36
14) Pobyt współmałżonka albo partnera w szpitalu	PPOPW/25/07/01	38
15) Poważne zachorowanie współmałżonka albo partnera	PPOCW/25/07/01	40
Zakres ubezpieczenia dotyczący dziecka		
16) Śmierć dziecka	PPOSD/24/07/01	44
17) Śmierć dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	PPOWD/24/07/01	45
18) Uszczerbek lub uszkodzenie ciała dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	PPOUUCD/24/07/01	46
19) Pobyt dziecka w szpitalu	PPOPD/24/07/01	48
20) Poważne zachorowanie dziecka	PPOCD/24/07/01	51
21) Urodzenie się dziecka	PPOUD/24/07/01	55
22) Urodzenie się dziecka wymagającego leczenia	PPOUDL/24/07/01	57
23) Urodzenie się martwego noworodka	PPOSB/24/07/01	59
Zakres ubezpieczenia dotyczący rodziców ubezpieczonego lub rodziców współmałżonka albo partnera		
24) Śmierć rodziców ubezpieczonego	PPOSR/24/07/01	61
25) Śmierć rodziców ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	PPOWSR/24/07/01	62
26) Śmierć rodziców współmałżonka albo partnera	PPOST/25/07/01	63
27) Śmierć rodziców współmałżonka albo partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku	PPOWST/25/07/01	64
Świadczenia opiekuńcze i medyczne		
28) Świadczenia opiekuńcze dla ubezpieczonego i jego rodziny Opieka24	PPOŚO/25/07/01	65
Pakiety dodatkowe		
29) Świadczenia medyczne i opiekuńcze w następstwie nieszczęśliwego wypadku MediPomoc	PPOMP/25/07/01	72
30) Pakiet Onkologiczny	PPOONK/25/07/01	79
Załączniki		
Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała		84
Wykaz poważnych zachorowań		99
Tabela operacji medycznych		106
Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka		118
Tabela procedur medycznych		133

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 1–5, 9–10, 53, 102
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 72–75 w związku z postanowieniami polisy lub aneksu do polisy pkt 76–85

Poznajmy się!

my – UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.;

Ty, ubezpieczający – osoba, który zawiera z nami umowę ubezpieczenia;

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. oraz ubezpieczający to strony umowy ubezpieczenia;

ubezpieczony – osoba, której życie lub zdrowie lub określone w OWU i OWUD zdarzenia w jej życiu obejmujemy ochroną ubezpieczeniową.

Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. Weszły one w życie 1 sierpnia 2024 r. Następnie zostały zmienione uchwałą nr 1/29/07/2025 z 29 lipca 2025 r., która weszła w życie 22 sierpnia 2025 r.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

- W ramach umowy podstawowej ubezpieczamy życie ubezpieczonego, a w ramach umów dodatkowych – w zależności od umowy dodatkowej – odpowiednio:
 - życie lub zdrowie ubezpieczonego,
 - życie lub zdrowie współmałżonka albo partnera ubezpieczonego,
 - życie rodzica ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka albo rodzica partnera ubezpieczonego,
 - życie lub zdrowie dziecka.
- Zakresem ubezpieczenia w ramach umowy podstawowej obejmujemy śmierć ubezpieczonego, w czasie gdy udzielamy mu ochrony ubezpieczeniowej.
- Zakresem ubezpieczenia w ramach umów dodatkowych, w zależności od umowy dodatkowej, obejmujemy zdarzenia w życiu ubezpieczonego dotyczące odpowiednio:
 - ubezpieczonego,
 - współmałżonka albo partnera ubezpieczonego,
 - rodzica ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka albo rodzica partnera ubezpieczonego,
 - dziecka,
 w czasie gdy udzielamy ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej.
- Umowa podstawowa i wybrane umowy dodatkowe składają się na pakiet. Pakiety tego ubezpieczenia mają różne warianty. Od wyboru wariantu zależy zakres ubezpieczenia. Warianty pogrupowane są w następujących kategoriach:
 - dla mnie,

- 2) dla dziecka,
 - 3) dla mnie i dziecka,
 - 4) dla mnie i rodziny,
 - 5) wypadkowe.
5. Wybrany wariant można za opłatą dodatkowej składki rozszerzyć o pakiety dodatkowe.
6. Zakres ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia i limity wskazujemy w polisie.
7. Warunki umowy podstawowej określamy w ogólnych warunkach ubezpieczenia (OWU), a warunki umów dodatkowych – w ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia (OWUD). Każda umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie OWUD. W sprawach, których nie regulują OWUD, stosujemy odpowiednio postanowienia OWU.

Kto może zawrzeć umowę ubezpieczenia

– czyli kto może być ubezpieczającym

8. Umowę ubezpieczenia zawiera z nami ubezpieczający. Ubezpieczającym może być:
- 1) osoba fizyczna, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ma ukończone co najmniej 18 lat i ma miejsce zamieszkania w Polsce, albo
 - 2) osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która ma siedzibę w Polsce.

Kogo możemy objąć ochroną ubezpieczeniową

– czyli kogo możemy ubezpieczyć

9. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy ubezpieczonego.
10. Ubezpieczonym może być osoba fizyczna, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła co najmniej 18 lat i nie ukończyła 65 lat oraz ma miejsce zamieszkania w Polsce. Ubezpieczonym może być:
- 1) ubezpieczający, czyli Ty – jeżeli umowę ubezpieczenia zawierasz jako osoba fizyczna;
 - 2) inna osoba, którą wskażesz – w tym przypadku przed zawarciem umowy ubezpieczenia powinieneś przekazać jej warunki umowy ubezpieczenia.

Zawarcie umowy ubezpieczenia

– w jaki sposób ją zawieramy

11. Umowę ubezpieczenia zawieramy na podstawie złożonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
12. Umowę ubezpieczenia zawieramy po łącznym spełnieniu warunków:
- 1) opłacisz składkę w należnej wysokości;
 - 2) zaakceptujemy złożony wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 3) ocena ryzyka ubezpieczeniowego względem ubezpieczonego będzie pozytywna – o ile ocena ryzyka jest dokonywana w danym wariantcie.
13. Zawarcie umowy ubezpieczenia potwierdzamy polisą, w której wskazujemy datę początku ochrony ubezpieczeniowej.
14. Możemy nie zaakceptować wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia. Poinformujemy Cię o tym.

Ocena ryzyka ubezpieczeniowego

– na czym polega i kogo dotyczy

15. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia możemy ocenić ryzyko ubezpieczeniowe względem ubezpieczonego i:
- 1) zażądać informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego w zakresie, który wskazaliśmy we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) wymagać dodatkowych dokumentów, które dotyczą jego stanu zdrowia.
16. Gdy ocenimy ryzyko ubezpieczeniowe, możemy:
- 1) zdecydować, że zawrzemy umowę ubezpieczenia na warunkach określonych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, OWU oraz OWUD albo
 - 2) odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia, albo
 - 3) zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach innych niż te we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, OWU lub OWUD.
- Poinformujemy Cię o naszej decyzji.

Czas trwania umowy ubezpieczenia

– na jaki okres zawieramy umowę

17. Umowę ubezpieczenia zawieramy na okres jednego roku polisy. Liczymy go od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, którą wskazujemy w polisie.
18. Po upływie każdego roku polisy umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu o kolejny rok polisy na tych samych warunkach, o ile żadna ze stron nie postanowi inaczej, z zastrzeżeniem pkt 31 ppkt 5. Jeśli któraś ze stron umowy ubezpieczenia nie będzie chciała jej przedłużyć o kolejny rok polisy, powinna złożyć oświadczenie o tym na piśmie lub przesłać je pocztą elektroniczną nie później niż 30 dni przed rocznicą polisy.

Zmiana warunków umowy ubezpieczenia

– czy warunki mogą się zmienić

19. Możemy zaproponować Ci zmianę warunków umowy ubezpieczenia na kolejny rok polisy.
20. Propozycję zmiany przedstawimy Ci nie później niż 30 dni przed rocznicą polisy, na piśmie lub na innym trwałym nośniku (np. mejlowo), o ile mamy na to Twoją zgodę. Określimy w niej wpływ zmian na wysokość składki lub przysługujących świadczeń.
21. W propozycji zmiany wyznaczymy co najmniej 14-dniowy termin, w którym możesz zapłacić składkę we wskazanej wysokości. Jeśli zapłacisz składkę w pełnej wysokości, uznamy, że wyrażasz wolę przedłużenia umowy o kolejny rok polisy na zmienionych warunkach. Jeżeli nie zapłacisz składki w pełnej wysokości na numer rachunku bankowego i w terminie wskazanym w propozycji, umowa ubezpieczenia rozwiąże się z ostatnim dniem roku polisy.

Okres ochrony ubezpieczeniowej

– kiedy się rozpoczyna i kończy

22. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie, nie wcześniej jednak niż następnego dnia po zapłaceniu składki.
23. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w momencie rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia

– do kiedy możesz wycofać się z umowy ubezpieczenia

24. Możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia. Jeśli jesteś konsumentem, złóż nam oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia, a jeżeli przed zawarciem umowy ubezpieczenia nie poinformowaliśmy Cię o prawie odstąpienia, okres 30 dni liczymy od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie. Jeśli jesteś przedsiębiorcą, złóż nam oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia.
25. Jeżeli jesteś konsumentem i zawarliśmy umowę ubezpieczenia na odległość, możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia bez podania przyczyn w terminie 30 dni:
 - 1) od dnia, w którym poinformowaliśmy Cię o zawarciu umowy ubezpieczenia, lub
 - 2) od dnia potwierdzenia informacji, które należy przekazać konsumentowi na podstawie przepisów Ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy.
26. Termin, o którym mowa w pkt 24 i 25 uważamy za zachowany, jeżeli przed jego upływem wyślesz do nas oświadczenie o odstąpieniu.
27. Oświadczenie o odstąpieniu możesz przesłać nam na piśmie lub pocztą elektroniczną.
28. Jeżeli odstąpisz od umowy ubezpieczenia, zwrócimy Ci wpłaconą składkę. Pomniejszymy ją o kwotę należną za okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia

– kiedy i jak możesz zrezygnować z umowy ubezpieczenia

29. Umowę ubezpieczenia możesz wypowiedzieć w każdym czasie, ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca polisy, w którym złożyłeś nam oświadczenie o wypowiedzeniu. Wypowiedzenie możesz złożyć na piśmie lub wysłać je nam pocztą elektroniczną.
30. Wypowiedzenie nie zwalnia Cię od obowiązku zapłacenia składki za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

– kiedy i w jaki sposób umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu

31. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
 - 1) z dniem, w którym złożyysz nam oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia;
 - 2) z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym złożyłeś nam oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia;
 - 3) z upływem ostatniego dnia roku polisy, jeżeli przedstawiliśmy Ci propozycję zmiany warunków umowy ubezpieczenia na kolejny okres, a Ty nie opłaciłeś w wyznaczonym w propozycji terminie składki w wysokości, którą tam wskazaliśmy;
 - 4) z dniem śmierci ubezpieczonego;
 - 5) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym ubezpieczony ukończył 70 lat;
 - 6) z upływem okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, jeśli jedna ze stron wyrazi wolę jej nieprzedłużenia;
 - 7) w przypadku gdy nie opłacisz składki zgodnie z zasadami i terminem, które określamy w pkt 42.

Składka

– jak ustalamy jej wysokość i jak należy ją opłacać

32. Składka jest należna za okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej. Wysokość składki ustalamy na podstawie taryfy składek, która będzie miała zastosowanie:
 - 1) w dniu, w którym zostanie złożony wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) w rocznicę polisy.
33. W przypadku gdy wnioskujesz o zmiany w umowie ubezpieczenia, wysokość składki ustalamy na podstawie taryfy składek, która będzie miała zastosowanie od uzgodnionej z nami daty wejścia w życie zmiany umowy ubezpieczenia. Zmiany w umowie ubezpieczenia oraz datę, od której będą obowiązywały, potwierdzamy w aneksie do polisy.

34. Wysokość składki zależy od wysokości sum ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia oraz wieku ubezpieczonego liczonego:
- 1) na dzień złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia – w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, albo
 - 2) na dzień wejścia w życie zmiany w umowie ubezpieczenia – w przypadku zmiany umowy ubezpieczenia.
35. Wysokość składki podajemy:
- 1) we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) w informacji o przedłużeniu umowy ubezpieczenia na niezmienionych warunkach,
 - 3) w propozycji zmiany warunków umowy ubezpieczenia,
 - 4) w polisie,
 - 5) w aneksie do polisy – w przypadku zmian w umowie ubezpieczenia.
36. Składkę płacisz z góry, z częstotliwością zadeklarowaną we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub we wniosku o zmianę umowy ubezpieczenia.
37. Składkę możesz płacić:
- 1) miesięcznie,
 - 2) kwartalnie,
 - 3) półrocznie,
 - 4) rocznie.
38. W każdą rocznicę polisy możesz zmienić częstotliwość płatności składki. Wniosek o zmianę prześlij nam nie później niż 1 miesiąc przed rocznicą polisy. Zmianę częstotliwości potwierdzimy w aneksie do polisy.
39. Pierwszą składkę płacisz na rachunek bankowy, który podajemy we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
40. Kolejne składki płacisz na numer rachunku bankowego i w terminach płatności, które podajemy w polisie lub aneksie do polisy.
41. Składkę uznajemy za zapłaconą, jeżeli:
- 1) zapłacisz ją w pełnej wysokości podanej w polisie lub w aneksie do polisy;
 - 2) wpłacisz ją na nasz numer rachunku bankowego;
 - 3) zapłacisz ją w terminie wymagalności, który podajemy w polisie lub aneksie do polisy.
42. Gdy nie zapłacisz kolejnej raty składki w terminie wymagalności, wyślemy do Ciebie wezwanie o wpłatę raty składki w dodatkowym terminie nie krótszym niż 7 dni od daty otrzymania naszego wezwania. Jeśli nie zapłacisz raty składki we wskazanym dodatkowym terminie, nasza odpowiedzialność ustanie w terminie, który wskażemy w wezwaniu, ale nie zwalnia Cię to z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim udzielaliśmy ochrony.

Zmiana zakresu ubezpieczenia **– kiedy możesz jej dokonać**

43. W rocznicę polisy, za naszą zgodą, możesz:
- 1) zmienić wariant;
 - 2) rozszerzyć zakres ubezpieczenia o pakiet dodatkowy, zmienić go lub z niego zrezygnować.
44. Wniosek o zmianę zakresu ubezpieczenia prześlij nam nie później niż 1 miesiąc przed datą rocznicy polisy.
45. Jeśli zgodzimy się na zmianę, potwierdzimy ją polisą lub aneksem do polisy.

Indeksacja **– kiedy i jak możemy podwyższyć składkę i sumę ubezpieczenia**

46. Po każdym roku polisy możemy zaproponować Ci podwyższenie składek i sum ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej i umów dodatkowych, które obejmuje Twoja umowa ubezpieczenia, na kolejny okres, czyli tzw. indeksację, z zastrzeżeniem pkt 48.
47. Przez indeksację rozumiemy podwyższenie wysokości składek oraz sum ubezpieczenia o wskaźnik, który ustalimy nie później niż na 3 miesiące przed rocznicą polisy na podstawie 12-miesięcznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych opublikowanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, jednak nie mniej niż o 3%.
48. Indeksacja nie obejmuje:
- 1) dodatkowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla ubezpieczonego i jego rodziny Opieka24;
 - 2) dodatkowego ubezpieczenia świadczeń medycznych i opiekuńczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku MediPomoc;
 - 3) świadczeń ambulatoryjnych oraz dodatkowych świadczeń za pobyt na OIOM/OIT, rekonwalescencję i sanatorium w ramach dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu;
 - 4) konsultacji lekarzy specjalistów w ramach dodatkowych ubezpieczeń na wypadek poważnego zachorowania, urodzenia się dziecka i urodzenia się dziecka wymagającego leczenia;
 - 5) innych OWUD, w których wyraźnie zastrzeżono brak indeksacji.
49. Propozycję indeksacji przesyłamy nie później niż w terminie 30 dni przed rocznicą polisy. W propozycji podajemy wskaźnik, o którym mowa w pkt 47, oraz odrębnie dla umowy podstawowej i każdej umowy dodatkowej – podwyższone sumy ubezpieczenia i składki.
50. Możesz nie przyjąć naszej propozycji indeksacji. Jeśli wpłacisz składkę w dotychczasowej wysokości, uznamy, że nie przyjmujesz naszej propozycji. Możesz również wysłać nam oświadczenie pisemnie lub pocztą elektroniczną, że nie przyjmujesz propozycji indeksacji.

51. Jeśli nie chcesz, abyśmy w kolejnych latach proponowali Ci indeksację, poinformuj nas o tym pisemnie lub pocztą elektroniczną. Twoja rezygnacja będzie obowiązywać do odwołania, co oznacza, że nie będziemy przedstawiać Ci propozycji indeksacji, dopóki nie poinformujesz nas o zmianie decyzji.
52. Uznamy, że zgadzasz się na propozycję indeksacji, jeśli do dnia rocznicy polisy, od którego ma obowiązywać nowa wysokość składki i sum ubezpieczenia, nie poinformujesz nas, że nie wyrażasz zgody na indeksację, i zapłacisz składkę w nowej wysokości.

Świadczenia ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

53. W przypadku śmierci ubezpieczonego w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej wypłacimy świadczenie uposażonemu.
54. Ubezpieczony może wskazać jednego uposażonego lub więcej. Jeśli wskaże kilku uposażonych, wypłacimy świadczenie w równych kwotach każdemu z nich, chyba że ubezpieczony inaczej określi podział świadczenia.
55. Wskazanie uposażonego do otrzymania sumy ubezpieczenia staje się bezskuteczne, jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
56. Jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią ubezpieczonego albo utracił prawo do świadczenia w myśl postanowień pkt 55, jego prawo do świadczenia przysługuje pozostałym uposażonym – proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w tym świadczeniu.
57. Jeżeli ubezpieczony nie wskaże uposażonego albo wszyscy uposażeni nie żyją lub utracili prawo do świadczenia – świadczenie przysługuje uposażonemu zastępczemu.
58. Ubezpieczony może wskazać jednego uposażonego zastępczego lub więcej. Jeśli wskaże więcej niż jednego uposażonego zastępczego, wypłacimy świadczenie w równych kwotach każdemu z nich, chyba że ubezpieczony inaczej określi podział świadczenia.
59. Jeśli ubezpieczony nie wskazał uposażonych zastępczych lub gdy oni także utracili prawo do świadczenia, wypłacimy świadczenie w takiej kolejności:
- 1) współmałżonkowi (jeśli nie została orzeczona separacja) – w całości, a w razie jego braku lub orzeczonej separacji,
 - 2) dzieciom – w równych częściach, a w razie ich braku
 - 3) rodzicom – w równych częściach, a w razie ich braku
 - 4) rodzeństwu – w równych częściach, a w razie jego braku
 - 5) spadkobiercom – w częściach, w jakich dziedziczą po ubezpieczonym.
60. Za osobę zmarłą przed śmiercią ubezpieczonego uważamy również osobę, która zmarła jednocześnie z nim.
61. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego wypłacimy w wysokości sumy ubezpieczenia, którą potwierdzamy w polisie lub aneksie do polisy.
62. Świadczenia z tytułu pozostałych zdarzeń wypłacamy lub realizujemy zgodnie z postanowieniami OWUD.
63. Do wypłaty świadczenia należy przekazać nam dokumenty, które wskazaliśmy we wniosku o wypłatę świadczenia. Wniosek udostępniamy na naszej stronie internetowej uniqa.pl.
64. Dokumenty do wypłaty świadczenia należy przekazać w formie oryginałów lub kopii, których zgodność z oryginałem poświadczą:
- 1) notariusz;
 - 2) organ, który je wydał;
 - 3) nasz przedstawiciel;
 - 4) upoważniony pracownik przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której ubezpieczony był zarejestrowany i leczony – w przypadku dokumentacji medycznej;
 - 5) osoba uprawniona do otrzymania świadczenia.
65. Dokumenty sporządzone w języku obcym należy przetłumaczyć na język polski przez tłumacza, zanim zostaną do nas dostarczone.

Wypłata świadczenia

– kiedy wypłacimy pieniądze

66. Świadczenia wypłacamy w terminie 21 dni, które liczymy od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o zdarzeniu.
67. Jeśli w terminie 21 dni nie będzie możliwe wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia, świadczenie wypłacimy w terminie 14 dni liczonych od dnia, w którym – przy dochowaniu należytej staranności – wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia wypłacimy w terminie 21 dni.
68. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, informujemy o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą występującą z roszczeniem (nie dotyczy świadczenia z tytułu śmierci). W piśmie podamy powód oraz podstawę prawną odmowy wypłaty świadczenia lub jego wypłaty w innej wysokości. Przekażemy również informacje o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Obowiązki Twoje i ubezpieczonego

– do czego jesteście zobowiązani

69. Masz następujące obowiązki:
- 1) opłacać składkę;

- 2) jeżeli ubezpieczonym jest inna osoba niż Ty – przekazać jej OWU i OWUD na piśmie lub, o ile osoba ta wyraziła na to zgodę, na innym trwałym nośniku; OWU i OWUD należy przekazać przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
 - 3) powiadamiać nas o zmianie danych osobowych Twoich lub ubezpieczonego, w tym danych teleadresowych podanych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 4) przekazywać ubezpieczonemu informacje o zmianie warunków umowy ubezpieczenia lub o zmianie prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia i o wpływie tych zmian na wartość świadczeń z ubezpieczenia oraz sumy ubezpieczenia, zanim wyrazisz na nie zgodę.
70. Ubezpieczony ma obowiązek informować nas lub Ciebie jako ubezpieczającego o zmianie danych osobowych i teleadresowych swoich lub wskazanych uposażonych.

Nasze obowiązki

– do czego się zobowiązujemy

71. Mamy obowiązek:
- 1) doręczyć Ci OWU i OWUD przed zawarciem umowy ubezpieczenia na piśmie lub – jeżeli wyrazisz na to zgodę – na innym trwałym nośniku;
 - 2) doręczyć Ci polisę;
 - 3) realizować świadczenia zgodnie z zasadami określonymi w umowie ubezpieczenia;
 - 4) prawidłowo i terminowo wykonywać inne obowiązki przewidziane w umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa lub nasza odpowiedzialność jest ograniczona

Karencja

72. Ograniczamy lub wyłączamy ochronę ubezpieczeniową w okresie karencji. Karencję możemy stosować w umowie podstawowej oraz w umowach dodatkowych. Szczegółowe zasady karencji opisujemy w polisie lub aneksie do polisy.
73. Karencja nie dotyczy zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem.
74. W umowie podstawowej wyłączamy ochronę ubezpieczeniową w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie pierwszych 6 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej.
75. Z zastrzeżeniem pkt 74, w umowie podstawowej ograniczymy wysokość świadczenia w przypadku śmierci ubezpieczonego, jeżeli jego śmierć nastąpiła w okresie pierwszych 6 miesięcy od daty obowiązywania nowego wariantu, jeśli w wyniku zmiany wariantu podwyższona została suma ubezpieczenia. W takim przypadku świadczenie ograniczymy do wysokości sumy ubezpieczenia należnej w ramach poprzedniego wariantu.

Ważne informacje

Karencja to okres, w którym nasza odpowiedzialność jest ograniczona lub wyłączona. Jeśli w tym czasie wystąpi zdarzenie objęte zakresem ubezpieczenia, nie otrzymasz świadczenia lub otrzymasz świadczenie w niższej wysokości, chyba że to zdarzenie zostało spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, wtedy nie stosujemy karencji.

Wyłączenia w umowie podstawowej oraz umowach dodatkowych

76. Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego, które obejmuje zakres ubezpieczenia na podstawie umowy podstawowej oraz umów dodatkowych, doszło wskutek:
- 1) wojny, działań wojennych i zbrojnych;
 - 2) świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach;
 - 3) samobójstwa ubezpieczonego popełnionego w okresie 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.

Pozostałe wyłączenia w umowach dodatkowych

77. Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego, które obejmuje zakres ubezpieczenia na podstawie umów dodatkowych, doszło wskutek:
- 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na jego prośbę – niezależnie od stanu poczytalności ubezpieczonego;
 - 2) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV ubezpieczonego;
 - 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego i radioaktywnego.
78. Nie wypłacimy świadczenia z tytułu umów dodatkowych, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, który jest przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego, jest następstwem:
- 1) spożycia alkoholu w ilości, która powoduje, że zawartość alkoholu w organizmie ubezpieczonego wynosi od 0,2‰ we krwi albo od 0,1 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza;
 - 2) niezaleconego przez lekarza zażycia leków;
 - 3) użycia narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 4) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym, który został przeprowadzony poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 5) usiłowania popełnienia lub umyślnego popełnienia czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;

- 6) uprawiania (w tym także jednorazowego): sportów lotniczych, wspinaczki, speleologii, skoków na linie, nurkowania z użyciem specjalistycznego sprzętu, sportów motorowych i motorowodnych, jazdy quadami, jazdy off-road, sportów spadochronowych, sportów walki;
 - 7) pełnienia służby wojskowej;
 - 8) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli ubezpieczony nie miał odpowiednich uprawnień do kierowania tym pojazdem i używania go lub pojazd ten nie miał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 9) nieprzestrzegania przez ubezpieczonego przepisów z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych lub regulaminu pracy, jeśli zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenia określone jako spowodowane wypadkiem przy pracy.
79. Jeśli zakres ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej obejmuje życie lub zdrowie innych osób niż ubezpieczony, postanowienia pkt 76–78 oraz 80–84 stosujemy odpowiednio także do: współmałżonka albo partnera, dziecka, rodziców ubezpieczonego oraz rodziców współmałżonka albo rodziców partnera.

Jakie są skutki, jeśli przed zawarciem umowy ubezpieczenia podasz nam nieprawdziwe informacje

80. Jesteś obowiązany podać do naszej wiadomości wszystkie znane sobie okoliczności, o które pytaliśmy we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeśli zawierasz umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na nim i obejmuje też okoliczności jemu znane. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
81. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone powyżej spoczywają zarówno na Tobie, jak i na ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy ubezpieczenia na jego rachunek.
82. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem punktów 80 i 81 nie zostały podane do naszej wiadomości. Jeżeli do naruszenia punktów 80 i 81 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
83. Jeżeli do wypadku doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia, nie możemy podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy ubezpieczenia podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba osoby ubezpieczonej.
84. Zapisy pkt 80–83 stosujemy odpowiednio również w przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia – w zakresie, w jakim suma ubezpieczenia została podwyższona.

Kiedy jeszcze nie przyznamy świadczenia

85. Niezależnie od innych postanowień umowy ubezpieczenia nie spełnimy świadczeń, w tym:

- 1) nie zapewnimy ochrony ubezpieczeniowej,
- 2) nie wypłacimy świadczeń, lub
- 3) nie zapewnimy innych korzyści z tytułu umowy ubezpieczenia,

w zakresie, w jakim spełnienie tych świadczeń mogłoby skutkować złamaniem przez nas sankcji gospodarczych, handlowych, finansowych lub embarga wynikających z prawa polskiego lub międzynarodowego, w tym przyjętych przez Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych, a także przez Stany Zjednoczone Ameryki lub inne państwa, chyba że jest to sprzeczne z przepisami prawa (w tym krajowego lub Unii Europejskiej), które nas obowiązują.

Reklamacje

– jak złożyć reklamację, skargę lub zażalenie i jak je rozpatrujemy

86. Reklamację możesz wnieść w każdym przypadku, o ile jesteś:
- 1) osobą fizyczną, która jest ubezpieczającym, ubezpieczonym, inną osobą uprawnioną z umowy ubezpieczenia lub spadkobiercą, który ma interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, a także
 - 2) osobą prawną lub spółką nieposiadającą osobowości prawnej, która jest ubezpieczającym lub poszukuje ochrony ubezpieczeniowej.
87. W przypadku osób fizycznych za reklamację uważamy wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, które osoby fizyczne kierują do nas jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia, które zawierają zastrzeżenia w zakresie niezwiązanym z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową, składane przez osoby fizyczne, które są klientami:
- 1) brokera ubezpieczeniowego lub
 - 2) agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające, którzy wykonują czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
88. W przypadku osób prawnych lub spółek, które nie posiadają osobowości prawnej, za reklamację uważamy wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, które podmioty te kierują do nas, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia, które zawierają zastrzeżenia w zakresie niezwiązanym z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową i które dotyczą:
- 1) brokerów ubezpieczeniowych lub
 - 2) agentów ubezpieczeniowych lub agentów, którzy oferują ubezpieczenia uzupełniające, którzy wykonują czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
89. Reklamacje wnosi się do zarządu naszej spółki. Reklamację można złożyć w każdej naszej jednostce, która obsługuje klientów.

90. Reklamacje na świadczone przez nas usługi można złożyć:
- 1) elektronicznie – poprzez formularz na stronie unika.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) na piśmie:
 - a) osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie,
 - b) przesyłką pocztową na adres: 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51,
 - c) na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w Ustawie z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych jako rejestru publicznego prowadzonego przez ministra właściwego do spraw informatyzacji, tj. AE:PL-75623-64271-BRDJV-27.
91. Odpowiedzi na reklamację udzielimy na piśmie albo w przypadku reklamacji wniesionej przez osobę fizyczną – pocztą elektroniczną, jeżeli osoba fizyczna, która składa reklamację, złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek tej osoby, potwierdzimy pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt złożenia reklamacji.
92. Odpowiedzi na reklamację udzielimy bezzwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.
93. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć reklamacji i udzielić na nią odpowiedzi w terminie 30 dni, poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
94. Jeżeli osoba fizyczna, która składa reklamację, nie zgadza się z naszym stanowiskiem wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, a ponadto może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko nam według właściwości określonej w OWU.
95. Klient, który jest konsumentem, może również zwrócić się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
96. Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
97. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla UNIKA TUnŻ S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa; www.rf.gov.pl).
98. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami pkt 86–88, przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażaleń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia pkt 89–92 i 95, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć skargi lub zażalenia i udzielić odpowiedzi w terminie 30 dni, osobę, która je złożyła, poinformujemy w tym terminie o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na skargę lub zażalenie udzielimy nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

Właściwość sądów

– do którego sądu wnieść powództwo

99. Powództwo o roszczenie, które wynika z umowy ubezpieczenia, możesz wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
100. Powództwo o roszczenie, które wynika 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.
101. Przelew wierzytelności nie wpływa na właściwość sądu.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWU i OWUD

102. W OWU i OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:

Pojęć, które zdefiniowaliśmy poniżej, używamy w tym samym znaczeniu także w ogólnych warunkach umów dodatkowych. Jeśli w jakiejś umowie dodatkowej zdefiniowaliśmy je inaczej, wtedy zastosowanie ma definicja z danego OWUD.

- 1) **choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, którą stwierdził lekarz i która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 2) **dziecko** – oznacza dziecko własne lub przysposobione ubezpieczonego, a także dziecko własne lub przysposobione jego współmałżonka albo partnera, pod warunkiem że drugi rodzic dziecka (współmałżonka albo partnera) nie żyje; dziecko musi mieć mniej niż 25 lat w chwili wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
w przypadku dodatkowego ubezpieczenia:
 - a) na wypadek osierocenia dziecka – ograniczenie wiekowe do 25 lat nie dotyczy dziecka, które zostało uznane za niezdolne do samodzielnej egzystencji,
 - b) na wypadek pobytu dziecka w szpitalu z powodu choroby – za dziecko uważa się osobę, która ukończyła 1. rok życia i nie ukończyła 25. roku życia;

- 3) **dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku włącznie, z wyłączeniem dni wolnych od pracy, zgodnie z Ustawą z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy, z późniejszymi zmianami;
- 4) **dzień złożenia wniosku** – dzień złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przez ostatnią z osób dokonujących uwierzytelnienia;
- 5) **ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowana przez Światową Organizację Zdrowia;
- 6) **karencja** – okres, w którym wyłączamy lub ograniczamy naszą odpowiedzialność; jeśli w tym czasie wystąpi zdarzenie objęte zakresem ubezpieczenia, nie wypłacimy świadczenia lub wypłacimy je w niższej wysokości, chyba że jest ono spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem;
- 7) **lekarz specjalista** – lekarz, którego specjalizacja znajduje się w wykazie specjalizacji lekarskich, stanowiącym załącznik do rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (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);
- 8) **miesiąc polisy** – miesiąc, który rozpoczyna się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca; jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca; miesiąc polisy kończy się w dniu, który poprzedza pierwszy dzień kolejnego miesiąca polisy;
- 9) **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 albo partnera, dziecka, rodzica ubezpieczonego, rodzica współmałżonka albo rodzica partnera; nie uznajemy za nieszczęśliwy wypadek zawału serca, udaru mózgu ani innych chorób, nawet tych, które występują nagle, a także następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia;
- 10) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów, które powstało w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 11) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM) lub Oddział Intensywnej Terapii (OIT)** – wydzielony specjalistyczny oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, którzy wymagają intensywnego leczenia i stałego nadzoru podstawowych czynności życiowych oraz podtrzymywania czynności niewydolnych organów i układów organizmu; w rozumieniu OWUD za OIOM/OIT uznajemy również wyodrębnione w obrębie oddziału lub kliniki i przeznaczone do leczenia oraz podtrzymania czynności niewydolnych organów i układów organizmu chorych, wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania podstawowych czynności życiowych, a także wyposażone na stałe w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych:
 - a) oddziały intensywnego nadzoru medycznego lub intensywnej terapii,
 - b) sale intensywnej opieki medycznej, sale intensywnej terapii, sale intensywnego nadzoru medycznego;w rozumieniu OWUD za OIOM lub OIT nie uważamy oddziału rehabilitacji, sal pooperacyjnych ani sal nadzoru pooperacyjnego;
- 12) **pakiet dodatkowy** – umowy dodatkowe, które ubezpieczający może dokupić do wybranego wariantu za opłatą dodatkowej składki;
- 13) **partner** – osoba fizyczna, która ukończyła 18 lat i została wskazana przez ubezpieczonego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub w innym dokumencie; w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego osoba ta musi pozostawać z ubezpieczonym we wspólnym pożyciu oraz prowadzić z nim wspólne gospodarstwo domowe;

partnerem nie może być osoba spokrewniona z ubezpieczonym – czyli taka, która pozostaje z nim w relacji pokrewieństwa, powinowactwa lub przysposobienia; zarówno ubezpieczony, jak i partner w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej nie mogą pozostawać w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego – za pozostawanie w związku małżeńskim uznaje się również pozostawanie w separacji;

partnera można wskazać:

 - a) we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia – ze skutkiem od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) w trakcie trwania umowy ubezpieczenia – ze skutkiem od pierwszego dnia najbliższego miesiąca polisy;zmiana partnera jest możliwa raz w roku polisy, ze skutkiem od najbliższego miesiąca polisy; jeżeli partner został wskazany we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, jego zmiana w pierwszym roku polisy będzie możliwa ze skutkiem od rocznicy polisy;
- 14) **partner medyczny** – operator medyczny, z którym współpracujemy w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy ubezpieczenia;
- 15) **placówka medyczna** – publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych, osoba, która wykonuje zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, które działają na terenie Polski na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za placówkę medyczną nie uważamy: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień (w szczególności od alkoholu, narkotyków lub leków), ośrodka sanatoryjnego, szpitala sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
- 16) **pobyt w szpitalu** – pobyt w szpitalu, który potwierdza dokumentacja medyczna i który trwa nieprzerwanie co najmniej:
 - a) 1 dzień w przypadku pobytu w szpitalu związanego z leczeniem doznanych obrażeń ciała,

b) tyle dni, ile potwierdziliśmy w polisie w przypadku pobytu w szpitalu związanego z chorobą, w tym także związanego z ciążą lub powikłaniami poporodowymi (okres pobytu w szpitalu liczymy od dnia porodu), wyłączając pobyt w szpitalu w związku z porodem fizjologicznym;

pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia do szpitala, a kończy się w dniu wypisania ze szpitala; jeżeli wpis i wypis ze szpitala są tego samego dnia, pobyt taki nie jest objęty zakresem ubezpieczenia;

- 17) **polisa** – dokument, który potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki;
- 18) **przysposobienie dziecka wymagającego leczenia** – przysposobienie dziecka, które przy urodzeniu spełniało co najmniej jedną z poniższych przesłanek:
- a) otrzymało 1–8 punktów w skali Apgar,
 - b) urodziło się z wadą wrodzoną,
 - c) urodziło się jako wcześniak;
- przy punktacji w skali Apgar bierze się pod uwagę ostatnią dokonaną ocenę.
- 19) **rekonwalescencja** – okres pobytu na zwolnieniu lekarskim, który następuje bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu i służy powrotowi do zdrowia; do okresu rekonwalescencji nie wliczamy okresu, w którym ubezpieczony lub współmałżonek albo partner – w zależności od przedmiotu ubezpieczenia wskazanego w umowie dodatkowej – przebywał w placówce medycznej;
- 20) **rocznica polisy** – każda rocznica początku ochrony, a jeżeli w danym roku kalendarzowym nie ma takiego dnia, ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym rocznica ta przypada (np. jeżeli początek ochrony przypada 29 lutego, to w latach przestępnych rocznica polisy przypadnie 28 lutego);
- 21) **rodzic** – matka lub ojciec ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; w przypadku gdy matka lub ojciec ubezpieczonego nie żyje, za jego rodzica uznajemy również odpowiednio osobę, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest:
- a) żoną ojca ubezpieczonego lub wdową po ojcu ubezpieczonego, o ile po śmierci ojca nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - b) mężem matki ubezpieczonego lub wdowcem po matce ubezpieczonego, o ile po śmierci matki nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
- 22) **rodzic współmałżonka** – matka lub ojciec osoby pozostającej z ubezpieczonym w związku małżeńskim, zgodnie z przepisami Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; jeżeli matka lub ojciec współmałżonka nie żyje, za rodzica współmałżonka uznaje się również odpowiednio:
- a) żonę ojca współmałżonka lub wdowę po ojcu współmałżonka, pod warunkiem że po jego śmierci nie zawarła ponownie związku małżeńskiego,
 - b) męża matki współmałżonka lub wdowca po matce współmałżonka, pod warunkiem że po jej śmierci nie zawarł ponownie związku małżeńskiego;
- w przypadku śmierci współmałżonka jego rodzice (w rozumieniu powyższej definicji) pozostają uznawani za rodziców współmałżonka, o ile ubezpieczony nie zawarł ponownie związku małżeńskiego lub nie wskaże partnera;
- 23) **rodzic partnera** – matka lub ojciec osoby wskazanej przez ubezpieczonego jako partner, zgodnie z definicją partnera zawartą w umowie ubezpieczenia; jeżeli matka lub ojciec partnera nie żyje, za rodzica partnera uznaje się również odpowiednio:
- a) żonę ojca partnera lub wdowę po ojcu partnera, pod warunkiem że po jego śmierci nie zawarła ponownie związku małżeńskiego,
 - b) męża matki partnera lub wdowca po matce partnera, pod warunkiem że po jej śmierci nie zawarł ponownie związku małżeńskiego;
- w przypadku śmierci partnera jego rodzice (w rozumieniu powyższej definicji) pozostają uznawani za rodziców partnera, o ile ubezpieczony nie wskaże nowego partnera lub nie zawarł związku małżeńskiego;
- 24) **rok polisy** – okres 12 miesięcy polisy, który rozpoczyna się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdą rocznicę polisy, a kończy się w dniu, który bezpośrednio poprzedza rocznicę polisy;
- 25) **sanatorium** – zakład lecznictwa, który znajduje się na terenie Polski, działa zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa i przeznaczony jest do leczenia – głównie naturalnymi środkami – chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom;
- 26) **suma ubezpieczenia** – kwota, którą wskazujemy w polisie lub aneksie do polisy, na podstawie której ustalamy wysokość świadczenia, jeśli zajdzie zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia;
- 27) **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot leczniczy wykonuje przez całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu i pielęgnacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; za szpital nie uznajemy:
- a) zakładu lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitala uzdrowiskowego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego,
 - b) podmiotu leczniczego lub jego przedsiębiorstwa, które rehabilituje pacjentów – dotyczy to także rehabilitacji uzdrowiskowej,
 - c) zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego,
 - d) zakładu opiekuńczo-leczniczego,
 - e) hospicjum lub podmiotu świadczącego opiekę paliatywną,

- f) domu opieki społecznej,
 - g) placówek, które leczą pacjentów z alkoholizmu i innych uzależnień, nawet jeśli podmioty te świadczą całodobowe kompleksowe świadczenia zdrowotne, które polegają na diagnozowaniu, leczeniu i pielęgnacji,
 - h) ośrodka, oddziału, pododdziału dla psychicznie chorych,
 - i) ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic,
 - j) oddziałów i pododdziałów dziennych,
 - k) przychodni, w tym przychodni przyszpitalnych, ani nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- 28) **trwały nośnik** – materiał lub narzędzie, które umożliwiają Tobie lub ubezpieczonemu przechowywanie informacji kierowanych osobiście do Ciebie lub ubezpieczonego, w sposób który zapewnia dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, i które pozwalają odtworzyć przechowywane informacje w niezmienionej postaci;
- 29) **umowa dodatkowa** – umowa zawierana na podstawie ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia (OWUD) jako rozszerzenie umowy podstawowej; umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa;
- 30) **umowa podstawowa** – umowa zawierana na podstawie tych OWU;
- 31) **umowa ubezpieczenia** – umowa podstawowa wraz z umowami dodatkowymi (składające się na pakiet) oraz, jeśli rozszerzono zakres ubezpieczenia o pakiety dodatkowe, także te pakiety dodatkowe; umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie OWU i OWUD;
- 32) **uposażony** – osoba wskazana przez ubezpieczonego do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci;
- 33) **uposażony zastępczy** – osoba wskazana przez ubezpieczonego do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie było uposażonych lub utracili oni prawo do świadczenia;
- 34) **uprawniony** – ubezpieczony, dziecko lub – jeżeli dziecko jest niepełnoletnie – prawny opiekun, lub osoba upoważniona do sprawowania opieki nad dzieckiem, którzy są uprawnieni do umawiania i odbywania wizyt w placówkach medycznych z dzieckiem;
- 35) **urodzenie się dziecka** – urodzenie się żywego dziecka, co potwierdza akt urodzenia wystawiony przez urząd stanu cywilnego, w którym to akcie ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic tego dziecka;
- 36) **urodzenie się dziecka wymagającego leczenia** – urodzenie się żywego dziecka, które przy urodzeniu spełniało co najmniej jedną z tych przesłanek:
- a) otrzymało 1–8 punktów w skali Apgar,
 - b) urodziło się z wadą wrodzoną,
 - c) urodziło się jako wcześniak;
- przy punktacji w skali Apgar bierzemy pod uwagę ostatnią dokonaną ocenę; urodzenie się tego dziecka potwierdza akt urodzenia wystawiony przez urząd stanu cywilnego, w którym to akcie ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic tego dziecka;
- 37) **uszczerbek lub uszkodzenie ciała** – następstwa nieszczęśliwego wypadku, które wymieniliśmy w tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała lub w tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka;
- 38) **uwierzytelnienie** – w zależności od sposobu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia:
- a) złożenie własnoręcznego podpisu na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - b) złożenie własnoręcznego podpisu na karcie podpisów do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - c) potwierdzenie woli zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową wraz ze wszystkimi zgodami i oświadczeniami, w sposób który wskazujemy w przesłanej przez nas informacji mejlowej, oraz potwierdzenie tożsamości za pomocą mojeID;
- 39) **wada wrodzona** – nieprawidłowość rozwojowa dotycząca narządu lub części ciała, nabyta w życiu płodowym, pojedyncza lub mnoga, która doprowadziła 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); w zakresie dodatkowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka wymagającego leczenia za wadę wrodzoną uznajemy tylko wadę zdiagnozowaną przed ukończeniem 1. roku życia dziecka;
- 40) **wcześnieśnik** – żywy noworodek, który urodził się przed 36. tygodniem ciąży z wagą poniżej 2500 g; poród przedwczesny oraz wiek korygowany płodu musi potwierdzać dokumentacja medyczna;
- 41) **wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia** – formularz, w którym deklarujesz chęć zawarcia z nami umowy ubezpieczenia;
- 42) **współmałżonek** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego była z ubezpieczonym w związku małżeńskim;
- 43) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek, któremu ubezpieczony lub odpowiednio – w zależności od przedmiotu ubezpieczenia wskazanego w umowie dodatkowej – współmałżonek albo partner lub dziecko, uległ jako pasażer, kierujący, członek załogi, pieszy lub rowerzysta w związku z ruchem:
- a) pojazdu silnikowego w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, motoroweru, rowerze lub pojazdu szynowego,
 - b) pasażerskiego statku powietrznego,
 - c) statku morskiego, promu morskiego lub pasażerskiego;
- 44) **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku, który nastąpił w związku z pracą:
- a) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem zwykłych czynności lub poleceń przełożonych oraz w trakcie trwania podróży służbowej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych zadań,

- b) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem czynności na rzecz pracodawcy (nawet bez polecenia z jego strony),
 - c) w czasie pozostawania w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
 - d) podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony,
 - e) przy wykonywaniu zadań zleconych przez organizacje związkowe, które działają u pracodawcy;
- za wypadek przy pracy nie uznajemy wypadku w drodze do pracy lub z pracy;
- 45) **zaburzenia psychiczne** – stan zakwalifikowany w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (rozdział V ICD-10, kod F00–F99);
- 46) **złożenie wniosku ubezpieczeniowego** – uwierzytelnienie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokonane przez ubezpieczającego, a w przypadku gdy ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego – dokonane również przez ubezpieczonego.

Postanowienia końcowe

– co jeszcze jest ważne

103. W sprawach nieuregulowanych w OWU i OWUD do umowy ubezpieczenia stosuje się przepisy prawa polskiego.
104. Strony mogą składać oświadczenia i zawiadomienia, które dotyczą umowy ubezpieczenia, z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, o ile OWU lub OWUD nie wymagają zachowania innej formy.
105. Integralną część tych OWU i OWUD stanowią odpowiednio Formularze do OWU lub OWUD, czyli informacje sporządzone zgodnie z art. 17 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
106. Sprawozdania o naszej wypłacalności i kondycji finansowej publikujemy na naszej stronie internetowej.
107. 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.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 4

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. i wchodzi one w życie 1 sierpnia 2024 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w pkt 102 OWU – zapoznaj się z nimi.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek zdarzył się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD w przypadku śmierci ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 76–78 oraz 85 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 4

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. i wchodzi one w życie 1 sierpnia 2024 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w pkt 102 OWU – zapoznaj się z nimi.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego, jeśli wypadek komunikacyjny zdarzył się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD w przypadku śmierci ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 76–78 oraz 85 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–3 i 7
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 4–6

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. i wchodzi one w życie 1 sierpnia 2024 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w pkt 102 OWU oraz na końcu OWUD – zapoznaj się z nimi. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, jeśli zawał serca lub udar mózgu zdarzył się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD w przypadku śmierci ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli śmierć nastąpi w ciągu 3 miesięcy od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 76, 77 oraz 85 OWU.

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

5. Nie wypłacimy świadczenia w przypadku śmierci ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu w okresie pierwszych 6 miesięcy, które liczymy od początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tych OWUD lub od daty rozszerzenia zakresu ochrony o tę umowę dodatkową.

6. Z zastrzeżeniem pkt 5, ograniczymy wysokość świadczenia w przypadku śmierci ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w okresie pierwszych 6 miesięcy, które liczymy od daty obowiązywania nowego wariantu, jeśli w wyniku zmiany wariantu podwyższona została suma ubezpieczenia z tytułu tych OWUD. W takim przypadku świadczenie ograniczymy do wysokości sumy ubezpieczenia należnej w ramach poprzedniego wariantu.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

7. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
- 1) **śmierć w następstwie udaru mózgu** – śmierć w następstwie udaru niedokrwiennego, udaru krwotocznego, krwotoku podpajęczynówkowego na skutek pęknięcia tętniaka wewnątrzczaszkowego, co zostało wskazane jako przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcijnego, lub w dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci;
 - 2) **śmierć w następstwie zawału serca** – śmierć w następstwie martwicy części mięśnia sercowego, spowodowanej niedokrwieniem, co zostało wskazane jako przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcijnego, lub w dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–4
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 5–6

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. i wchodzi one w życie 1 sierpnia 2024 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w pkt 102 OWU – zapoznaj się z nimi.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy osierocenie przez ubezpieczonego dziecka w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy każdemu dziecku ubezpieczonego świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD w przypadku śmierci ubezpieczonego w czasie naszej ochrony ubezpieczeniowej.
4. Jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku umrze także druga osoba, której przysługiwała władza rodzicielska nad dzieckiem ubezpieczonego w chwili śmierci ubezpieczonego lub w momencie osiągnięcia przez dziecko pełnoletności, wypłacimy dodatkowe świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD każdemu dziecku, nad którym oboje sprawowali oni władzę rodzicielską.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 76–78 oraz 85 OWU.

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

5. Nie wypłacimy świadczenia w przypadku osierocenia przez ubezpieczonego dziecka, jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w okresie pierwszych 6 miesięcy, które liczymy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tych OWUD lub od daty rozszerzenia zakresu ochrony o tę umowę dodatkową.
6. Z zastrzeżeniem pkt 5, ograniczymy wysokość świadczenia w przypadku osierocenia przez ubezpieczonego dziecka, jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w okresie pierwszych 6 miesięcy, które liczymy od daty obowiązywania nowego wariantu, jeśli w wyniku zmiany wariantu podwyższona została suma ubezpieczenia z tytułu tych OWUD. W takim przypadku świadczenie ograniczymy do wysokości sumy ubezpieczenia należnej w ramach poprzedniego wariantu.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–3, 5 pkt 1–117 Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 4

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. i wchodzi one w życie 1 sierpnia 2024 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w pkt 102 OWU – zapoznaj się z nimi.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy uszczerbek lub uszkodzenie ciała ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek zdarzył się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe – komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Jeśli ubezpieczony dozna uszczerbku lub uszkodzenia ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wypłacimy mu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD za każdy 1% uszczerbku lub uszkodzenia ciała.
4. Suma świadczeń w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem lub suma świadczeń w danym roku polisy nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.
5. Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała ustalamy na podstawie dokumentacji medycznej oraz tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała, która jest załącznikiem do tych OWUD.

6. Mamy prawo skierować ubezpieczonego na badania medyczne na nasz koszt i do lekarza, którego wskażemy, aby ustalić prawo do świadczenia lub jego wysokość.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 76–78 oraz 85 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–4, 6
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 5

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. i wchodzi one w życie 1 sierpnia 2024 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w pkt 102 OWU oraz na końcu OWUD – zapoznaj się z nimi. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy niezdolność ubezpieczonego do pracy spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem, jeśli nieszczęśliwy wypadek zdarzył się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe – komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. W przypadku niezdolności ubezpieczonego do pracy, która rozpoczęła się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej i trwała nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.
4. W uzasadnionych przypadkach możemy wypłacić świadczenie po upływie 6 miesięcy nieprzerwanego trwania niezdolności do pracy.
5. W czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej wypłacimy ubezpieczonemu tylko jedno świadczenie z tytułu tych OWUD.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 76–78 oraz 85 OWU.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

6. W OWUD używamy pojęcia, które ma następujące znaczenie:

niezdolność do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku – całkowita niezdolność do wykonywania przez ubezpieczonego jakiegokolwiek pracy spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem, która trwa nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, o ile zgodnie z wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez niego zdolności do pracy; o niezdolności do pracy mogą orzec, działając na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach: właściwy lekarz orzecznik, sąd lub organ rentowy; w przypadku braku orzeczenia tych podmiotów o niezdolności do pracy może orzec nasz lekarz orzecznik.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–4, 6–8, 14–15, 18–19, 21–22
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 9–11, 16–17, 20, 32–34

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

To OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. i wchodzi one w życie 1 sierpnia 2024 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w pkt 102 OWU – zapoznaj się z nimi.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy pobyt ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia:
 - 1) obrażeń ciała spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem lub wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem przy pracy, lub
 - 2) choroby, w tym także pobyt związany z ciążą, powikłaniami poporodowymi, z wyłączeniem pobytu w szpitalu w związku z porodem fizjologicznym.
3. Ubezpieczenie obejmuje pobyt w szpitalu, który rozpoczął się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.
4. W zależności od wariantu zakres ubezpieczenia może także obejmować:
 - 1) pobyt na OIOM/OIT, pobyt w sanatorium i rekonwalescencję;
 - 2) zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych związanych z pobytem w szpitalu, który trwał co najmniej 10 dni.
5. Zakres ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.

Świadczenia ubezpieczeniowe – na jakich zasadach je realizujemy

Świadczenie w związku z pobytem w szpitalu

6. Wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu.
7. Wysokość świadczenia zależy od przyczyny pobytu w szpitalu. Potwierdzamy ją w polisie.
8. Świadczenie wypłacamy w wysokości, która obowiązywała w dniu rozpoczęcia pobytu ubezpieczonego w szpitalu.

9. Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jedną przyczyną, wypłacimy tylko jedno świadczenie odpowiadające wyższej z kwot należnych za te zdarzenia.
10. Pobyt w szpitalu, który rozpoczął się po 12 miesiącach od daty nieszczęśliwego wypadku, uznajemy za pobyt spowodowany chorobą.
11. Świadczenie wypłacamy za maksymalnie 365 dni pobytu w szpitalu w danym roku polisy. Jeżeli nieprzerwany pobyt w szpitalu rozpoczął się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej i wykracza poza:
 - 1) dany rok polisy lub
 - 2) czas trwania ochrony ubezpieczeniowej,wliczamy ten pobyt do limitu 365 dni z roku polisy, w którym rozpoczął się pobyt ubezpieczonego w szpitalu. Jeśli dany nieprzerwany pobyt w szpitalu jest dłuższy niż 365 dni, świadczenie wypłacimy za 365 dni.
12. Świadczenie wypłacamy po zakończeniu pobytu ubezpieczonego w szpitalu. Na wniosek ubezpieczonego możemy wypłacić część świadczenia wcześniej, jeżeli jego pobyt w szpitalu trwa co najmniej 1 miesiąc. Do wniosku ubezpieczony powinien dołączyć dokument, którego treść potwierdza dotychczasową hospitalizację oraz konieczność dalszego leczenia w szpitalu.
13. Aby ustalić prawo ubezpieczonego do świadczenia, możemy skierować ubezpieczonego na badania medyczne na nasz koszt i do wskazanego przez nas lekarza.

Świadczenie w związku z pobytem na OIOM/OIT, pobytem w sanatorium lub rekonwalescencją

14. Wypłacimy ubezpieczonemu jednorazowe świadczenie za pobyt na OIOM/OIT, pobyt w sanatorium lub rekonwalescencję, w wysokości wskazanej w polisie.
15. Wypłacimy świadczenie, jeżeli pobyt na OIOM/OIT, pobyt w sanatorium lub rekonwalescencja wiążą się z pobytem w szpitalu, za który ubezpieczonemu przysługuje świadczenie, oraz spełnione są warunki:
 - 1) pobyt w sanatorium potwierdza dokumentacja medyczna;
 - 2) pobyt w szpitalu, który poprzedzał rekonwalescencję, trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni.
16. Wypłacimy tylko jedno świadczenie za pobyt w sanatorium w danym roku polisy.
17. Jeżeli pobyty w sanatorium będą spowodowane tą samą przyczyną, wypłacimy tylko jedno świadczenie w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.

Świadczenia ambulatoryjne

18. Ubezpieczony ma dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, jeśli pobyt w szpitalu, za który przysługuje mu świadczenie, trwał co najmniej 10 dni.
19. Świadczenia ambulatoryjne przyznajemy do każdego pobytu w szpitalu, który trwał co najmniej 10 dni, do wyczerpania sumy ubezpieczenia, którą wskazujemy w polisie.
20. Jeżeli pobyty w szpitalu będą spowodowane tą samą przyczyną, to przyznamy ubezpieczonemu tylko jeden dostęp do świadczeń ambulatoryjnych w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
21. Zakres świadczeń ambulatoryjnych obejmuje:
 - 1) konsultacje lekarzy tych specjalizacji:
 - 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 (złamanie gipsu, szwów),
 - b) iniekcje domięśniowe,
 - c) iniekcje dożylnie;
 - 4) badania obrazowe:

- a) RTG,
 - b) rezonans magnetyczny oraz tomografia,
 - c) USG, w tym ECHO serca,
 - d) EKG,
 - e) spirometria.
22. Ubezpieczony może skorzystać ze świadczeń ambulatoryjnych po przyznaniu świadczenia za pobyt w szpitalu, który trwał co najmniej 10 dni. Świadczenia ambulatoryjne przysługują mu przez 12 miesięcy od następnego dnia roboczego po dniu, w którym wypłaciliśmy świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu.
23. Świadczenia ambulatoryjne realizują placówki medyczne, które należą do sieci naszego partnera medycznego. Wykaz znajduje się na www.unia.pl. Informację o placówkach ubezpieczony może też uzyskać na infolinii medycznej.
24. Czas oczekiwania na konsultacje lekarzy specjalistów, o ile ubezpieczony nie wskaże późniejszego terminu, wynosi:
- 1) 3 dni robocze od dnia zgłoszenia – w przypadku okulistyki oraz chirurgii ogólnej;
 - 2) 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia – w przypadku pozostałych specjalizacji.
25. Terminy, które podajemy w pkt 24, dotyczą konsultacji u dowolnego lekarza danej specjalizacji, a nie konsultacji u konkretnego lekarza.
26. Nie wymagamy skierowania lekarskiego na konsultacje lekarzy specjalistów.
27. Miejsce i termin realizacji świadczenia ubezpieczony może uzgodnić wyłącznie przez infolinię medyczną.
28. Abyśmy mogli zrealizować świadczenia, ubezpieczony powinien:
- 1) zgłosić się do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) stosować się do poleceń i wskazówek, które otrzyma od pracowników placówki medycznej.
29. Jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej ubezpieczony uzyska naszą zgodę, może skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej poza siecią naszego partnera medycznego.
30. Jeśli za naszą zgodą ubezpieczony skorzystał z placówki medycznej poza siecią naszego partnera medycznego, zwrócimy mu poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia. Zwrot zrealizujemy w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów.
31. Aby ubezpieczony uzyskał zwrot kosztów świadczeń ambulatoryjnych, powinien złożyć u partnera medycznego wniosek o refundację kosztów. Wniosek udostępniamy na www.unia.pl. Do wniosku powinien dołączyć wskazane w nim dokumenty oraz fakturę imienną lub rachunek za realizację danego świadczenia.

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

32. Nie wypłacimy świadczenia w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby w okresie pierwszych 3 miesięcy, które liczymy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tych OWUD lub od daty rozszerzenia zakresu ochrony o tę umowę dodatkową.
33. Z zastrzeżeniem pkt 32, ograniczymy wysokość świadczenia w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby w okresie pierwszych 3 miesięcy, które liczymy od daty obowiązywania nowego wariantu, jeśli w wyniku zmiany wariantu podwyższona została kwota świadczenia. W takim przypadku świadczenie ograniczymy do kwoty świadczenia należnego w ramach poprzedniego wariantu.

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

34. Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli ubezpieczony jest w szpitalu, ponieważ:
- 1) leczy się lub poddaje zabiegowi w związku z porodem fizjologicznym, chyba że dotyczy to leczenia choroby, która jest skutkiem powikłań poporodowych;
 - 2) poddaje się operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że jest ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu ubezpieczony uległ w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej, lub usunięcia skutków choroby nowotworowej zdiagnozowanej w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej, lub leczenia wad wrodzonych;
 - 3) wykonuje rutynowe badania lekarskie, badania biochemiczne, badania rentgenowskie oraz inne badania, jeśli ich przyczyną nie jest choroba ani obrażenia ciała;
 - 4) wykonuje zabiegi rehabilitacyjne;
 - 5) leczy choroby umysłowe i zaburzenia psychiczne;
 - 6) udzielane mu są ambulatoryjne świadczenia zdrowotne w formie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 76–78 oraz 85 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–6, 8, 10–11, 16–18, 25 ppkt 1–55 Wykazu poważnych zachorowań – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 7, 12–14, 28–33

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. Weszły one w życie 1 sierpnia 2024 r. Następnie zostały zmienione uchwałą nr 1/29/07/2025 z 29 lipca 2025 r., która weszła w życie 22 sierpnia 2025 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w pkt 102 OWU – zapoznaj się z nimi.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy rozpoznanie u ubezpieczonego po raz pierwszy poważnego zachorowania, które znajduje się w wykazie poważnych zachorowań (w katalogu A albo katalogu B, albo katalogu C).
3. Poważne zachorowania wskazane w tabeli nr 1 grupujemy w katalogi i dodatkowo każde z nich przyporządkowaliśmy do określonej grupy. Wykaz poważnych zachorowań, katalogów i grup oraz procent sumy ubezpieczenia za każde poważne zachorowanie określamy w poniższej tabeli. W tabeli określamy również limit sumy ubezpieczenia w ramach jednej grupy poważnych zachorowań, który dla każdej grupy wynosi 100% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.

Tabela poważnych zachorowań nr 1

Poważne zachorowanie	Katalog A	Katalog B	Katalog C	Grupa	Limit sumy ubezpieczenia w ramach danej grupy	Procent sumy ubezpieczenia
Pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych	tak	tak	tak	1	100%	100
Zawał serca	tak	tak	tak	1	100%	100
Angioplastyka wieńcowa	tak	tak	tak	1	100%	20
Kardiomiopatia	brak	tak	tak	1	100%	100
Bakteryjne zapalenie opon mózgowych	tak	tak	tak	2	100%	100
Choroba neuronu ruchowego	tak	tak	tak	2	100%	100
Dystrofia mięśniowa	tak	tak	tak	2	100%	100
Łagodny guz mózgu	tak	tak	tak	2	100%	100
Łagodny guz rdzenia	tak	tak	tak	2	100%	100
Udar mózgu	tak	tak	tak	2	100%	100
Zapalenie mózgu	tak	tak	tak	2	100%	100
Niedowład (paraliż)	brak	tak	tak	2	100%	100
Poważny uraz głowy	brak	tak	tak	2	100%	100
Operacja błonowca mózgu	brak	brak	tak	2	100%	100
Odkleszczowe zapalenie mózgu	brak	brak	tak	2	100%	100
Operacja ropnia mózgu	brak	brak	tak	2	100%	100
Borelioza	brak	brak	tak	2	100%	20
Niewydolność nerek	tak	tak	tak	3	100%	100
Przeszczep narządów	tak	tak	tak	3	100%	100
Schyłkowa niewydolność wątroby	tak	tak	tak	3	100%	100
Ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń	tak	tak	tak	3	100%	100
Piorunujące zapalenie wątroby	brak	tak	tak	3	100%	100
Toczeń rumieniowaty układowy	brak	tak	tak	3	100%	100
Niedokrwiłość aplastyczna	tak	tak	tak	4	100%	100
Nowotwór złośliwy	tak	tak	tak	4	100%	100
Nowotwór in situ	brak	brak	tak	4	100%	10
Operacja aorty brzusznej	tak	tak	tak	5	100%	100
Operacja aorty piersiowej	tak	tak	tak	5	100%	100
Wymiana lub plastyka zastawki serca	brak	tak	tak	5	100%	100
Bakteryjne zapalenie wsierdza	brak	brak	tak	5	100%	100
Śpiączka	tak	tak	tak	6	100%	100
Utrata kończyn	tak	tak	tak	6	100%	100
Utrata mowy	tak	tak	tak	6	100%	100
Utrata słuchu	tak	tak	tak	6	100%	100
Utrata wzroku	tak	tak	tak	6	100%	100
Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie	brak	brak	tak	6	100%	100
Sepsa (posocznica)	brak	brak	tak	6	100%	100
Schyłkowa niewydolność oddechowa	brak	tak	tak	7	100%	100
Gruźlica	brak	brak	tak	7	100%	100
Ciężkie oparzenia III stopnia	tak	tak	tak	8	100%	100
Ciężkie oparzenia I i II stopnia	tak	tak	tak	8	100%	100
Zakażona martwica trzustki	brak	brak	tak	9	100%	100

Tabela poważnych zachorowań nr 2

Poważne zachorowanie	Katalog A	Katalog B	Katalog C	Procent sumy ubezpieczenia
Choroba Alzheimera	tak	tak	tak	100
Choroba Creutzfeldta-Jakoba	tak	tak	tak	100
Choroba Parkinsona	tak	tak	tak	100
Nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)	tak	tak	tak	100
Stwardnienie rozsiane	tak	tak	tak	100
Zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych	tak	tak	tak	100
Zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi	tak	tak	tak	100
Choroba Leśniowskiego-Crohna	brak	tak	tak	100
Twardzina	brak	tak	tak	100
Choroba Huntingtona	brak	brak	tak	100
Tęžec	brak	brak	tak	100
Wścieklizna	brak	brak	tak	100
Zgorzel gazowa	brak	brak	tak	100

- Poważne zachorowania wskazane w tabeli poważnych zachorowań nr 2 grupujemy w katalogi i nie przyporządkowujemy ich do grup. Oznacza to, że za każde poważne zachorowanie z tej tabeli możesz otrzymać 100% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD. Wykaz poważnych zachorowań, katalogów oraz procent sumy ubezpieczenia za każde poważne zachorowanie określamy w powyższej tabeli.
- W rozumieniu OWUD rozpoznanie poważnego zachorowania oznacza, że w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej u ubezpieczonego:
 - zdiagnozowano chorobę po raz pierwszy w jego życiu;
 - wykonano zabieg, który został przeprowadzony po raz pierwszy w jego życiu.
- Definicje poszczególnych poważnych zachorowań znajdują się w wykazie poważnych zachorowań, który jest załącznikiem do tych OWUD.
- Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje:
 - chorób, które znajdują się w wykazie poważnych zachorowań, jeśli prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tych OWUD, chyba że diagnostyka wykluczyła rozpoznanie choroby;
 - zabiegów, które znajdują się w wykazie poważnych zachorowań, jeśli wynikają z chorób, które zdiagnozowano, rozpoznano lub gdy prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tych OWUD, chyba że diagnostyka wykluczyła rozpoznanie choroby.
- W zależności od wariantu zakres ubezpieczenia może także obejmować organizację i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji z lekarzami specjalistami w związku z poważnym zachorowaniem.
- Zakres ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.

Świadczenia ubezpieczeniowe

– na jakich zasadach je realizujemy

Świadczenie w związku z poważnym zachorowaniem

- Jeśli u ubezpieczonego zostanie rozpoznane poważne zachorowanie, wypłacimy mu świadczenie w kwocie równej procentowi sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD dla danego poważnego zachorowania. Wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
- Procent sumy ubezpieczenia dla każdego poważnego zachorowania wskazujemy w tabelach w pkt 3 i 4.
- Maksymalna wysokość świadczeń w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej na wszystkie poważne zachorowania z jednej grupy poważnych zachorowań wynosi 100% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.
- Każda wypłata świadczenia z danej grupy poważnych zachorowań powoduje, że maksymalna wysokość świadczeń w ramach danej grupy poważnych zachorowań, czyli 100% sumy ubezpieczenia z danej grupy poważnych zachorowań, zmniejsza się o sumę procentowych wartości świadczeń, które wypłaciliśmy z tej grupy poważnych zachorowań.
- Po rozpoznaniu danego poważnego zachorowania i wypłacie świadczenia z tego tytułu ochrona ubezpieczeniowa w zakresie tego poważnego zachorowania wygasa. Nie dotyczy to rozpoznania nowotworu in situ. W przypadku rozpoznania nowotworu in situ wypłacimy ubezpieczonemu jedno świadczenie za pierwsze rozpoznanie z każdej z 9 kategorii nowotworu in situ od D00 do D09 (zgodnie z klasyfikacją chorób ICD-10).

W czasie gdy zapewniamy Ci ochronę ubezpieczeniową, możesz zgłosić nam maksymalnie 9 razy rozpoznanie nowotworu in situ. Nowotwory te muszą należeć do różnych kategorii od D00 do D09 zgodnie z klasyfikacją chorób ICD-10.

15. Poważne zachorowanie potwierdzamy na podstawie dokumentacji medycznej lub dodatkowo na podstawie badań medycznych wykonanych na nasz koszt i przez lekarza, którego wskażemy.

Konsultacje lekarzy specjalistów

16. Jeśli przyznamy ubezpieczonemu świadczenie z tytułu poważnego zachorowania, otrzyma on dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów, o ile ubezpieczenie obejmuje to świadczenie.
17. Ubezpieczonemu przysługuje maksymalnie 30 konsultacji lekarzy specjalistów.
18. Z konsultacji lekarzy specjalistów ubezpieczony może skorzystać w ciągu 12 miesięcy, które liczymy od następnego dnia roboczego po dniu, w którym wypłaciliśmy mu świadczenie z tytułu poważnego zachorowania.
19. Konsultacje lekarzy specjalistów realizują placówki medyczne, które należą do sieci naszego partnera medycznego. Wykaz znajduje się na www.unia.pl. Informację o placówkach ubezpieczony może też uzyskać przez infolinię medyczną.
20. Czas oczekiwania na konsultacje lekarzy specjalistów, o ile ubezpieczony nie wskaże późniejszego terminu, wynosi:
- 1) 3 dni robocze od dnia zgłoszenia – w przypadku dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej;
 - 2) 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia – w przypadku pozostałych specjalizacji.
21. Terminy, które podajemy w pkt 20, dotyczą konsultacji u dowolnego lekarza danej specjalizacji, a nie konsultacji u konkretnego lekarza.
22. Nie wymagamy skierowania lekarskiego na konsultacje lekarzy specjalistów.
23. Miejsce i termin realizacji świadczenia ubezpieczony może uzgodnić wyłącznie przez infolinię medyczną.
24. Abyśmy mogli zrealizować świadczenie, ubezpieczony powinien:
- 1) zgłosić się do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) stosować się do poleceń i wskazówek, które otrzyma od pracowników placówki medycznej.
25. Jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej ubezpieczony uzyska naszą zgodę, może skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej poza siecią naszego partnera medycznego.
26. Jeśli za naszą zgodą ubezpieczony skorzystał z placówki medycznej poza siecią naszego partnera medycznego, zwrócimy mu poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego. Zwrot zrealizujemy w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów. Wysokość limitu refundacyjnego wskazujemy w polisie.
27. Aby uzyskać zwrot kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, ubezpieczony powinien złożyć u naszego partnera medycznego wniosek o refundację kosztów. Wniosek udostępniamy na www.unia.pl. Do wniosku powinien dołączyć wskazane w nim dokumenty oraz fakturę imienną lub rachunek za realizację danej konsultacji.

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

28. Nie wypłacimy świadczenia w przypadku rozpoznania u ubezpieczonego poważnego zachorowania w okresie pierwszych 3 miesięcy, które liczymy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tych OWUD lub od daty rozszerzenia zakresu ochrony o tę umowę dodatkową.
29. Z zastrzeżeniem pkt 28, ograniczymy wysokość świadczenia w przypadku rozpoznania u ubezpieczonego poważnego zachorowania w okresie pierwszych 3 miesięcy, które liczymy od daty obowiązywania nowego wariantu, jeśli w wyniku zmiany wariantu podwyższona została suma ubezpieczenia. W takim przypadku świadczenie ograniczymy do kwoty świadczenia należnego w ramach poprzedniego wariantu.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

30. Po przyznaniu świadczenia za dane poważne zachorowanie wygasa nasza odpowiedzialność w zakresie tego poważnego zachorowania, z wyjątkiem rozpoznania nowotworu in situ, do którego stosujemy pkt 14.

Przykład

Jeśli wypłaciliśmy już ubezpieczonemu świadczenie z tytułu zawału serca, a następnie zgłosi roszczenie z tytułu udaru mózgu, to wypłacimy mu świadczenie z tytułu udaru mózgu – o ile dokumentacja medyczna potwierdzi zasadność takiego zgłoszenia. Zawał serca i udar mózgu kwalifikujemy do różnych grup, dlatego ubezpieczony otrzyma dwa świadczenia.

Jeśli jednak ubezpieczony zgłosi roszczenie z tytułu zawału serca i wypłacimy mu to świadczenie, a następnie zgłosi roszczenie z tytułu kardiomiopatii, to nie wypłacimy mu drugiego świadczenia, ponieważ oba poważne zachorowania należą do tej samej grupy, a za pierwsze zgłoszenie wypłaciliśmy już 100% sumy ubezpieczenia. Gdyby pierwsze zgłoszenie dotyczyło angioplastyki wieńcowej, a kolejne kardiomiopatii, to za kardiomiopatię wypłacilibyśmy kwotę pozostałą po wypłacie pierwszego świadczenia, czyli 80%.

31. W przypadku rozpoznania co najmniej dwóch nowotworów złośliwych o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji, wypłacimy tylko jedno świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.
32. Świadczenie przyznamy ubezpieczonemu pod warunkiem, że pozostanie przy życiu przez okres co najmniej 14 dni od daty rozpoznania poważnego zachorowania.

33. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje poważnych zachorowań, które:

- 1) zostały rozpoznane przed upływem jednego miesiąca od daty rozpoznania poprzedniego poważnego zachorowania, w związku z którym ponieśliśmy odpowiedzialność;
- 2) są następstwem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, chyba że zakażenie nastąpiło w okolicznościach, o których mowa w poz. 28) i 29) wykazu poważnych zachorowań, który stanowi załącznik do OWUD;
- 3) są następstwem zdarzeń, które wymieniamy w pkt 76–78 OWU.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 76–78 oraz 85 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–3, 5–6, 14 pkt 1–16 Tabeli operacji medycznych – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej ubezpieczonego
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 4, 7, 9–13

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. i wchodzi one w życie 1 sierpnia 2024 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w pkt 102 OWU oraz na końcu w OWUD – zapoznaj się z nimi. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy przeprowadzenie u ubezpieczonego operacji medycznej w placówce medycznej w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczeniem obejmujemy operację medyczną spowodowaną:
 - 1) chorobą lub
 - 2) obrażeniami ciała, które powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który zdarzył się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczeniem nie obejmujemy operacji medycznych, jeśli wynikają one z chorób, które zdiagnozowano, rozpoznano lub w kierunku których prowadzono postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą początku ochrony ubezpieczeniowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

5. Jeśli u ubezpieczonego zostanie przeprowadzona operacja medyczna, wypłacimy mu świadczenie w wysokości:

- 1) 50% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD – w przypadku operacji medycznej 1. klasy,
- 2) 30% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD – w przypadku operacji medycznej 2. klasy,
- 3) 10% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD – w przypadku operacji medycznej 3. klasy.
6. Wysokość świadczenia, o którym mowa w pkt 5, ustalimy zgodnie z tabelą operacji medycznych, która jest załącznikiem do tych OWUD.
7. Jeżeli w tym samym dniu lub w ciągu następnych 60 dni przeprowadzono u ubezpieczonego kilka operacji medycznych związanych z leczeniem tych samych obrażeń ciała lub tej samej choroby, wypłacimy ubezpieczonemu tylko jedno najwyższe świadczenie z tytułu przeprowadzonych operacji medycznych.
8. Klasę operacji medycznej i datę jej przeprowadzenia potwierdzamy na podstawie dokumentacji medycznej lub, jeśli dokumentacja nie wystarcza, na podstawie badań medycznych wykonanych na nasz koszt i przez lekarza, którego wskażemy.
9. Suma świadczeń w danym roku polisy nie może być wyższa niż 100% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

10. Nie wypłacimy świadczenia w przypadku operacji medycznej przeprowadzonej u ubezpieczonego w okresie pierwszych 3 miesięcy, które liczymy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tych OWUD lub od daty rozszerzenia zakresu ochrony o tę umowę dodatkową.
11. Z zastrzeżeniem pkt 10, ograniczymy wysokość świadczenia w przypadku przeprowadzenia u ubezpieczonego operacji medycznej w okresie pierwszych 3 miesięcy, które liczymy od daty obowiązywania nowego wariantu, jeśli w wyniku zmiany wariantu podwyższona została suma ubezpieczenia. W takim przypadku świadczenie ograniczymy do kwoty świadczenia należnego w ramach poprzedniego wariantu.

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

12. Nie wypłacimy ubezpieczonemu świadczenia z tytułu operacji medycznej:
 - 1) jeśli była to operacja kosmetyczna lub plastyczna, chyba że była niezbędna do:
 - a) usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków, które zdarzyły się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej, lub
 - b) choroby nowotworowej zdiagnozowanej w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej, lub
 - c) leczenia wad wrodzonych;
 - 2) przeprowadzonej w celu antykoncepcyjnym;
 - 3) przeprowadzonej w celu leczenia stomatologicznego;
 - 4) związanej z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową;
 - 5) która ma na celu zaopatrzenie ran ciętych oraz ran poporodowych;
 - 6) która jest następstwem zdarzeń wymienionych w pkt 76–78 OWU.
13. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli ubezpieczony umrze w trakcie operacji medycznej.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 76–78 oraz 85 OWU.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

14. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
 - 1) **operacja medyczna** – zabieg medyczny, wymieniony w tabeli operacji medycznych, który przeprowadza lekarz w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym w trakcie pobytu ubezpieczonego w placówce medycznej; wyróżniamy następujące rodzaje operacji medycznych:
 - a) operacja medyczna metodą endoskopową – zabieg chirurgiczny, który polega na takim otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub narządów wewnętrznych, które uniemożliwia czynności, określone w terminologii medycznej jako rękoczyn, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,
 - b) operacja medyczna metodą otwartą – zabieg chirurgiczny, który polega na otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych, połączony z czynnościami, które w terminologii medycznej określa się jako rękoczyn, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,
 - c) operacja medyczna metodą zamkniętą – zabieg chirurgiczny bez otwierania jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych (zabiegi prześkórne, przeznaczyniowe, z użyciem endoskopu);
 jeżeli w tabeli operacji medycznych nie precyzujemy metody wykonania operacji medycznej, ponosimy odpowiedzialność za operację medyczną wykonaną metodą otwartą lub endoskopową;
 - 2) **placówka medyczna** – publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, które działają na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za placówkę medyczną nie uważamy: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień (w szczególności od alkoholu, narkotyków lub leków), ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 4–6

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. Weszły one w życie 1 sierpnia 2024 r. Następnie zostały zmienione uchwałą nr 1/29/07/2025 z 29 lipca 2025 r., która weszła w życie 22 sierpnia 2025 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w pkt 102 OWU – zapoznaj się z nimi.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie współmałżonka albo partnera ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest śmierć jego współmałżonka albo jego partnera w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD w przypadku śmierci jego współmałżonka albo jego partnera.
4. Wypłacimy maksymalnie jedno świadczenie w danym roku polisy z tytułu tych OWUD.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 76–77, 79 oraz 85 OWU.

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

5. Nie wypłacimy świadczenia w przypadku śmierci współmałżonka albo partnera w okresie pierwszych 6 miesięcy, które liczymy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tych OWUD lub od daty rozszerzenia zakresu ochrony o tę umowę dodatkową.
6. Z zastrzeżeniem pkt 5, ograniczymy wysokość świadczenia w przypadku śmierci współmałżonka albo partnera w okresie pierwszych 6 miesięcy, które liczymy od daty obowiązywania nowego wariantu, jeśli w wyniku zmiany wariantu podwyższona została suma ubezpieczenia. W takim przypadku świadczenie ograniczymy do kwoty świadczenia należnego w ramach poprzedniego wariantu.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 4–5

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. Weszły one w życie 1 sierpnia 2024 r. Następnie zostały zmienione uchwałą nr 1/29/07/2025 z 29 lipca 2025 r., która weszła w życie 22 sierpnia 2025 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w pkt 102 OWU – zapoznaj się z nimi.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie współmałżonka ubezpieczonego albo jego partnera.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest śmierć jego współmałżonka albo partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek zdarzył się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD w przypadku śmierci jego współmałżonka albo partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią współmałżonka albo śmiercią partnera.
5. Wypłacimy maksymalnie jedno świadczenie w danym roku polisy z tytułu tych OWUD.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 76–79 oraz 85 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–3, 5 pkt 1–117 Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała współmałżonka albo partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 4

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. Weszły one w życie 1 sierpnia 2024 r. Następnie zostały zmienione uchwałą nr 1/29/07/2025 z 29 lipca 2025 r., która weszła w życie 22 sierpnia 2025 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 102 – zapoznaj się z nimi.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie współmałżonka albo partnera ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest uszczerbek lub uszkodzenie ciała jego współmałżonka albo jego partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek zdarzył się w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Jeśli współmałżonek albo partner dozna uszczerbku lub uszkodzenia ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD za każdy 1% uszczerbku lub uszkodzenia ciała współmałżonka albo partnera.

4. Suma świadczeń w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem lub suma świadczeń w danym roku polisy nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.
5. Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała ustalamy na podstawie dokumentacji medycznej oraz tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała, która jest załącznikiem do tych OWUD.
6. Mamy prawo skierować współmałżonka albo partnera na badania medyczne na nasz koszt i do lekarza, którego wskażemy, aby ustalić prawo do świadczenia lub jego wysokość.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 76–79 oraz 85 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–4, 6–8, 10, 14–15
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 9, 11, 16–20

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. Weszły one w życie 1 sierpnia 2024 r. Następnie zostały zmienione uchwałą nr 1/29/07/2025 z 29 lipca 2025 r., która weszła w życie 22 sierpnia 2025 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 102 – zapoznaj się z nimi.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie współmałżonka albo partnera ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest pobyt współmałżonka albo partnera w szpitalu w celu leczenia:
 - 1) obrażeń ciała spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, a także wypadkiem komunikacyjnym, lub
 - 2) choroby, w tym także pobyt związany z ciążą, powikłaniami poporodowymi, z wyłączeniem pobytu w szpitalu w związku z porodem fizjologicznym.
3. Ubezpieczenie obejmuje pobyt w szpitalu, który rozpoczął się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.
4. W zależności od wariantu zakres ubezpieczenia może także obejmować pobyt na OIOM/OIT, pobyt w sanatorium i rekonwalescencję.
5. Zakres ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.

Świadczenia ubezpieczeniowe

– na jakich zasadach je realizujemy

Świadczenie w związku z pobytem w szpitalu

6. Wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie za każdy dzień pobytu jego współmałżonka albo partnera w szpitalu.
7. Wysokość świadczenia zależy od przyczyny pobytu w szpitalu. Potwierdzamy ją w polisie.
8. Świadczenie wypłacamy w wysokości, która obowiązywała w dniu rozpoczęcia pobytu współmałżonka albo partnera w szpitalu.

9. Jeżeli pobyt współmałżonka albo partnera w szpitalu został spowodowany więcej niż jedną przyczyną, wypłacimy tylko jedno świadczenie odpowiadające wyższej z kwot należnych za te zdarzenia.
10. Pobyt w szpitalu, który rozpoczął się po 12 miesiącach od daty nieszczęśliwego wypadku, uznajemy za pobyt spowodowany chorobą.
11. Świadczenie wypłacamy za maksymalnie 365 dni pobytu w szpitalu w danym roku polisy. Jeżeli nieprzerwany pobyt współmałżonka albo partnera w szpitalu rozpoczął się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej i wykracza poza:
 - 1) dany rok polisy lub
 - 2) czas naszej ochrony ubezpieczeniowej,wliczamy ten pobyt do limitu 365 dni z roku polisy, w którym pobyt ten się rozpoczął. Jeśli dany nieprzerwany pobyt w szpitalu jest dłuższy niż 365 dni, świadczenie wypłacimy za 365 dni.
12. Świadczenie wypłacamy po zakończeniu pobytu współmałżonka albo partnera w szpitalu. Na wniosek ubezpieczonego możemy wypłacić część świadczenia wcześniej, jeżeli pobyt jego współmałżonka albo partnera w szpitalu trwa co najmniej jeden miesiąc. Ubezpieczony powinien dołączyć do wniosku o wypłatę świadczenia dokument, którego treść potwierdza dotychczasową hospitalizację współmałżonka albo partnera oraz konieczność jego dalszego leczenia w szpitalu.
13. Aby ustalić prawo ubezpieczonego do świadczenia, możemy skierować jego współmałżonka albo partnera na badania medyczne na nasz koszt i do wskazanego przez nas lekarza.

Świadczenie w związku z pobytem na OIOM/OIT, w sanatorium lub rekonwalescencją

14. Wypłacimy ubezpieczonemu jednorazowe świadczenie za pobyt jego współmałżonka albo partnera na OIOM/OIT, pobyt w sanatorium lub rekonwalescencję, w wysokości wskazanej w polisie.
15. Wypłacimy świadczenie, jeżeli pobyt współmałżonka albo partnera na OIOM/OIT, pobyt w sanatorium lub rekonwalescencja wiążą się z pobytem w szpitalu, za który ubezpieczonemu przysługuje świadczenie, oraz gdy spełnione są warunki:
 - 1) pobyt w sanatorium potwierdza dokumentacja medyczna;
 - 2) pobyt w szpitalu, który poprzedzał rekonwalescencję, trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni.
16. Wypłacimy tylko jedno świadczenie za pobyt współmałżonka albo partnera w sanatorium w danym roku polisy.
17. Jeżeli pobyty współmałżonka albo partnera w sanatorium będą spowodowane tą samą przyczyną, to wypłacimy tylko jedno świadczenie w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

18. Nie wypłacimy świadczenia w przypadku pobytu współmałżonka albo partnera w szpitalu w celu leczenia choroby w okresie pierwszych 3 miesięcy liczonych od daty początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tych OWUD lub od daty rozszerzenia zakresu ochrony o tę umowę dodatkową.
19. Z zastrzeżeniem pkt 18, ograniczymy wysokość świadczenia w przypadku pobytu współmałżonka albo partnera w szpitalu w celu leczenia choroby w okresie pierwszych 3 miesięcy, które liczymy od daty obowiązywania nowego wariantu, jeśli w wyniku zmiany wariantu podwyższona została kwota świadczenia. W takim przypadku świadczenie ograniczymy do kwoty świadczenia należnego w ramach poprzedniego wariantu.

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

20. Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli współmałżonek albo partner przebywa w szpitalu, ponieważ:
 - 1) leczy się lub poddaje zabiegowi w związku z porodem fizjologicznym, chyba że dotyczy to leczenia choroby, która jest skutkiem powikłań poporodowych;
 - 2) poddaje się operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu współmałżonek albo partner uległ w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej, lub usunięcia skutków choroby nowotworowej zdiagnozowanej w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej, lub leczenia wad wrodzonych;
 - 3) wykonuje rutynowe badania lekarskie, badania biochemiczne, badania rentgenowskie oraz inne badania, jeśli ich przyczyną nie jest choroba ani obrażenia ciała;
 - 4) wykonuje zabiegi rehabilitacyjne;
 - 5) leczy choroby umysłowe i zaburzenia psychiczne;
 - 6) udzielane mu są ambulatoryjne świadczenia zdrowotne w formie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 76–79 oraz 85 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–6, 8, 10–11, 16–18, 23, 25 ppkt 1–32 Wykazu poważnych zachorowań – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka albo partnera
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 7, 12–14, 28–33

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. Weszły one w życie 1 sierpnia 2024 r. Następnie zostały zmienione uchwałą nr 1/29/07/2025 z 29 lipca 2025 r., która weszła w życie 22 sierpnia 2025 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w pkt 102 OWU – zapoznaj się z nimi.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie współmałżonka albo partnera ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest rozpoznanie u współmałżonka albo partnera po raz pierwszy poważnego zachorowania, które znajduje się w wykazie poważnych zachorowań w katalogu A.
3. Każde poważne zachorowanie wskazane w tabeli nr 1 przyporządkowaliśmy do określonej grupy. Wykaz poważnych zachorowań, grup oraz procent sumy ubezpieczenia za każde poważne zachorowanie określamy w poniższej tabeli. W tabeli określamy również limit sumy ubezpieczenia w ramach jednej grupy poważnych zachorowań, który dla każdej grupy wynosi 100% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD:

Tabela poważnych zachorowań nr 1 – katalog A

Poważne zachorowanie	Grupa	Limit sumy ubezpieczenia w ramach danej grupy	Procent sumy ubezpieczenia
Pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych	1	100%	100
Zawał serca	1	100%	100
Angioplastyka wieńcowa	1	100%	20
Bakteryjne zapalenie opon mózgowych	2	100%	100
Choroba neuronu ruchowego	2	100%	100
Dystrofia mięśniowa	2	100%	100
Łagodny guz mózgu	2	100%	100
Łagodny guz rdzenia	2	100%	100
Udar mózgu	2	100%	100
Zapalenie mózgu	2	100%	100
Niewydolność nerek	3	100%	100
Przeszczep narządów	3	100%	100
Schyłkowa niewydolność wątroby	3	100%	100
Ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń	3	100%	100
Niedokrwistość aplastyczna	4	100%	100
Nowotwór złośliwy	4	100%	100
Operacja aorty brzusznej	5	100%	100
Operacja aorty piersiowej	5	100%	100
Śpiączka	6	100%	100
Utrata kończyn	6	100%	100
Utrata mowy	6	100%	100
Utrata słuchu	6	100%	100
Utrata wzroku	6	100%	100
Ciężkie oparzenia III stopnia	7	100%	100
Ciężkie oparzenia I i II stopnia	7	100%	100

4. Poważnych zachorowań wskazanych w tabeli poważnych zachorowań nr 2 nie przyporządkowujemy do grup. Oznacza to, że za każde poważne zachorowanie z tej tabeli możesz otrzymać 100% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD. Wykaz poważnych zachorowań oraz procent sumy ubezpieczenia za każde poważne zachorowanie określamy w poniższej tabeli.

Tabela poważnych zachorowań nr 2 – katalog A

Poważne zachorowanie	Procent sumy ubezpieczenia
Choroba Alzheimer	100
Choroba Creutzfeldta-Jakoba	100
Choroba Parkinsona	100
Nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)	100
Stwardnienie rozsiane	100
Zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych	100
Zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi	100

5. W rozumieniu OWUD rozpoznanie poważnego zachorowania oznacza, że w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej u współmałżonka albo partnera:
- 1) zdiagnozowano chorobę po raz pierwszy w jego życiu;
 - 2) wykonano zabieg, który został przeprowadzony po raz pierwszy w jego życiu.
6. Definicje poszczególnych poważnych zachorowań znajdują się w wykazie poważnych zachorowań, który jest załącznikiem do tych OWUD.

7. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje:

- 1) chorób, które znajdują się w wykazie poważnych zachorowań, jeśli prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu OWUD, chyba że diagnostyka wykluczyła rozpoznanie choroby;
 - 2) zabiegów, które znajdują się w wykazie poważnych zachorowań, jeśli wynikają z chorób, które zdiagnozowano, rozpoznano lub gdy prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu OWUD, chyba że diagnostyka wykluczyła rozpoznanie choroby.
8. W zależności od wariantu zakres ubezpieczenia może także obejmować organizację i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji z lekarzami specjalistami w związku z poważnym zachorowaniem.
9. Zakres ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.

Świadczenia ubezpieczeniowe **– na jakich zasadach je realizujemy**

Świadczenie w związku z poważnym zachorowaniem

10. Jeśli u współmałżonka albo partnera zostanie rozpoznane poważne zachorowanie, wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w kwocie równej procentowi sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD dla danego poważnego zachorowania. Wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
11. Procent sumy ubezpieczenia dla każdego poważnego zachorowania wskazujemy w tabelach w pkt 3 i 4.
12. Maksymalna wysokość świadczeń w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej na wszystkie poważne zachorowania z jednej grupy poważnych zachorowań wynosi 100% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD dla danego współmałżonka albo partnera.
13. Każda wypłata świadczenia z danej grupy poważnych zachorowań powoduje, że maksymalna wysokość świadczeń w ramach danej grupy poważnych zachorowań, czyli 100% sumy ubezpieczenia z danej grupy poważnych zachorowań, zmniejsza się o sumę procentowych wartości świadczeń, które wypłaciliśmy z tej grupy poważnych zachorowań.
14. Po rozpoznaniu danego poważnego zachorowania i wypłacie świadczenia z tego tytułu ochrona ubezpieczeniowa w zakresie tego zachorowania wygasa względem danego współmałżonka albo partnera.
15. Poważne zachorowanie potwierdzamy na podstawie dokumentacji medycznej lub dodatkowo na podstawie badań medycznych wykonanych na nasz koszt i przez lekarza, którego wskażemy.

Konsultacje lekarzy specjalistów

16. Jeśli przyznamy ubezpieczonemu świadczenie z tytułu poważnego zachorowania współmałżonka albo partnera, współmałżonek albo partner otrzyma dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów, o ile ubezpieczenie obejmuje to świadczenie.
17. Współmałżonkowi albo partnerowi przysługuje maksymalnie 30 konsultacji lekarzy specjalistów na dane poważne zachorowanie.
18. Współmałżonek albo partner może skorzystać z konsultacji lekarzy specjalistów w ciągu 12 miesięcy, które liczymy od następnego dnia roboczego po dniu, w którym wypłaciliśmy ubezpieczonemu świadczenie z tytułu poważnego zachorowania współmałżonka albo partnera.
19. Konsultacje lekarzy specjalistów realizują placówki medyczne, które należą do sieci naszego partnera medycznego. Ich wykaz znajduje się na www.uniqa.pl. Informację o placówkach można też uzyskać przez infolinię medyczną.
20. Czas oczekiwania na konsultacje lekarzy specjalistów, o ile współmałżonek albo partner nie wskaże późniejszego terminu, wynosi:
 - 1) 3 dni robocze od dnia zgłoszenia – w przypadku dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej;
 - 2) 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia – w przypadku pozostałych specjalizacji.
21. Terminy, które podajemy w pkt 20, dotyczą konsultacji u dowolnego lekarza danej specjalizacji, a nie konsultacji u konkretnego lekarza.
22. Nie wymagamy skierowania lekarskiego na konsultacje lekarzy specjalistów.
23. Współmałżonek albo partner może uzgodnić miejsce i termin realizacji świadczenia wyłącznie przez infolinię medyczną.
24. Abyśmy mogli zrealizować świadczenie, współmałżonek albo partner powinien:
 - 1) zgłosić się do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) stosować się do poleceń i wskazówek, które otrzyma od pracowników placówki medycznej.
25. Jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej współmałżonek albo partner uzyska naszą zgodę, może skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej poza siecią naszego partnera medycznego.
26. Jeśli za naszą zgodą współmałżonek albo partner skorzystał z placówki medycznej poza siecią partnera medycznego, zwrócimy mu poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego. Zwrot zrealizujemy w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów. Wysokość limitu refundacyjnego wskazujemy w polisie.
27. Aby uzyskać zwrot kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, współmałżonek albo partner powinien złożyć u partnera medycznego wniosek o refundację kosztów. Wniosek udostępniamy na www.uniqa.pl. Do wniosku powinien dołączyć wskazane w nim dokumenty oraz fakturę imienną lub rachunek za realizację danej konsultacji.

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

28. Nie wypłacimy świadczenia w przypadku rozpoznania u współmałżonka albo partnera poważnego zachorowania w okresie pierwszych 3 miesięcy, które liczymy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tych OWUD lub od daty rozszerzenia zakresu ochrony o tę umowę dodatkową.

29. Z zastrzeżeniem pkt 28, ograniczymy wysokość świadczenia w przypadku rozpoznania u współmałżonka albo partnera poważnego zachorowania w okresie pierwszych 3 miesięcy, które liczymy od daty obowiązywania nowego wariantu, jeśli w wyniku zmiany wariantu podwyższona została suma ubezpieczenia. W takim przypadku świadczenie ograniczymy do kwoty świadczenia należnego w ramach poprzedniego wariantu.

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

30. Po przyznaniu świadczenia za dane poważne zachorowanie wygasa nasza odpowiedzialność w zakresie tego poważnego zachorowania względem danego współmałżonka albo partnera.

Przykład

Jeśli wypłaciliśmy już świadczenie z tytułu zawału serca danego współmałżonka albo partnera, a następnie zostanie zgłoszone roszczenie z tytułu udaru mózgu tego samego współmałżonka albo partnera, to wypłacimy świadczenie z tytułu udaru mózgu, o ile dokumentacja medyczna potwierdzi zasadność takiego zgłoszenia. Zawał serca i udar mózgu kwalifikujemy do różnych grup, dlatego ubezpieczony otrzyma dwa świadczenia.

Jeśli jednak zostanie zgłoszone roszczenie z tytułu zawału serca u danego współmałżonka albo partnera i wypłacimy to świadczenie, a następnie zostanie zgłoszone roszczenie z tytułu angioplastyki wieńcowej u tego samego współmałżonka albo partnera, to nie wypłacimy drugiego świadczenia, ponieważ oba poważne zachorowania należą do tej samej grupy, a za pierwsze zgłoszenie wypłaciliśmy już 100% sumy ubezpieczenia. Gdyby pierwsze zgłoszenie dotyczyło angioplastyki wieńcowej, a kolejne zawału serca, to za zawał serca wypłacilibyśmy kwotę pozostałą po wypłacie pierwszego świadczenia, czyli 80%.

31. W przypadku rozpoznania co najmniej dwóch nowotworów złośliwych u danego współmałżonka albo partnera o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji, wypłacimy tylko jedno świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.
32. Świadczenie przyznamy ubezpieczonemu pod warunkiem, że jego współmałżonek albo partner pozostanie przy życiu przez okres co najmniej 14 dni od daty rozpoznania poważnego zachorowania.
33. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje poważnych zachorowań, które:
- 1) zostały rozpoznane przed upływem jednego miesiąca od daty rozpoznania poprzedniego poważnego zachorowania, w związku z którym ponieśliśmy odpowiedzialność;
 - 2) są następstwem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, chyba że zakażenie nastąpiło w okolicznościach, o których mowa w poz. 28) i 29) wykazu poważnych zachorowań, który stanowi załącznik do OWUD;
 - 3) są następstwem zdarzeń, które wymieniamy w pkt 76–78 OWU.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 76–79 oraz 85 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 4–5

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. i wchodzi one w życie 1 sierpnia 2024 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w pkt 102 OWU – zapoznaj się z nimi.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie dziecka.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest śmierć dziecka w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. W razie śmierci dziecka wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 76–77, 79 oraz 85 OWU.

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

4. Nie wypłacimy świadczenia w przypadku śmierci dziecka w okresie pierwszych 6 miesięcy, które liczymy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tych OWUD lub od daty rozszerzenia zakresu ochrony o tę umowę dodatkową.
5. Z zastrzeżeniem pkt 4, ograniczymy wysokość świadczenia w przypadku śmierci dziecka w okresie pierwszych 6 miesięcy, które liczymy od daty obowiązywania nowego wariantu, jeśli w wyniku zmiany wariantu podwyższona została suma ubezpieczenia. W takim przypadku świadczenie ograniczymy do kwoty świadczenia należnego w ramach poprzedniego wariantu.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 4

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. i wchodzi one w życie 1 sierpnia 2024 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w pkt 102 OWU – zapoznaj się z nimi.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie dziecka.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest śmierć dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek zdarzył się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe – komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. W razie śmierci dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią dziecka.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 76–79 oraz 85 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–3, 5 pkt 1–117 Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 4

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. i wchodzi one w życie 1 sierpnia 2024 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w pkt 102 OWU – zapoznaj się z nimi.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie dziecka.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest uszczerbek lub uszkodzenie ciała dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek zdarzył się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe – komu wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia i na jakich zasadach

3. Jeśli dziecko dozna uszczerbku lub uszkodzenia ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD za każdy 1% uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka.
4. Suma świadczeń dla każdego dziecka z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała powstałych w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD. Suma świadczeń dla każdego dziecka w danym roku polisy nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.
5. Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka ustalamy na podstawie dokumentacji medycznej oraz tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka, która jest załącznikiem do tych OWUD.

6. Mamy prawo skierować dziecko na badania medyczne na nasz koszt i do lekarza, którego wskażemy, aby ustalić prawo do świadczenia lub jego wysokość.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 76–79 oraz 85 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–4, 6–8, 14–15, 17–18, 23, 25
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 9–11, 16, 28–30

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. i wchodzi one w życie 1 sierpnia 2024 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w pkt 102 OWU – zapoznaj się z nimi.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie dziecka.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest pobyt dziecka w szpitalu w celu leczenia:
 - 1) obrażeń ciała spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem i wypadkiem komunikacyjnym lub
 - 2) choroby, w tym także pobyt związany z ciążą, powikłaniami poporodowymi, z wyłączeniem pobytu w szpitalu w związku z porodem fizjologicznym.
3. Ubezpieczenie obejmuje pobyt dziecka w szpitalu, który rozpoczął się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.
4. W zależności od wariantu zakres ubezpieczenia może także obejmować organizację i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych, związanych z pobytem dziecka w szpitalu, który trwał co najmniej 10 dni.
5. Zakres ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.

Świadczenia ubezpieczeniowe

– na jakich zasadach realizujemy świadczenia

Świadczenie w związku z pobytem dziecka w szpitalu

6. Wyplacimy ubezpieczonemu świadczenie za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu.
7. Wysokość świadczenia zależy od przyczyny pobytu dziecka w szpitalu. Potwierdzamy ją w polisie.
8. Świadczenie wyplacamy w wysokości, która obowiązywała w dniu rozpoczęcia pobytu dziecka w szpitalu.
9. Jeżeli pobyt dziecka ubezpieczonego w szpitalu został spowodowany więcej niż jedną przyczyną, wyplacimy tylko jedno świadczenie odpowiadające wyższej z kwot należnych za te zdarzenia.

10. Pobyt w szpitalu, który rozpoczął się po 12 miesiącach od daty nieszczęśliwego wypadku, uznajemy za pobyt spowodowany chorobą.
11. Świadczenie wypłacamy za maksymalnie 365 dni pobytu dziecka w szpitalu w danym roku polisy. Jeżeli nieprzerwany pobyt w szpitalu rozpoczął się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej i wykracza poza:
 - 1) dany rok polisy lub
 - 2) czas trwania ochrony ubezpieczeniowej,wliczamy ten pobyt do limitu 365 dni z roku polisy, w którym rozpoczął się pobyt dziecka w szpitalu. Jeśli dany nieprzerwany pobyt w szpitalu jest dłuższy niż 365 dni, świadczenie wypłacimy za 365 dni.
12. Świadczenie wypłacamy po zakończeniu pobytu dziecka w szpitalu. Na wniosek ubezpieczonego możemy wypłacić część świadczenia wcześniej, jeżeli pobyt jego dziecka w szpitalu trwa co najmniej 1 miesiąc. Do wniosku należy dołączyć dokument, którego treść potwierdza dotychczasową hospitalizację oraz konieczność dalszego leczenia w szpitalu.
13. Aby ustalić prawo ubezpieczonego do świadczenia, możemy skierować jego dziecko na badania medyczne na nasz koszt i do wskazanego przez nas lekarza.

Świadczenia ambulatoryjne

14. Dziecko uzyskuje dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, jeśli jego pobyt w szpitalu, za który należy się świadczenie, trwał co najmniej 10 dni.
15. Świadczenia ambulatoryjne przyznajemy do każdego pobytu dziecka w szpitalu, który trwał co najmniej 10 dni, do wyczerpania sumy ubezpieczenia, którą wskazujemy w polisie.
16. Jeżeli pobyty dziecka w szpitalu będą spowodowane tą samą przyczyną, to przyznamy tylko jeden dostęp do świadczeń ambulatoryjnych w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.
17. Zakres świadczeń ambulatoryjnych obejmuje:
 - 1) konsultacje lekarzy tych specjalizacji:
 - 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) rezonans magnetyczny oraz tomografia,
 - c) USG, w tym ECHO serca,
 - d) EKG,
 - e) spirometria.
18. Dziecko może skorzystać ze świadczeń ambulatoryjnych po decyzji o przyznaniu ubezpieczonemu świadczenia za pobyt dziecka w szpitalu, który trwa co najmniej 10 dni. Świadczenia ambulatoryjne przysługują przez 12 miesięcy od następnego dnia roboczego po dniu, w którym wypłaciliśmy świadczenie z tytułu pobytu dziecka w szpitalu.
19. Świadczenia ambulatoryjne realizują placówki medyczne, które należą do sieci naszego partnera medycznego. Ich wykaz znajduje się na www.uniq.pl. Informację o placówkach ubezpieczony może również uzyskać na infolinii medycznej.
20. Czas oczekiwania na konsultacje lekarzy specjalistów, o ile uprawniony nie wskaże późniejszego terminu, wynosi:
 - 1) 3 dni robocze od dnia zgłoszenia – w przypadku okulistyki oraz chirurgii ogólnej;

- 2) 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia – w przypadku pozostałych specjalizacji.
21. Terminy, które podajemy w pkt 20, dotyczą konsultacji u dowolnego lekarza danej specjalizacji, a nie konsultacji u konkretnego lekarza.
22. Nie wymagamy skierowania lekarskiego na konsultacje lekarzy specjalistów.
23. Miejsce i termin realizacji świadczenia uprawniony może uzgodnić wyłącznie przez infolinię medyczną.
24. Abyśmy mogli zrealizować świadczenia, uprawniony powinien:
- 1) zgłosić się wraz z dzieckiem do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) stosować się do poleceń i wskazówek, które otrzyma od pracowników placówki medycznej.
25. Jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej uprawniony uzyska naszą zgodę, dziecko może skorzystać z dowolnie wybranej przez uprawnionego placówki medycznej poza siecią naszego partnera medycznego.
26. Jeśli za naszą zgodą dziecko skorzysta z placówki medycznej poza siecią naszego partnera medycznego, zwrócimy uprawnionemu poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia. Zwrot zrealizujemy w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów.
27. Aby uzyskać zwrot kosztów świadczeń ambulatoryjnych, ubezpieczony powinien złożyć u naszego partnera medycznego wniosek o refundację kosztów. Wniosek znajduje się na www.uniq.pl. Do wniosku ubezpieczony powinien dołączyć wskazane w nim dokumenty oraz fakturę imienną lub rachunek za wykonanie danego świadczenia.

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

28. Nie wypłacimy świadczenia w przypadku pobytu dziecka w szpitalu w celu leczenia choroby w okresie pierwszych 3 miesięcy, które liczymy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej lub od daty rozszerzenia zakresu ochrony o tę umowę dodatkową.
29. Z zastrzeżeniem pkt 28, ograniczymy wysokość świadczenia w przypadku pobytu dziecka w szpitalu w celu leczenia choroby w okresie pierwszych 3 miesięcy, które liczymy od daty obowiązywania nowego wariantu, jeśli w wyniku zmiany wariantu podwyższona została kwota świadczenia. W takim przypadku świadczenie ograniczymy do kwoty świadczenia należnego w ramach poprzedniego wariantu.

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

30. Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli dziecko jest w szpitalu, ponieważ:
- 1) leczy się lub poddaje zabiegowi w związku z porodem fizjologicznym, chyba że dotyczy to leczenia choroby, która jest skutkiem powikłań poporodowych;
 - 2) poddaje się operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległo dziecko ubezpieczonego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, lub usunięcia skutków choroby nowotworowej zdiagnozowanej w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, lub leczenia wad wrodzonych;
 - 3) wykonuje badania lekarskie, badania biochemiczne, badania rentgenowskie oraz inne badania, jeśli ich przyczyną nie jest choroba ani obrażenia ciała;
 - 4) wykonuje zabiegi rehabilitacyjne;
 - 5) leczy choroby umysłowe i zaburzenia psychiczne;
 - 6) leczy wady wrodzone;
 - 7) udzielane mu są ambulatoryjne świadczenia zdrowotne w formie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 76–79 oraz 85 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–4, 6, 8, 10–12, 17, 19, 28
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 5, 22–27

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. i wchodzi one w życie 1 sierpnia 2024 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w pkt 102 OWU oraz na końcu OWUD – zapoznaj się z nimi. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie dziecka.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest rozpoznanie u dziecka po raz pierwszy poważnego zachorowania, o którym mowa w pkt 28.
3. W rozumieniu OWUD rozpoznanie poważnego zachorowania oznacza, że w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej u dziecka:
 - 1) zdiagnozowano chorobę po raz pierwszy w jego życiu;
 - 2) wykonano zabieg, który został przeprowadzony po raz pierwszy w jego życiu.
4. Definicje poszczególnych poważnych zachorowań podajemy w pkt 28.
5. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje:
 - 1) chorób, które wymieniamy w pkt 28, jeśli prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tych OWUD, chyba że diagnostyka wykluczyła rozpoznanie choroby;
 - 2) zabiegów, które wymieniamy w pkt 28, jeśli wynikają z chorób, które zdiagnozowano, rozpoznano lub gdy prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tych OWUD, chyba że diagnostyka wykluczyła rozpoznanie choroby.
6. W zależności od wariantu zakres ubezpieczenia może także obejmować organizację i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji z lekarzami specjalistami w związku z poważnym zachorowaniem.
7. Zakres ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.

Świadczenia ubezpieczeniowe – na jakich zasadach realizujemy świadczenia

Świadczenie w związku z poważnym zachorowaniem

8. Jeśli u dziecka zostanie rozpoznane poważne zachorowanie, wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie z tytułu tych OWUD w wysokości wskazanej w polisie.
9. Poważne zachorowanie potwierdzamy na podstawie dokumentacji medycznej lub dodatkowo na podstawie badań medycznych wykonanych na nasz koszt i przez lekarza, którego wskażemy.

Konsultacje lekarzy specjalistów

10. Jeśli przyznamy ubezpieczonemu świadczenie z tytułu poważnego zachorowania jego dziecka, otrzyma ono dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
11. Dziecku ubezpieczonego przysługuje maksymalnie 30 konsultacji lekarzy specjalistów.
12. Dziecko ubezpieczonego może skorzystać z konsultacji lekarzy specjalistów w ciągu 12 miesięcy, które liczymy od następnego dnia roboczego po dniu, w którym wypłaciliśmy świadczenie z tytułu poważnego zachorowania dziecka.
13. Konsultacje lekarzy specjalistów realizują placówki medyczne, które należą do sieci naszego partnera medycznego. Ich wykaz znajduje się na www.uniaq.pl. Informację o placówkach ubezpieczony może też uzyskać przez infolinię medyczną.
14. Czas oczekiwania na konsultacje lekarzy specjalistów, o ile uprawniony nie wskaże późniejszego terminu, wynosi:
 - 1) 3 dni robocze od dnia zgłoszenia – w przypadku dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej;
 - 2) 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia – w przypadku pozostałych specjalizacji.
15. Terminy, które podajemy w pkt 14 dotyczą konsultacji u dowolnego lekarza danej specjalizacji, a nie konsultacji u konkretnego lekarza.
16. Nie wymagamy skierowania lekarskiego na konsultacje lekarzy specjalistów.
17. Miejsce i termin realizacji świadczenia uprawniony może uzgodnić wyłącznie przez infolinię medyczną.
18. Abyśmy mogli zrealizować świadczenie, uprawniony powinien:
 - 1) zgłosić się wraz z dzieckiem do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) stosować się do poleceń i wskazówek, które otrzyma od pracowników placówki medycznej.
19. Jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej uprawniony uzyska naszą zgodę, dziecko może skorzystać z dowolnie wybranej przez uprawnionego placówki medycznej poza siecią naszego partnera medycznego.
20. Jeśli za naszą zgodą dziecko skorzystało z placówki medycznej poza siecią naszego partnera medycznego, zwrócimy koszty konsultacji lekarzy specjalistów, które zostały poniesione do wysokości limitu refundacyjnego. Zwrot zrealizujemy w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów. Wysokość limitu refundacyjnego wskazujemy w polisie.
21. Aby uzyskać zwrot kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, ubezpieczony powinien złożyć u partnera medycznego wniosek o refundację kosztów. Wniosek znajduje się na www.uniaq.pl. Do wniosku ubezpieczony powinien dołączyć wskazane w nim dokumenty oraz fakturę imienną lub rachunek za wykonanie danej konsultacji.

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

22. Nie wypłacimy świadczenia w przypadku rozpoznania u dziecka poważnego zachorowania w okresie pierwszych 3 miesięcy, które liczymy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tych OWUD lub od daty rozszerzenia zakresu ochrony o tę umowę dodatkową.
23. Z zastrzeżeniem pkt 22, ograniczymy wysokość świadczenia w przypadku rozpoznania u dziecka poważnego zachorowania w okresie pierwszych 3 miesięcy, które liczymy od daty obowiązywania nowego wariantu, jeśli w wyniku zmiany wariantu podwyższona została suma ubezpieczenia. W takim przypadku świadczenie ograniczymy do kwoty świadczenia należnego w ramach poprzedniego wariantu.

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

24. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje poważnych zachorowań dziecka, które są:
 - 1) następstwem wady wrodzonej dziecka rozpoznanej w pierwszych 12 miesiącach życia dziecka;
 - 2) następstwem zdarzeń, które wymieniamy w pkt 76–78 OWU.
25. Wypłacimy świadczenie z tytułu tych OWUD za rozpoznanie poważnego zachorowania u dziecka po raz pierwszy w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej, jednak w przypadku:
 - 1) zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, dystrofii mięśniowej, łagodnego guza rdzenia, paraliżu, guzów śródczaszkowych, zapalenia mózgu, tężca, polio – wypłacimy świadczenie z tytułu rozpoznania tylko jednego z tych poważnych zachorowań;
 - 2) niewydolności nerek, przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C, przeszczepu narządu, niewydolności wątroby – wypłacimy świadczenie z tytułu rozpoznania tylko jednego z tych poważnych zachorowań;
 - 3) nowotworu złośliwego z białaczkami i chłoniakami – wypłacimy świadczenie z tytułu rozpoznania tylko jednego z tych poważnych zachorowań; w przypadku nowotworu złośliwego – wypłacimy tylko jedno świadczenie, niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów;

- 4) utraty kończyn, utraty mowy, utraty słuchu, utraty wzroku – nie wypłacimy świadczenia, jeśli dokumentacja medyczna w sposób jednoznaczny potwierdza, że utrata kończyn, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku były skutkiem innego poważnego zachorowania, za które wypłaciliśmy świadczenie;
 - 5) sepsy, śpiączki, ciężkiego oparzenia, cukrzycy, inwazyjnej choroby pneumokokowej (iChP), operacji zastawki serca – wypłacimy świadczenie z tytułu rozpoznania tylko jednego z tych poważnych zachorowań; nie wypłacimy świadczenia za sepsę lub śpiączkę, jeśli dokumentacja medyczna w sposób jednoznaczny potwierdza, że były skutkiem innego poważnego zachorowania, za które wypłaciliśmy świadczenie.
26. Po przyznaniu świadczenia za rozpoznanie u dziecka danego poważnego zachorowania wygasa nasza odpowiedzialność w zakresie tego poważnego zachorowania u danego dziecka.
27. Świadczenie przyznamy ubezpieczonemu pod warunkiem, że dziecko pozostanie przy życiu przez okres co najmniej 14 dni od daty rozpoznania poważnego zachorowania.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

28. Poważne zachorowanie to jedna z niżej wymienionych chorób lub jeden z niżej wymienionych zabiegów dziecka:
- 1) **ciężkie oparzenia** – głębokie termicznie lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych, które obejmuje:
 - 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 stosujemy „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera, w zależności od metody zastosowanej przez lekarza i wskazanej w dokumentacji medycznej; 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, lub obu tych zaburzeń, wymagająca leczenia insuliną co najmniej przez 3 miesiące;
 - 3) **dystrofia mięśniowa** – dystrofia mięśniowa typu Duchenne’a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii); rozpoznanie wymaga potwierdzenia dokumentacją medyczną dotyczącą rozpoznania choroby;
 - 4) **guzy śródczaszkowe** – niezłośliwe guzy śródczaszkowe, które są przyczyną stałych ubytków neurologicznych; wykluczeniu podlegają torbiele, ziarniaki, malformacje śródczaszkowe, guzy przysadki;
 - 5) **inwazyjna choroba pneumokokowa (iChP)** – pierwotne zakażenie o dużym nasileniu objawów chorobowych wywołane przez pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae*); występuje u dzieci, przebiega pod postacią chorób o charakterze miejscowym lub uogólnionym; ochroną ubezpieczeniową obejmujemy przypadki ciężkich zakażeń inwazyjnych, w tym: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, kości i szpiku, stawów, wsierdza, osierdza, otrzewnej, ucha środkowego, sepsa pneumokokowa i inne, które pozostawiają trwałe następstwa pod postacią np. utraty słuchu, zaburzeń procesu uczenia się, opóźnień w nauce mowy, porażeń lub innych ubytków neurologicznych; nie obejmujemy ubezpieczeniem zakażeń pneumokokowych o przebiegu lekkim, niepowikłanych lub niepozostawiających trwałych następstw ani pourazowych wtórnych zakażeń pneumokokowych; rozpoznanie iChP oraz jej trwałych następstw powinno być potwierdzone wynikami badań, w tym bakteriologicznych, i zawarte w dokumentacji medycznej, którą wydaje ośrodek służby zdrowia prowadzący leczenie;
 - 6) **łagodny guz rdzenia** – niezłośliwy histologicznie guz śródrdzeniowy lub wewnątrzoponowy, rdzenia kręgowego lub rdzenia przedłużonego, który wymaga usunięcia operacyjnego, a w przypadku jego zaniechania powoduje trwały ubytek neurologiczny; rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii; nie obejmujemy ubezpieczeniem: nowotworów złośliwych, torbieli, ziarniniaków, ropni, krwaków, malformacji naczyniowych, guzów zewnątrzoponowych, guzów kości, gruźlicy, urazów kręgosłupa, zmian zwyrodnieniowych ani dyskopatii;
 - 7) **niewydolność nerek** – krańcowe stadium przewlekłej niewydolności nerek, które charakteryzuje się wskaźnikiem filtracji kłębuszkowej mniejszym niż 10 ml/min oraz ze wskazań życiowych wymaga przewlekłego leczenia dializami lub przeszczepu nerek;
 - 8) **niewydolność wątroby** – krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem; rozpoznanie wymaga potwierdzenia w dokumentacji medycznej; za stan przewlekły uważa się co najmniej 6-miesięczny okres trwania choroby, która jest przyczyną krańcowej niewydolności wątroby;
 - 9) **nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami** – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych niszczący zdrowe tkanki; choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego; za datę rozpoznania choroby przyjmujemy ostateczny wynik badania histopatologicznego, który potwierdza nowotworowe tło choroby; nie obejmujemy ubezpieczeniem nowotworów in situ, nowotworów współistniejących z infekcją HIV, nowotworów skóry (w tym czerniaka złośliwego do 1-B stopnia zaawansowania w klasyfikacji TNM), ziarnicy złośliwej ani chłoniaków w 1. stopniu zaawansowania;
 - 10) **operacja zastawki serca** – operacja na otwartym sercu, która przeprowadzana jest w okresie ochrony i ma na celu każdy rodzaj plastyki zastawek jako konsekwencję wad zastawkowych serca; nie obejmujemy ubezpieczeniem zabiegów wykonywanych wewnątrznacyniowo;
 - 11) **paraliż** – całkowita, nieodwracalna i nieuleczalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach z powodu urazu lub choroby rdzenia kręgowego lub mózgu; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii oraz przez lekarza powołanego przez nas; zakres ubezpieczenia nie obejmuje niedowładu kończyn;
 - 12) **polio** – infekcja wywołana wirusem polio, prowadząca do paraliżu mięśni kończyn lub mięśni oddechowych, który utrzymuje się nieprzerwanie przez okres minimum 3 miesięcy; rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa; nie obejmujemy ubezpieczeniem innych chorób, które prowadzą do paraliżu, takich jak zespół Guillaina-Barrégo;

- 13) **przeszczep narządu** – przeszczepienie dziecku jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie dziecka na listę biorców, którzy oczekują 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 wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu; ubezpieczeniem nie obejmujemy przeszczepów, które wykorzystują komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- 14) **przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B lub C, trwa ponad 12 miesięcy i potwierdzone jest obecnością:
- a) przeciwciał anti-HCV (IgG+) lub dodatnim wynikiem HCV RNA PCR w przypadku przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C,
 - b) antygenu Hbs w surowicy krwi lub innych dodatnich odczynów serologicznych ze swoistymi antygenami wirusa w przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu B oraz stwierdzonymi w badaniu biopsji wątroby cechami zapalenia wątroby, włóknienia lub marskości wątroby;
- 15) **sepsa (sepsis)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej, powstały w wyniku krwiopochodnego rozsiewu zakażenia bakteryjnego, wirusowego lub grzybiczego, podczas którego we krwi krążą najczęściej bakterie, ich toksyny lub toksyczne metabolity komórek gospodarza; objawia się niewydolnością lub poważną dysfunkcją narządów lub układów narządów; za sepsę uznajemy też rozwijający się w jej przebiegu wstrząs septyczny; nie obejmujemy ubezpieczeniem bakteriemii, wiremii i fungemii ani przypadków sepsy wtórnej, rozwijającej się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych lub urazach; rozpoznanie powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie;
- 16) **śpiączka** – stan utraty przytomności, który trwa co najmniej 96 godzin i pozostawia trwałe ubytki neurologiczne, 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); rozpoznanie wymaga potwierdzenia dokumentacją medyczną, która zawiera między innymi końcową ocenę stanu neurologicznego;
- 17) **tężec** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (*Clostridium tetani*), wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych w postaci dożylniej 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. szczękocisk lub uśmiech sardoniczny),
 - b) bolesnych skurczów mięśni tułowia,
 - c) uogólnionych skurczów
- oraz jednego z wymienionych objawów klinicznych: nadpobudliwość, drażliwość, niepokój, gorączka, potliwość, tachykardia, arytmia, labilne ciśnienie tętnicze;
- rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi;
- 18) **utrata kończyn** – całkowita, nieodwracalna, fizyczna utrata dwóch lub więcej kończyn wskutek choroby lub wypadku; obejmujemy ubezpieczeniem utratę kończyn co najmniej na wysokości nadgarstków lub stawów skokowo-goleniowych;
- 19) **utrata mowy** – całkowita, nieodwracalna, nieuleczalna utrata zdolności mowy, powstała wskutek choroby lub urazu, która trwa nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie i rokowanie powinno być potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa lub neurologa; nie obejmujemy ubezpieczeniem utraty mowy spowodowanej zaburzeniami psychicznymi;
- 20) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w następstwie choroby trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii na podstawie badań obiektywnych słuchu; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu, które mogą być skorygowane przez zastosowanie procedur terapeutycznych;
- 21) **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obojgu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym;
- 22) **zapalenie mózgu** – potwierdzone w trakcie pobytu w szpitalu rozpoznanie ostrego zapalenia tkanki mózgowej (półkul mózgowych, pnia mózgu lub mózdzku), które skutkuje trwałym deficytem neurologicznym utrzymującym się co najmniej przez 6 miesięcy; nie obejmujemy ubezpieczeniem zapalenia mózgu w przebiegu infekcji HIV;
- 23) **zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – pierwotne ropne, włóknikowe, ziarniakowe lub limfocytowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych; obejmujemy ubezpieczeniem 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.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 76–79 oraz 85 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–3, 5–8, 13, 15
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 18–19

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. i wchodzi one w życie 1 sierpnia 2024 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w pkt 102 OWU – zapoznaj się z nimi.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy urodzenie się lub przysposobienie dziecka.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest urodzenie się żywego dziecka lub przysposobienie dziecka w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.
3. W zależności od wariantu zakres ubezpieczenia może także obejmować organizację i pokrycie kosztów maksymalnie 12 konsultacji lekarzy specjalistów, jeśli ubezpieczonemu urodzi się lub przysposobi on dziecko, które wymaga leczenia.
4. Zakres ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

5. Jeśli ubezpieczonemu urodzi się dziecko lub przysposobi on dziecko, wypłacimy mu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– kiedy i na jakich zasadach dziecko może skorzystać z konsultacji lekarzy specjalistów

6. Jeśli ubezpieczonemu urodzi się dziecko lub przysposobi on dziecko, które wymaga leczenia, i przyznamy mu świadczenie z tytułu tych OWUD, dziecko otrzyma dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów, o ile ubezpieczenie obejmuje to świadczenie.
7. Dziecku przysługuje maksymalnie 12 konsultacji lekarzy specjalistów.
8. Z konsultacji lekarzy specjalistów dziecko może skorzystać w ciągu 12 miesięcy, które liczymy od następnego dnia roboczego po dniu, w którym przyznaliśmy świadczenie z tytułu urodzenia się lub przysposobienia dziecka wymagającego leczenia.

9. Konsultacje lekarzy specjalistów realizują placówki medyczne, które należą do sieci naszego partnera medycznego. Ich wykaz znajduje się na www.unia.pl. Informację o placówkach ubezpieczony może też uzyskać przez infolinię medyczną.
10. Czas oczekiwania na konsultacje lekarzy specjalistów, o ile uprawniony nie wskaże późniejszego terminu, wynosi:
 - 1) 3 dni robocze od dnia zgłoszenia – w przypadku dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej;
 - 2) 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia – w przypadku pozostałych specjalizacji.
11. Terminy, które podajemy w pkt 10, dotyczą konsultacji u dowolnego lekarza danej specjalizacji, a nie konsultacji u konkretnego lekarza.
12. Nie wymagamy skierowania lekarskiego na konsultacje lekarzy specjalistów.
13. Miejsce i termin realizacji świadczenia uprawniony może uzgodnić wyłącznie przez infolinię medyczną.
14. Abyśmy mogli zrealizować świadczenie, uprawniony powinien:
 - 1) zgłosić się wraz z dzieckiem do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) stosować się do poleceń i wskazówek, które otrzyma od pracowników placówki medycznej.
15. Jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej uprawniony uzyska naszą zgodę, może skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej poza siecią naszego partnera medycznego.
16. Jeśli za naszą zgodą dziecko skorzystało z placówki medycznej poza siecią naszego partnera medycznego, zwrócimy uprawnionemu poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego. Zwrot zrealizujemy w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów. Wysokość limitu refundacyjnego podajemy w polisie.
17. Aby uzyskać zwrot kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, ubezpieczony powinien złożyć u partnera medycznego wniosek o refundację kosztów. Wniosek udostępniamy na www.unia.pl. Do wniosku należy dołączyć wskazane w nim dokumenty oraz fakturę imienną lub rachunek za wykonanie danej konsultacji.

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

18. Nie wypłacimy świadczenia w przypadku urodzenia się dziecka ubezpieczonemu lub przysposobienia dziecka przez ubezpieczonego w okresie pierwszych 10 miesięcy, które liczymy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tych OWUD lub od daty rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o tę umowę dodatkową.
19. Z zastrzeżeniem pkt 18, ograniczymy wysokość świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczonemu lub przysposobienia przez niego dziecka w okresie pierwszych 10 miesięcy, które liczymy od daty obowiązywania nowego wariantu, jeśli w wyniku zmiany wariantu podwyższona została suma ubezpieczenia. W takim przypadku świadczenie ograniczymy do kwoty świadczenia należnego w ramach poprzedniego wariantu.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–3, 5–9, 14, 16
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 19–20

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. i wchodzi one w życie 1 sierpnia 2024 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w pkt 102 OWU – zapoznaj się z nimi.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy urodzenie się lub przysposobienie dziecka, które wymaga leczenia.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest urodzenie się żywego dziecka lub przysposobienie dziecka w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej, które wymaga leczenia.
3. W zależności od wariantu zakres ubezpieczenia może obejmować także organizację i pokrycie kosztów maksymalnie 12 konsultacji lekarzy specjalistów.
4. Zakres ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.

Świadczenie ubezpieczeniowe – komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

5. Jeśli ubezpieczonemu urodzi się dziecko lub przysposobi on dziecko, które wymaga leczenia, wypłacimy mu świadczenie w wysokości:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD, gdy:
 - a) dziecko przy urodzeniu otrzymało 5–8 punktów w skali Apgar,
 - b) dziecko urodziło się z wadą wrodzoną,
 - c) dziecko urodziło się jako wcześniak;
 - 2) 150% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD, gdy dziecko przy urodzeniu otrzymało 1–4 punktów w skali Apgar.
6. Jeśli dziecko ubezpieczonego, które wymaga leczenia, urodziło się z wadą wrodzoną lub ubezpieczony przysposobił dziecko z wadą wrodzoną, wypłacimy świadczenie, o ile wada wrodzona została potwierdzona wynikami badań biochemicznych lub obrazowych.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– kiedy i na jakich zasadach dziecko może skorzystać z konsultacji lekarzy specjalistów

7. Jeśli ubezpieczonemu urodzi się dziecko lub przysposobi on dziecko, które wymaga leczenia, i przyznamy mu świadczenie z tytułu tych OWUD, dziecko otrzyma dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów, o ile ubezpieczenie obejmuje to świadczenie.
8. Dziecku przysługuje maksymalnie 12 konsultacji lekarzy specjalistów.
9. Z konsultacji lekarzy specjalistów dziecko może skorzystać w ciągu 12 miesięcy, które liczymy od następnego dnia roboczego po dniu, w którym wypłaciliśmy świadczenie z tytułu urodzenia się lub przysposobienia dziecka wymagającego leczenia.
10. Konsultacje lekarzy specjalistów realizują placówki medyczne, które należą do sieci naszego partnera medycznego. Ich wykaz znajduje się na www.unia.pl. Informację o placówkach ubezpieczony może też uzyskać przez infolinię medyczną.
11. Czas oczekiwania na konsultacje lekarzy specjalistów, o ile uprawniony nie wskaże późniejszego terminu, wynosi:
 - 1) 3 dni robocze od dnia zgłoszenia – w przypadku dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej;
 - 2) 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia – w przypadku pozostałych specjalizacji.
12. Terminy, które podajemy w pkt 11, dotyczą konsultacji u dowolnego lekarza danej specjalizacji, a nie konsultacji u konkretnego lekarza.
13. Nie wymagamy skierowania lekarskiego na konsultacje lekarzy specjalistów.
14. Miejsce i termin realizacji świadczenia uprawniony może uzgodnić wyłącznie przez infolinię medyczną.
15. Abyśmy mogli zrealizować świadczenie, uprawniony powinien:
 - 1) zgłosić się wraz z dzieckiem do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) stosować się do poleceń i wskazówek, które otrzyma od pracowników placówki medycznej.
16. Jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej uprawniony uzyska naszą zgodę, dziecko może skorzystać z dowolnie wybranej przez uprawnionego placówki medycznej poza siecią naszego partnera medycznego.
17. Jeśli za naszą zgodą dziecko skorzystało z placówki medycznej poza siecią naszego partnera medycznego, zwrócimy uprawnionemu poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego. Zwrot zrealizujemy w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów. Wysokość limitu refundacyjnego podajemy w polisie.
18. Aby uzyskać zwrot kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, ubezpieczony powinien złożyć u partnera medycznego wniosek o refundację kosztów. Wniosek udostępniamy na www.unia.pl. Do wniosku powinien dołączyć wskazane w nim dokumenty oraz fakturę imienną lub rachunek za wykonanie danej konsultacji.

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

19. Nie wypłacimy świadczenia w przypadku urodzenia się dziecka ubezpieczonemu lub przysposobienia przez niego dziecka, które wymaga leczenia, w okresie pierwszych 10 miesięcy, które liczymy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tych OWUD lub od daty rozszerzenia zakresu ochrony o tę umowę dodatkową.
20. Z zastrzeżeniem pkt 19, ograniczymy wysokość świadczenia w przypadku:
 - 1) urodzenia się ubezpieczonemu dziecka, które wymaga leczenia, lub
 - 2) przysposobienia przez ubezpieczonego dziecka, które wymaga leczenia,w okresie pierwszych 10 miesięcy, które liczymy od daty obowiązywania nowego wariantu, jeśli w wyniku zmiany wariantu podwyższona została suma ubezpieczenia. W takim przypadku świadczenie ograniczymy do kwoty świadczenia należnego w ramach poprzedniego wariantu.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–3, 6
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 4–5

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. i wchodzi one w życie 1 sierpnia 2024 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w pkt 102 OWU oraz na końcu OWUD – zapoznaj się z nimi. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie noworodka.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest urodzenie się martwego noworodka w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe – komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD w przypadku urodzenia się martwego noworodka w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.

Karencja – kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

4. Nie wypłacimy świadczenia w przypadku urodzenia martwego noworodka w okresie pierwszych 6 miesięcy, które liczymy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tych OWUD lub od daty rozszerzenia zakresu ochrony o tę umowę dodatkową.
5. Z zastrzeżeniem pkt 4, ograniczymy wysokość świadczenia w przypadku urodzenia martwego noworodka w okresie pierwszych 6 miesięcy, które liczymy od daty obowiązywania nowego wariantu, jeśli w wyniku zmiany wariantu podwyższona została suma ubezpieczenia. W takim przypadku świadczenie ograniczymy do kwoty świadczenia należnego w ramach poprzedniego wariantu.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

6. W OWUD używamy pojęcia, które ma następujące znaczenie:

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.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 4–5

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. i wchodzi one w życie 1 sierpnia 2024 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w pkt 102 OWU – zapoznaj się z nimi.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie rodzica ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest śmierć rodzica w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD w przypadku śmierci jego rodzica.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 76–77, 79 oraz 85 OWU.

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

4. Nie wypłacimy świadczenia w przypadku śmierci rodzica w okresie pierwszych 6 miesięcy, które liczymy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tych OWUD lub od daty rozszerzenia zakresu ochrony o to świadczenie.
5. Z zastrzeżeniem pkt 4, ograniczymy wysokość świadczenia w przypadku śmierci rodzica w okresie pierwszych 6 miesięcy, które liczymy od daty obowiązywania nowego wariantu, jeśli w wyniku zmiany wariantu podwyższona została suma ubezpieczenia. W takim przypadku świadczenie ograniczymy do kwoty świadczenia należnego w ramach poprzedniego wariantu.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 4

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. i wchodzi one w życie 1 sierpnia 2024 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w pkt 102 OWU – zapoznaj się z nimi.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie rodzica ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest śmierć jego rodzica w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek zdarzył się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe – komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD w przypadku śmierci jego rodzica w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią rodzica.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 76–79 oraz 85 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 4–5

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. Weszły one w życie 1 sierpnia 2024 r. Następnie zostały zmienione uchwałą nr 1/29/07/2025 z 29 lipca 2025 r., która weszła w życie 22 sierpnia 2025 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w pkt 102 OWU – zapoznaj się z nimi.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie rodzica współmałżonka albo rodzica partnera ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest śmierć rodzica współmałżonka albo rodzica partnera w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD w przypadku śmierci rodzica współmałżonka albo rodzica partnera.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 76–77, 79 oraz 85 OWU.

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

4. Nie wypłacimy świadczenia w przypadku śmierci rodzica współmałżonka albo rodzica partnera w okresie pierwszych 6 miesięcy, które liczymy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tych OWUD lub od daty rozszerzenia zakresu ochrony o tę umowę dodatkową.
5. Z zastrzeżeniem pkt 4, ograniczymy wysokość świadczenia w przypadku śmierci rodzica współmałżonka albo rodzica partnera w okresie pierwszych 6 miesięcy, które liczymy od daty obowiązywania nowego wariantu, jeśli w wyniku zmiany wariantu podwyższona została suma ubezpieczenia. W takim przypadku świadczenie ograniczymy do kwoty świadczenia należnego w ramach poprzedniego wariantu.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 4

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. Weszły one w życie 1 sierpnia 2024 r. Następnie zostały zmienione uchwałą nr 1/29/07/2025 z 29 lipca 2025 r., która weszła w życie 22 sierpnia 2025 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w pkt 102 OWU – zapoznaj się z nimi.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie rodzica współmałżonka albo rodzica partnera ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest śmierć rodzica współmałżonka albo rodzica partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który zdarzył się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD w przypadku śmierci rodzica współmałżonka albo rodzica partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią rodzica współmałżonka albo rodzica partnera.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 76–79 oraz 85 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–5, 8–11, 14, 21
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 7, 15–20

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. Weszły one w życie 1 sierpnia 2024 r. Następnie zostały zmienione uchwałą nr 1/29/07/2025 z 29 lipca 2025 r., która weszła w życie 22 sierpnia 2025 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w pkt 102 OWU oraz na końcu OWUD – zapoznaj się z nimi. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego oraz jego współmałżonka albo partnera, dziecka, rodzica lub rodzica współmałżonka albo rodzica partnera.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy:
 - 1) chorobę;
 - 2) obrażenia ciała, które powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) pogorszenie się stanu zdrowia z powodu trudnych sytuacji losowych, które wymieniamy w poz. 14 tabeli świadczeń;
 - 4) urodzenie się ubezpieczonemu dziecku;
 które zdarzyły się w okresie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe – kiedy i na jakich zasadach można otrzymać świadczenie

3. Zorganizujemy lub zorganizujemy i pokryjemy koszty usług, które opisujemy poniżej, jeśli w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej ma miejsce zdarzenie ubezpieczeniowe, które wymieniamy w pkt 2.
4. Osoby uprawnione do otrzymania świadczenia w ramach tych OWUD to:
 - 1) ubezpieczony,
 - 2) współmałżonek albo partner,

- 3) dziecko,
- 4) rodzic ubezpieczonego oraz rodzic współmałżonka albo rodzic partnera – mają prawo tylko do świadczeń, które wymieniamy w poz. 17)–20) tabeli świadczeń.
5. Suma ubezpieczenia z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, do której spełniamy świadczenia, wynosi maksymalnie 6000 zł. Jeśli to samo zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy ubezpieczonego, jego współmałżonka albo partnera lub dziecka, suma ubezpieczenia, do której spełniamy świadczenia, wynosi łącznie 6000 zł dla wszystkich tych osób.
6. Suma ubezpieczenia może być wykorzystywana wielokrotnie, pod warunkiem że odnosi się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
7. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje świadczeń, jeśli są one związane z chorobą, którą zdiagnozowano, rozpoznano lub gdy prowadzono w jej kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat poprzedzających datę początku naszej ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizujemy lub zorganizujemy i pokryjemy koszty usług wskazanych w tabeli świadczeń:

Tabela świadczeń

Lp.	Rodzaj świadczenia	Warunki uzyskania świadczenia	Opis świadczenia	Limit	Kto może skorzystać ze świadczenia
1)	Opieka po hospitalizacji	- Hospitalizacja przez okres dłuższy niż 5 dni - Zwolnienie lekarskie wydane przez lekarza prowadzącego, z zaleceniem że chory powinien leżeć po okresie hospitalizacji	Organizujemy i pokrywamy koszty opieki pielęgniarskiej albo domowej w miejscu zamieszkania po zakończeniu hospitalizacji	Do limitu 6000 zł	Ubezpieczony, współmałżonek albo partner, dziecko
2)	Dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza	Zwolnienie lekarskie wydane przez lekarza prowadzącego, z zaleceniem że chory powinien leżeć po okresie hospitalizacji	Organizujemy i pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu niezbędnych leków, które zalecił wcześniej lekarz prowadzący, na podstawie recept i odpowiednich pisemnych zaleceń; nie pokrywamy kosztów zakupu leków	Do limitu 6000 zł	Ubezpieczony, współmałżonek albo partner, dziecko
3)	Transport medyczny z osobą towarzyszącą z miejsca pobytu do placówki medycznej	Brak dodatkowych warunków	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu 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	Do limitu 6000 zł	Ubezpieczony, współmałżonek albo partner, dziecko
4)	Transport medyczny z osobą towarzyszącą z placówki medycznej do miejsca zamieszkania	Brak dodatkowych warunków	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca zamieszkania; o wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym	Do limitu 6000 zł	Ubezpieczony, współmałżonek albo partner, dziecko
5)	Transport medyczny z osobą towarzyszącą z placówki medycznej do placówki medycznej	- Placówka medyczna, w której przebywa osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jej stanu zdrowia albo gdy osoba ta została skierowana na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej - Świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, po konsultacji z lekarzem Centrum Operacyjnego	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu medycznego do placówki medycznej, która odpowiada wymogom leczenia albo do placówki medycznej, w której zostaną wykonane badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny; transport odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia osoby transportowanej	Do limitu 6000 zł	Ubezpieczony, współmałżonek albo partner, dziecko
6)	Wizyta lekarska	Brak dodatkowych warunków	Organizujemy i pokrywamy koszty wizyt lekarskich w placówce medycznej (w tym lekarzy specjalistów) lub organizujemy i pokrywamy koszty dojazdów i honorariów lekarza pierwszego kontaktu do miejsca pobytu; na życzenie osoby uprawnionej Centrum Operacyjne może także zorganizować telefoniczną konsultację z lekarzem pierwszego kontaktu; dostęp do telekonsultacji jest nielimitowany; świadczenie organizujemy, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego	Do limitu 6000 zł W przypadku choroby: do 3 wizyt lekarskich w placówce medycznej oraz do 3 wizyt lekarskich w miejscu pobytu w roku polisy; powyższy limit dotyczy łącznie wszystkich wizyt lekarskich na rzecz wszystkich osób uprawnionych	Ubezpieczony, współmałżonek albo partner, dziecko

Lp.	Rodzaj świadczenia	Warunki uzyskania świadczenia	Opis świadczenia	Limit	Kto może skorzystać ze świadczenia
7)	Wizyta pielęgniarki	Zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty honorariów i dojazdów pielęgniarki do miejsca pobytu w celu: a) wykonywania czynności związanych z utrzymaniem higieny, b) wykonywania zabiegów leczniczych, w szczególności są to okłady, opatrunki, rehabilitacja oddechowa, podawanie leków – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego, c) wykonywania czynności diagnostycznych, w szczególności pomiar ciśnienia i tętna, ważenie – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego, d) wykonywania czynności wspomagających odżywianie się	Do limitu 6000 zł	Ubezpieczony, współmałżonek albo partner, dziecko
8)	Rehabilitacja	Zalecenie lekarza specjalisty	Organizujemy i pokrywamy koszty wizyt fizjoterapeuty w miejscu zamieszkania albo organizujemy i pokrywamy koszty transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej	Do limitu 6000 zł	Ubezpieczony, współmałżonek albo partner, dziecko
9)	Wypożyczenie albo zakup sprzętu rehabilitacyjnego	Zalecenie lekarza specjalisty	Organizujemy i pokrywamy koszty: a) wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, b) zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, c) transportu drobnego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania. Dodatkowo na życzenie podamy informację o placówkach handlowych lub wypożyczalniach oferujących sprzęt rehabilitacyjny. Nie obejmujemy ochroną przebiegu i skutków terapii prowadzonej w ramach rehabilitacji. Centrum Operacyjne nie ponosi odpowiedzialności za brak sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach	Do limitu 6000 zł	Ubezpieczony, współmałżonek albo partner, dziecko
10)	Opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi	- Hospitalizacja osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w wyniku zdarzenia ubezpieczeniowego, jeśli przewidywany jest dłuższy niż 3-dniowy okres hospitalizacji; Centrum Operacyjne świadczy usługę po uzyskaniu przez lekarza Centrum Operacyjnego informacji ze szpitala o przewidywanym czasie hospitalizacji - Podanie Centrum Operacyjnemu przez osobę uprawnioną danych osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi: imię i nazwisko, dane teleadresowe - Musi być możliwość skontaktowania się z tą osobą - Zgoda osoby uprawnionej - W miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić	Organizujemy i pokrywamy koszty: a) przewozu dzieci w towarzystwie osoby wyznaczonej przez osobę uprawnioną do miejsca zamieszkania na terenie Polski (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy), albo b) przejazdu osoby wyznaczonej przez osobę uprawnioną do opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania (na terenie Polski) do miejsca zamieszkania osoby uprawnionej i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy). Jeśli Centrum Operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia przez osobę uprawnioną pod wskazanym przez nią adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania usług, zorganizujemy i pokryjemy koszty opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania. Warunkiem jest udostępnienie mieszkania. Zapewniamy opiekę 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	Do limitu 6000 zł Do 3 dni opieki w miejscu zamieszkania osoby uprawnionej, jeśli nie ma możliwości sprawowania opieki przez osobę wyznaczoną	Ubezpieczony, współmałżonek albo partner, dziecko

Lp.	Rodzaj świadczenia	Warunki uzyskania świadczenia	Opis świadczenia	Limit	Kto może skorzystać ze świadczenia
11)	Korepetycje	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	Organizujemy i pokrywamy koszty dojazdu korepetytora do miejsca hospitalizacji dziecka lub miejsca zamieszkania oraz koszty korepetycji w zakresie bieżącego programu nauczania w placówce oświatowo-wychowawczej, omawianego w czasie nieobecności dziecka. Wyłączamy z tego całą grupę przedmiotów nauczania, związaną z kształceniem specjalistycznym lub zawodowym. Dla uczniów szkół podstawowych i szkół ponadpodstawowych zakres świadczenia obejmuje korepetycje z przedmiotów wybranych przez uprawnionego spośród: języka polskiego, matematyki, fizyki, chemii, biologii, języków obcych (angielskiego, niemieckiego, francuskiego, hiszpańskiego)	Do limitu 6000 zł	Dziecko
12)	Opieka domowa po hospitalizacji	- Hospitalizacja przez okres dłuższy niż 7 dni - Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, że chory powinien leżeć po okresie hospitalizacji - W miejscu zamieszkania nie ma osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić	Organizujemy i pokrywamy koszty dojazdu i honorarium osoby wyznaczonej do pełnienia opieki domowej w miejscu zamieszkania i mającej następujące zadania: - kupowanie artykułów spożywczych pierwszej potrzeby, - robienie niezbędnych porządków, - dostarczanie lub przygotowywanie posiłków, - opiekowanie się zwierzętami domowymi, - podlewanie kwiatów; w ramach ubezpieczenia nie pokrywamy kosztów zakupu potrzebnych produktów	Do limitu 6000 zł do 5 dni, maksymalnie po 4 godziny dziennie	Ubezpieczony, współmałżonek albo partner, dziecko
13)	Wizyta położnej w przypadku urodzenia się dziecka	Urodzenie się dziecka ubezpieczonego	Organizujemy i pokrywamy koszty dojazdu do miejsca zamieszkania i honorarium położnej	Do limitu 6000 zł W ramach ubezpieczenia przysługuje jedna wizyta położnej	Ubezpieczony, współmałżonek albo partner
14)	Pomoc psychologa	Pogorszenie się stanu zdrowia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w związku z zajściem następujących sytuacji losowych: - śmierć ubezpieczonego, - śmierć dziecka, - urodzenie się martwego dziecka, - śmierć współmałżonka albo partnera, - poronienie, - choroba ubezpieczonego, - choroba współmałżonka albo partnera, - choroba dziecka	Organizujemy i pokrywamy koszty wizyt u psychologa. Na prośbę osoby uprawnionej konsultacje mogą mieć formę telekonsultacji. Nie odpowiadamy za przebieg i skutki terapii. Na prośbę osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia zapewniamy również usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego	Do limitu 6000 zł	Ubezpieczony, współmałżonek albo partner, dziecko
15)	Pobyt opiekuna prawnego w razie hospitalizacji dziecka	Hospitalizacja dziecka	Organizujemy i pokrywamy koszty pobytu jednego opiekuna prawnego dziecka w hotelu najbliższym miejsca hospitalizacji dziecka, jeśli nie ma możliwości pobytu opiekuna prawnego w szpitalu razem z dzieckiem, pod warunkiem że szpital znajduje się w odległości powyżej 50 km od miejsca zamieszkania	Do limitu 6000 zł	Ubezpieczony, współmałżonek albo partner, dziecko
16)	Koszty przyjazdu członka rodziny osoby uprawnionej podczas hospitalizacji	Hospitalizacja przez okres dłuższy niż 3 dni w szpitalu, który znajduje się poza miejscowością wskazaną w adresie miejsca zamieszkania	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu osoby wskazanej przez osobę uprawnioną z miejsca jej pobytu na terenie Polski do placówki medycznej, w której osoba uprawniona jest hospitalizowana, oraz koszty podróży powrotnej tej osoby do miejsca jej zamieszkania na terenie Polski po zakończonej hospitalizacji; transport odbywa się: - taksówką (nie dalej jednak niż na odległość 100 km), - pociągiem I klasy lub autobusem, - samolotem w klasie ekonomicznej, jeżeli czas podróży pociągiem lub autobusem przekracza 8 godzin; dodatkowo w odniesieniu do lit. b) i c) świadczenie obejmuje również transport taksówką na dworzec lub lotnisko i z powrotem	Do limitu 6000 zł	Ubezpieczony, współmałżonek albo partner, dziecko

Lp.	Rodzaj świadczenia	Warunki uzyskania świadczenia	Opis świadczenia	Limit	Kto może skorzystać ze świadczenia
17)	Opieka nad rodzicem ubezpieczonego lub rodzicem współmałżonka albo rodzicem partnera po hospitalizacji	- Hospitalizacja przez okres co najmniej 5 dni - Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, że chory powinien leżeć po okresie hospitalizacji	Organizujemy i pokrywamy koszty opieki pielęgniarskiej albo domowej w miejscu zamieszkania rodzica po zakończeniu hospitalizacji	500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	Rodzic ubezpieczonego oraz rodzic współmałżonka albo rodzic partnera
18)	Transport rodzica ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka albo rodzica partnera na wizytę kontrolną	- Hospitalizacja przez okres co najmniej 5 dni - Zalecenie lekarza prowadzącego udania się na wizytę kontrolną	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu na wizytę kontrolną z miejsca zamieszkania rodzica do placówki medycznej oraz transportu powrotnego z placówki medycznej do miejsca zamieszkania rodzica	1 wizyta kontrolna w roku	Rodzic ubezpieczonego oraz rodzic współmałżonka albo rodzic partnera
19)	Asysta rodzicowi ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka albo rodzicowi partnera	Brak dodatkowych warunków	Organizujemy i pokrywamy koszty honorarium osoby, która będzie towarzyszyć rodzicowi podczas transportu do placówki medycznej oraz pomoże przy załatwieniu formalności w placówce medycznej związanych z rejestracją oraz wypisem ze szpitala	200 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	Rodzic ubezpieczonego oraz rodzic współmałżonka albo rodzic partnera
20)	Infolinia medyczna	Stan zdrowia rodzica nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego	Udzielamy pierwszej konsultacji telefonicznej z lekarzem Centrum Operacyjnego. Informacja nie stanowi porady medycznej	Brak	Rodzic ubezpieczonego oraz rodzic współmałżonka albo rodzic partnera
21)	Przekazanie pilnej wiadomości od ubezpieczonego, współmałżonka albo partnera lub dziecka	Brak dodatkowych warunków	Na wniosek osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia za pośrednictwem Centrum Operacyjnego przekazujemy wyznaczonej przez nią osobie każdą pilną wiadomość w związku z nagłym zdarzeniem ubezpieczeniowym, któremu uległa	Brak	Ubezpieczony, współmałżonek albo partner, dziecko

9. Świadczenia realizujemy wyłącznie na terenie Polski.

10. Zapewniamy osobom uprawnionym dostęp do infolinii medycznej i możliwość rozmowy telefonicznej z uprawnionym personelem medycznym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących warunków udziela ustnej ogólnej informacji o danym schorzeniu, typowo stosowanym leczeniu, w tym o nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terenie Polski, a także o uwarunkowaniach medycznych, które dotyczą poszczególnych schorzeń. Gwarantujemy również dostęp do informacji na temat:

- 1) jednostek chorobowych,
- 2) stanów wymagających nagłej pomocy,
- 3) zachowań prozdrowotnych,
- 4) leków, w tym objawów niepożądanych przy przyjmowaniu leków, oraz przyjmowania leków w trakcie ciąży,
- 5) ciąży – jej objawów, etapów rozwoju płodu, badań w czasie ciąży, zagrożeń, diety w trakcie ciąży i po porodzie,
- 6) przygotowania się do porodu,
- 7) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
- 8) badań prenatalnych,
- 9) szkół rodzenia,
- 10) karmienia noworodka,
- 11) obowiązkowych szczepień dzieci,
- 12) pielęgnacji niemowląt,
- 13) transportu medycznego,
- 14) telefonów zaufania i grup wsparcia, udzielających na terenie Polski pomocy osobom dotkniętym alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na określone schorzenia (np. cukrzycę, chorobę serca), kobietom po mastektomii, rodzicom ciężko chorych dzieci,
- 15) placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom osoby uprawnionej i rekomendowanych przez lekarzy Centrum Operacyjnego,
- 16) aptek znajdujących się na terenie Polski, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
- 17) badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
- 18) szczepień, zagrożeń epidemicznych dla podróżnych,
- 19) placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,

- 20) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - 21) sposobu przygotowywania się do zabiegów lub badań medycznych,
 - 22) domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - 23) przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby.
- Informacje, o których mowa powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.
11. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń przekroczy sumę ubezpieczenia, określoną w OWUD, możemy ją zrealizować po uzyskaniu zgody ubezpieczonego na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a sumą ubezpieczenia.
 12. Lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym decyduje o celowości organizacji i pokrycia kosztów wszystkich wymienionych powyżej usług medycznych.

Świadczenia ubezpieczeniowe

– w jaki sposób je realizujemy

13. Aby uzyskać świadczenie, osoba uprawniona do jego otrzymania lub osoba występująca w jej imieniu powinny, przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie, niezwłocznie zgłosić telefonicznie zdarzenie do Centrum Operacyjnego, oraz:
 - 1) wyjaśnić dyżurującemu pracownikowi Centrum Operacyjnego okoliczności, w jakich osoba uprawniona się znajduje i jakiej pomocy potrzebuje, oraz umożliwić lekarzom Centrum Operacyjnego dostęp do wszystkich informacji medycznych w zakresie niezbędnym do realizacji zgłoszenia;
 - 2) podać nazwisko i imię osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, a także jej numer PESEL i w miarę możliwości numer telefonu;
 - 3) podać numer polisy;
 - 4) podać dokładne miejsce zdarzenia;
 - 5) stosować się do zaleceń Centrum Operacyjnego, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw;
 - 6) udzielać wyjaśnień, aby umożliwić Centrum Operacyjnemu działania, które są niezbędne do ustalenia okoliczności zdarzenia, zasadności i wysokości roszczenia.
14. W wyjątkowych sytuacjach, gdy osoba uprawniona nie mogła skontaktować się z Centrum Operacyjnym na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej i sama pokryła koszty usług medycznych, zwrócimy koszty w zakresie, w jakim dotyczyły świadczeń, do których zobowiązane było Centrum Operacyjne, z zastrzeżeniem zdania ostatniego. Należy zgłosić się do Centrum Operacyjnego w ciągu 14 dni kalendarzowych od daty, kiedy ustały przyczyny uniemożliwiające skontaktowanie się z Centrum Operacyjnym i przedstawić dokumenty, które wskaże Centrum Operacyjne. Zwrócimy koszty po weryfikacji dokumentów. Mamy prawo do zwrotu kosztów, jakie ponieśliśmy w przypadku zapewnienia usług medycznych we własnym zakresie, w wysokości nie wyższej niż limity, które wskazaliśmy dla poszczególnych usług medycznych.
15. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych powyżej mamy prawo odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło nam ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia.
16. Realizujemy świadczenia maksymalnie przez 12 miesięcy. Liczymy ten okres od daty zdarzenia ubezpieczeniowego, w związku z którym dane świadczenie przysługuje.

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

17. Spełnienie świadczeń medycznych w ramach tych OWUD może być opóźnione z powodu strajków, zamieszek, niepokojów społecznych, zamachów terrorystycznych, wojny domowej lub wojny o zasięgu międzynarodowym, promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, zdarzenia losowego dotyczącego osoby, która ma realizować świadczenie lub zadziałania siły wyższej, jeśli udokumentujemy te przyczyny.
18. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
 - 1) kosztów usług, które Centrum Operacyjne zorganizowało, jeśli wynikało to z powodu nieprawdziwych informacji;
 - 2) zdarzeń, które skutkują zagrożeniem życia i wymagają natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego;
 - 3) zdarzeń, które zagrażają życiu i zostały tak zakwalifikowane na podstawie informacji od zgłaszającego je do Centrum Operacyjnego;
 - 4) świadczeń ani usług realizowanych poza terytorium Polski;
 - 5) kosztów zakupu leków;
 - 6) kosztów wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego;
 - 7) leczenia sanatoryjnego, fizjoterapii – jeśli wykraczają poza świadczenie rehabilitacji w ramach tych OWUD oraz zabiegów ze wskazań estetycznych czy helioterapii;
 - 8) kosztów szczepień;
 - 9) leczenia dentystrycznego;
 - 10) chorób przenoszonych drogą płciową, chorób wenerycznych;
 - 11) chorób przewlekłych;
 - 12) przerwania ciąży, sztucznego zapłodnienia lub każdego innego leczenia bezpłodności ani kupowania środków antykoncepcyjnych.

19. Dodatkowo zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzeń, które powstały w następstwie:

- 1) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w działaniach wojennych, zbrojnych, w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że udział w nich wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) pozostawiania osoby uprawnionej do świadczenia pod wpływem alkoholu w ilości, która powoduje, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia od 0,2‰ we krwi albo do obecności od 0,1 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza;
 - 3) użycia przez osobę uprawnioną do świadczenia narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim albo niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - 4) zaburzeń psychicznych;
 - 5) usiłowania popełnienia lub umyślnego popełnienia czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 6) uprawiania (w tym także jednorazowego) wszelkich sportów lotniczych, wspinaczki, speleologii, skoków na linie, nurkowania z użyciem specjalistycznego sprzętu, sportów motorowych i motorowodnych oraz udziału w każdego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
 - 7) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 8) niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Operacyjnego.
20. Jeśli ubezpieczony lub osoba uprawniona poda nam nieprawdziwe dane o okolicznościach lub skutkach zdarzenia ubezpieczeniowego, które objęliśmy ochroną, lub uchylają się od wyjaśnień, odmówimy zwrotu kosztów. Jeśli podano nam nieprawdziwe informacje, możemy zażądać zwrotu poniesionych kosztów.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

21. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:

- 1) **Centrum Operacyjne** – jednostka, którą wskażemy, która działa w naszym imieniu i zajmuje się organizacją i świadczeniem usług określonych w tych OWUD;
- 2) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, która trwa zwykle miesiącami lub latami, jest leczona stale lub okresowo, lub choroba, która była przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje;
- 3) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione przez ubezpieczonego, które nie ukończyło 25. roku życia i mieszka wspólnie z nim w miejscu zamieszkania;
- 4) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w celu leczenia;
- 5) **lekarz Centrum Operacyjnego** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez Centrum Operacyjne i występująca w jego imieniu;
- 6) **lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad osobą uprawnioną w placówce medycznej, w której poddała się ona leczeniu;
- 7) **miejsce pobytu** – miejsce na terenie Polski, w którym przebywają tymczasowo ubezpieczony, jego współmałżonek albo partner lub dziecko i które w ocenie Centrum Operacyjnego umożliwia realizację świadczeń;
- 8) **miejsce zamieszkania** – miejsce na terenie Polski, które wskażą ubezpieczony, jego współmałżonek albo partner lub dziecko jako miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu;
- 9) **nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które zaszło w okresie naszej odpowiedzialności i w którego następstwie ubezpieczony, współmałżonek albo partner, dziecko, rodzic ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka albo rodzic partnera niezależnie od swojej woli doznali uszkodzenia ciała, uszczerbku na zdrowiu lub ktoś z nich zmarł; zdarzenie musi być niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, współmałżonka albo partnera, dziecka lub w przypadku świadczeń wymienionych w poz. 17 tabeli świadczeń – rodzica ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka albo rodzica partnera;
- 10) **poronienie** – samoistne, przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 22 tygodnie;
- 11) **sprzęt rehabilitacyjny** – niezbędny, drobny (jego waga nie przekracza 20 kg) sprzęt rehabilitacyjny, określony i zalecony przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie, umożliwiający samodzielne funkcjonowanie lub je ułatwiający;
- 12) **urodzenie martwego dziecka** – urodzenie martwego noworodka, zarejestrowanego w urzędzie stanu cywilnego; w akcie urodzenia tego dziecka osoba uprawniona wymieniona jest jako jego rodzic;
- 13) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie wymienione poniżej, które obejmujemy ochroną na podstawie tej umowy dodatkowej, w postaci:
 - a) choroby,
 - b) doznania obrażeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - c) pogorszenia się stanu zdrowia w wyniku trudnych sytuacji losowych, wymienionych w poz. 14 tabeli świadczeń,
 - d) urodzenia się ubezpieczonemu dziecka – dotyczy to wyłącznie wizyty położnej.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–11, 13, 19, 27 Tabela procedur medycznych
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 12, 20–25

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. Weszły one w życie 1 sierpnia 2024 r. Następnie zostały zmienione uchwałą nr 1/29/07/2025 z 29 lipca 2025 r., która weszła w życie 22 sierpnia 2025 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w pkt 102 OWU oraz na końcu OWUD – zapoznaj się z nimi. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie:
 - 1) ubezpieczonego – w przypadku formy indywidualnej,
 - 2) ubezpieczonego, jego współmałżonka albo partnera oraz dzieci – w przypadku formy rodzinnej.
2. Osoby wskazane w pkt 1 są osobami uprawnionymi do korzystania ze świadczeń wskazanych w tych OWUD zgodnie z wybraną i potwierdzoną w polisie formą ubezpieczenia.
3. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy doznanie obrażeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek zdarzył się w okresie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe – z jakich świadczeń i na jakich zasadach można skorzystać

4. Jeśli osoba uprawniona ulegnie nieszczęśliwemu wypadkowi, zorganizujemy lub zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń zgodnie z zasadami, które opisujemy niżej.
5. O celowości realizacji usług medycznych decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.
6. Jeżeli koszt spełnienia danego świadczenia przekroczy limity zdefiniowane dla tego świadczenia, Centrum Operacyjne wykona świadczenie, o ile osoba uprawniona zgodzi się na dopłatę różnicy między ceną świadczenia a limitem.
7. Świadczenia realizujemy na terenie Polski.

8. Każdej osobie uprawnionej przysługuje prawo do skorzystania z maksymalnie 20 świadczeń w ramach jednego nieszczęśliwego wypadku:

Tabela świadczeń

W tej tabeli wymieniamy świadczenia dostępne w ramach OWUD i opisujemy je. Podajemy także dodatkowe warunki konieczne do spełnienia, aby uzyskać świadczenie, i informujemy, ile razy osoba uprawniona może skorzystać ze świadczenia w ramach jednego nieszczęśliwego wypadku oraz czy i jaki jest limit.

Świadczenia dostępne w ramach OWUD		Dodatkowe warunki konieczne do spełnienia, aby uzyskać świadczenie	Opis	Ile razy można skorzystać ze świadczenia, czy i jaki jest limit
POMOC MEDYCZNA				
1)	Konsultacja chirurga	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
2)	Konsultacja okulisty	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
3)	Konsultacja otolaryngologa	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
4)	Konsultacja ortopedy	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
5)	Konsultacja kardiologa	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
6)	Konsultacja neurologa	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
7)	Konsultacja pulmonologa	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
8)	Konsultacja lekarza rehabilitacji	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
9)	Konsultacja neurochirurga	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
10)	Konsultacja psychologa	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
11)	Zabiegi ambulatoryjne	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty zabiegów ambulatoryjnych w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
12)	Badania laboratoryjne	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty badań laboratoryjnych w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych. W ramach jednego świadczenia możliwe jest wykonanie zleconych badań, które traktowane są jako jedno świadczenie z limitu całkowitego do wykorzystania	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
13)	Badania radiologiczne	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty badań radiologicznych w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
14)	Ultrasonografia	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty badań ultrasonograficznych w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
15)	Pakiet rehabilitacyjny	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty jednego z poniższych świadczeń: 1) wizyty fizjoterapeuty w miejscu pobytu osoby uprawnionej albo 2) wizyty osoby uprawnionej w poradni rehabilitacyjnej, znajdującej się najbliżej jej miejsca pobytu, w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych	1 raz – maksymalnie 40 zabiegów/procedur medycznych
16)	Tomografia komputerowa	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty badania tomografii komputerowej w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych	1 raz

Świadczenia dostępne w ramach OWUD		Dodatkowe warunki konieczne do spełnienia, aby uzyskać świadczenie	Opis	Ile razy można skorzystać ze świadczenia, czy i jaki jest limit
17)	Rezonans magnetyczny	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty badania rezonansu magnetycznego w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych	1 raz
POMOC OPIEKUŃCZA				
18)	Opieka pielęgniarska	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki (procedury możliwe do wykonania w miejscu pobytu). Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej	1 raz – maksymalnie 4 wizyty
19)	Sprzęt rehabilitacyjny	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Operacyjnego wydane na podstawie dokumentacji medycznej	Organizujemy i pokrywamy koszty wypożyczenia albo zakupu oraz koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu. Centrum Operacyjne nie ponosi odpowiedzialności za brak sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach	1 raz – maksymalny koszt zakupu albo wypożyczenia wynosi 800 zł
20)	Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Operacyjnego wydane na podstawie dokumentacji medycznej	Organizujemy i pokrywamy koszty zakupu lub wypożyczenia lub naprawy przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	1 raz – maksymalny koszt zakupu lub wypożyczenia lub naprawy wynosi 1000 zł
21)	Transport osoby wskazanej przez osobę uprawnioną	Hospitalizacja osoby uprawnionej przez okres dłuższy niż 4 dni w placówce medycznej znajdującej się powyżej 50 km od jej miejsca zamieszkania	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu na terenie Polski osoby wskazanej przez osobę uprawnioną do placówki medycznej z miejsca jej pobytu oraz podróży powrotnej do jej miejsca zamieszkania po zakończeniu hospitalizacji. Transport odbywa się: 1) taksówką (nie dalej niż na odległość 100 km); 2) pociągiem I klasy lub autobusem; 3) samolotem w klasie ekonomicznej, jeżeli czas podróży pociągiem lub autobusem przekracza 8 godzin; w tym, w odniesieniu do pkt 2) i 3), również transport taksówką na dworzec lub lotnisko i z powrotem	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
22)	Zakwaterowanie osoby wskazanej przez osobę uprawnioną	Hospitalizacja osoby uprawnionej przez okres dłuższy niż 4 dni w placówce medycznej znajdującej się powyżej 50 km od jej miejsca zamieszkania	Organizujemy i pokrywamy koszty zakwaterowania osoby wskazanej przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia w hotelu o kategorii do 3 gwiazdek, znajdującym się najbliżej miejsca hospitalizacji. Świadczenie obejmuje nocleg wraz ze śniadaniem	1 raz – maksymalnie 4 doby hotelowe
23)	Transport do placówki medycznej	Brak dodatkowych warunków	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu osoby uprawnionej wraz z osobą przez nią wskazaną z miejsca pobytu do odpowiedniej placówki medycznej. Środek transportu jest dostosowany do stanu zdrowia osoby uprawnionej. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
24)	Transport pomiędzy placówkami medycznymi	Osoba uprawniona znalazła się w placówce medycznej, która nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jej zdrowia, lub jest ona skierowana na zabieg lub badania lekarskie do innej placówki medycznej. Świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, po konsultacji z lekarzem Centrum Operacyjnego	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia wraz z osobą przez nią wskazaną pomiędzy placówkami medycznymi. Środek transportu dostosowany jest do stanu zdrowia osoby uprawnionej	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
25)	Transport z placówki medycznej	Hospitalizacja osoby uprawnionej Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu z placówki medycznej osoby uprawnionej wraz z osobą przez nią wskazaną do miejsca zamieszkania. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń

Świadczenia dostępne w ramach OWUD		Dodatkowe warunki konieczne do spełnienia, aby uzyskać świadczenie	Opis	Ile razy można skorzystać ze świadczenia, czy i jaki jest limit
26)	Transport na komisję lekarską oraz transport powrotny	Osoba uprawniona ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub własnym samochodem	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu osoby uprawnionej wraz z osobą przez nią wskazaną z miejsca zamieszkania do siedziby komisji lekarskiej oraz transportu powrotnego do miejsca zamieszkania. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
27)	Transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny	Hospitalizacja osoby uprawnionej przez okres dłuższy niż 4 dni. Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego udania się na wizytę kontrolną do placówki medycznej przed upływem roku od dnia zakończenia hospitalizacji. Ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, osoba uprawniona nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub własnym samochodem	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu na wizytę kontrolną oraz transportu powrotnego do miejsca zamieszkania. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
28)	Dostarczenie rzeczy osobistych do szpitala	Osoba uprawniona jest hospitalizowana i nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników	Organizujemy i pokrywamy koszty dostarczenia niezbędnych artykułów pierwszej potrzeby, w szczególności odzieży, przyborów toaletowych, okularów. Warunkiem skorzystania ze świadczenia jest udostępnienie przez osobę wskazaną przez osobę uprawnioną wyżej wymienionych przedmiotów przedstawicielowi Centrum Operacyjnego. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu wyżej wymienionych artykułów	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
29)	Dostarczenie leków	Osoba uprawniona (z uwagi na rodzaj obrażeń, jakich doznała) nie może opuszczać miejsca zamieszkania i nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników	Organizujemy i pokrywamy koszty dostarczenia leków przepisanych przez lekarza prowadzącego (z wyłączeniem kosztu leków). Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Centrum Operacyjnego danych niezbędnych do realizacji recepty	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
30)	Pomoc domowa po hospitalizacji	Hospitalizacja osoby uprawnionej przez okres dłuższy niż 4 dni po zakończonej hospitalizacji konieczne jest zapewnienie jej pomocy w miejscu zamieszkania – zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza Centrum Operacyjnego wydanym na podstawie dokumentacji medycznej. Osoba uprawniona nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników	Organizacja oraz pokrycie kosztów honorarium i dojazdu pomocy domowej do miejsca zamieszkania osoby uprawnionej. Świadczenie obejmuje: 1) zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby, 2) codzienne porządki domowe, 3) dostawę lub przygotowanie posiłków, 4) opiekę nad zwierzętami domowymi, 5) podlewanie kwiatów. Nie pokrywamy kosztów zakupu materiałów lub środków spożywczych, związanych z zapewnieniem pomocy domowej	1 raz – maksymalnie 4 wizyty po 4 godziny w okresie kolejnych 14 dni
31)	Dostarczenie podstawowych artykułów spożywczych	Osoba uprawniona (z powodu obrażeń, jakich doznała) nie może opuszczać miejsca zamieszkania i nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników. Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Operacyjnego	Organizujemy i pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca zamieszkania podstawowych artykułów spożywczych	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
32)	Opieka nad dziećmi	Hospitalizacja osoby uprawnionej albo konieczność pozostawiania w pozycji leżącej, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego. Pisemna zgoda osoby uprawnionej i zapewnienie dostępu do miejsca pobytu dzieci. W miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić dzieciom opiekę	Organizujemy i pokrywamy koszty opieki nad dziećmi w miejscu zamieszkania przez podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem takich usług lub przez pielęgniarkę – tylko w sytuacjach, które są uzasadnione stanem zdrowia osoby, której opieka ma dotyczyć. Po upływie okresu opieki, która przysługuje w ramach ubezpieczenia, Centrum Operacyjne doloży starań, aby, jeśli będzie taka potrzeba, zorganizować opiekę dalszej rodziny lub opiekę społeczną	1 raz – maksymalnie przez 4 kolejne dni przez 24 godziny na dobę

Świadczenia dostępne w ramach OWUD		Dodatkowe warunki konieczne do spełnienia, aby uzyskać świadczenie	Opis	Ile razy można skorzystać ze świadczenia, czy i jaki jest limit
33)	Opieka nad osobami niesamodzielnymi	Hospitalizacja osoby uprawnionej albo konieczność pozostawania w pozycji leżącej, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego. Pisemna zgoda osoby uprawnionej i zapewnienie dostępu do miejsca pobytu osoby niesamodzielnej. W miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić opiekę osobie niesamodzielnej	Organizujemy i pokrywamy koszty opieki nad osobą niesamodzielną w miejscu zamieszkania przez podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem takich usług lub przez pielęgniarkę – tylko w sytuacjach, które są uzasadnione stanem zdrowia osoby, której opieka ma dotyczyć. Po upływie okresu opieki, która przysługuje w ramach ubezpieczenia, Centrum Operacyjne doloży starań, aby, jeśli będzie taka potrzeba, zorganizować opiekę dalszej rodziny lub opiekę społeczną	1 raz – maksymalnie przez 4 kolejne dni po 24 godziny na dobę
34)	Opieka nad zwierzętami	Hospitalizacja osoby uprawnionej (przewidywany okres hospitalizacji przekracza 4 dni). Pisemna zgoda osoby uprawnionej i zapewnienie dostępu do miejsca pobytu zwierzęcia. W miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić opiekę	Organizacja oraz pokrycie kosztów opieki nad zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania w zakresie karmienia, wyprowadzania na spacer oraz utrzymania higieny. Po upływie przysługującego okresu opieki Centrum Operacyjne doloży starań, jeśli zajdzie taka potrzeba, aby zorganizować opiekę dalszej rodziny lub schronisko dla zwierząt na koszt osoby uprawnionej. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów karmy dla zwierząt lub środków do utrzymania higieny, używanych podczas sprawowania opieki	1 raz – maksymalnie przez 4 dni
35)	Transport dziecka do placówki oświatowo-wychowawczej	Osoba uprawniona zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego nie może opuszczać miejsca zamieszkania. Pisemna zgoda osoby uprawnionej i zapewnienie dostępu do miejsca pobytu dzieci. W miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić dzieciom transport	Organizujemy i pokrywamy koszty przewozu dziecka z miejsca zamieszkania na zajęcia do szkoły, przedszkola, żłobka i z powrotem po zakończeniu zajęć	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
36)	Pobyt opiekuna prawnego w przypadku hospitalizacji dziecka	Hospitalizacja dziecka w szpitalu znajdującym się w odległości powyżej 50 km od miejsca zamieszkania	Gdy nie ma możliwości pobytu prawnego opiekuna razem z dzieckiem w szpitalu, organizujemy i pokrywamy koszty pobytu jednego opiekuna prawnego w hotelu o kategorii do trzech gwiazdek najbliższego miejsca hospitalizacji dziecka	1 raz – nie dłużej niż 4 doby
37)	Korepetycje	Dziecko, na podstawie zwolnienia lekarskiego, nie może co najmniej przez 7 dni uczestniczyć w zajęciach dydaktycznych w placówce oświatowo-wychowawczej	Organizujemy i pokrywamy koszty dojazdu korepetytora do miejsca zamieszkania oraz koszty korepetycji w zakresie bieżącego programu nauczania w placówce oświatowo-wychowawczej, do której uczęszcza dziecko. Zakres świadczenia obejmuje korepetycje z przedmiotów wybranych przez osobę uprawnioną spośród: języka polskiego, matematyki, fizyki, chemii, biologii, języków obcych (angielskiego, niemieckiego, francuskiego, hiszpańskiego)	1 raz – maksymalnie 10 godzin, jednak nie więcej niż 2 godziny podczas jednej wizyty

Przykład

Jeśli w wyniku nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony złamie nogę i skorzysta z następujących świadczeń: 3 konsultacji ortopedy (3 świadczenia), 1 konsultacji lekarza rehabilitacji, 1 rezonansu magnetycznego, założenia oraz zdjęcia gipsu (2 świadczenia) oraz 17 zabiegów rehabilitacyjnych w ramach pakietu rehabilitacyjnego (1 świadczenie), to łącznie wykorzysta 8 z 20 świadczeń.

9. W okresie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej osoba uprawniona może korzystać bez ograniczeń z telefonicznej informacji medycznej. Wykwalifikowany personel udziela ustnej, ogólnej informacji na temat:
 - 1) stanów wymagających natychmiastowej pomocy medycznej i zasad jej udzielania;
 - 2) postępowania w przypadku ukąszeń;
 - 3) jednostek chorobowych, w tym chorób rzadkich, stosowanego typowego leczenia, nowoczesnych metod leczenia, dostępnych na terytorium Polski;
 - 4) zachowań prozdrowotnych;
 - 5) profilaktyki zachorowań na grypę, profilaktyki antynikotynowej;
 - 6) opisów lub wyników wykonanych badań;
 - 7) sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych, przyjęcia lub wypisu ze szpitala;
 - 8) niezbędnych badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku;
 - 9) leków oraz objawów niepożądanych przy ich przyjmowaniu, interakcji z innymi lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji;
 - 10) poziomu refundacji leków;

- 11) grup wsparcia, telefonów zaufania na terenie Polski świadczących pomoc osobom dotkniętym alkoholizmem, narkomanią, nikotynizmem, osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe czy depresję, mającym problemy zdrowotne, dla rodziców ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci, kobietom po mastektomii;
- 12) szczepień, zagrożeń epidemicznych dla podróżnych;
- 13) placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym: adresów, godzin pracy i numerów telefonów, placówek odpowiadających potrzebom osoby uprawnionej oraz rekomendowanych przez lekarza Centrum Operacyjnego;
- 14) danych teleadresowych aptek, placówek opieki społecznej, hospicjów i placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, szpitali prywatnych należących do sieci partnera medycznego, w tym dostępności, zakresu świadczeń medycznych czy średnich cen usług medycznych.

Ponadto w ramach telefonicznej informacji medycznej Centrum Operacyjne umożliwia osobie uprawnionej telefoniczną konsultację z lekarzem.

Świadczenia ubezpieczeniowe **– w jaki sposób je realizujemy**

10. Aby uzyskać świadczenie, osoba uprawniona lub osoba występująca w jej imieniu powinna skontaktować się z Centrum Operacyjnym, na numer telefonu podany w polisie, i podać niezbędne informacje, w szczególności:
 - 1) imię i nazwisko ubezpieczonego,
 - 2) numer PESEL ubezpieczonego,
 - 3) miejsce zamieszkania,
 - 4) datę zajścia zdarzenia,
 - 5) telefon kontaktowy,
 - 6) krótki opis zdarzenia.
11. Osoba uprawniona powinna postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Operacyjnego.
12. Jeśli nie otrzymamy informacji wskazanych w pkt 10, mamy prawo odmówić realizacji świadczenia, o ile informacje te są niezbędne do prawidłowej realizacji świadczenia.
13. Aby uzyskać pierwsze świadczenie w odniesieniu do danego nieszczęśliwego wypadku, osoba uprawniona lub osoba działająca w jej imieniu powinna wypełnić i przekazać do Centrum Operacyjnego wniosek o realizację świadczeń. Do wniosku należy dołączyć kopię dotychczas zgromadzonej dokumentacji medycznej, z której wynika, że powstałe obrażenia ciała są następstwem nieszczęśliwego wypadku. Dokumenty należy przesłać do Centrum Operacyjnego pocztą lub mejlowo na adres wskazany we wniosku o realizację świadczeń.
14. Lekarz Centrum Operacyjnego podejmie decyzję, czy osoba uprawniona spełnia warunki uzyskania świadczenia, w terminie 3 dni roboczych od dnia otrzymania dokumentów, o których mówimy w pkt 13.
15. Na prośbę Centrum Operacyjnego osoba uprawniona powinna przekazać inne dokumenty, niezbędne do ustalenia, czy świadczenie jest należne.
16. Czas oczekiwania na konsultację u lekarzy specjalistów wynosi 5 dni roboczych od przyznania prawa do świadczenia, o ile osoba uprawniona nie wskaże późniejszego terminu. Gwarancja dostępności dotyczy konsultacji u dowolnego lekarza danej specjalizacji, a nie konsultacji u konkretnego lekarza.
17. Świadczenia medyczne realizują placówki medyczne należące do sieci partnera medycznego.
18. Koszty świadczeń pokrywa Centrum Operacyjne bezpośrednio na rzecz podmiotu lub placówki medycznej, które realizują świadczenie.
19. W wyjątkowych sytuacjach, gdy osoba uprawniona nie mogła skontaktować się z Centrum Operacyjnym na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej i sama pokryła koszty usług medycznych, zwrócimy koszty w zakresie, w jakim dotyczyły świadczeń, do których zobowiązane było Centrum Operacyjne, z zastrzeżeniem zdania ostatniego. Należy zgłosić się do Centrum Operacyjnego w ciągu 14 dni kalendarzowych od daty, kiedy ustały przyczyny uniemożliwiające skontaktowanie się z Centrum Operacyjnym, i przedstawić dokumenty, które wskaże Centrum Operacyjne. Zwrócimy koszty po weryfikacji dokumentów. Mamy prawo do zwrotu kosztów, jakie ponieśliśmy w przypadku zapewnienia usług medycznych we własnym zakresie, w wysokości nie wyższej niż limity, które wskazaliśmy dla poszczególnych usług medycznych.

Aby uzyskać świadczenie, osoba uprawniona powinna skontaktować się z Centrum Operacyjnym, dzwoniąc pod numer telefonu podany w polisie.

Wyłączenia odpowiedzialności **– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa**

20. Nie przyznamy świadczeń, jeśli nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego, jest następstwem zdarzeń wymienionych w pkt 76–78 OWU lub następstwem:
 - 1) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych;
 - 2) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka;

- 3) użycia narkotyków, środków odurzających, psychoaktywnych lub substancji psychotropowych, lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 4) niezaleconego przez lekarza zażycia leków;
 - 5) zaburzeń psychicznych.
21. Nie ponosimy odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia, jeśli było to spowodowane:
- 1) trzęsieniem lub osunięciem się ziemi, powodzią, huraganem, pożarem;
 - 2) strajkami, atakami terrorystycznymi, skutkiem promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych, mogącymi uniemożliwić realizację danych świadczeń przez usługodawców;
 - 3) wojną, działaniami wojennymi lub zbrojnymi, zamieszkami;
 - 4) brakiem lub ograniczeniem dostępu do osoby uprawnionej lub do innych osób, w stosunku do których miało zostać spełnione świadczenie, albo do miejsca zamieszkania, albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie.
22. Jeżeli do realizacji świadczenia konieczna jest pisemna zgoda osoby uprawnionej na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej, nie ponosimy odpowiedzialności, jeżeli brak tej zgody był przyczyną niespełnienia lub nienależytego spełnienia świadczenia.
23. Nie ponosimy odpowiedzialności za organizację i pokrycie kosztów leczenia obrażeń ciała, które nie są związane z nieszczęśliwym wypadkiem.
24. Centrum Operacyjne nie ponosi odpowiedzialności za przebieg ani skutki organizowanych przez nie terapii, leczenia, zabiegów, badań ani rehabilitacji.
25. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki, jeśli osoba uprawniona nie zastosuje się do decyzji i zaleceń lekarza Centrum Operacyjnego lub podejmuje decyzje, które są sprzeczne z zaleceniami lekarza Centrum Operacyjnego.
26. Informacje udzielane w ramach telefonicznej informacji medycznej mają charakter ogólny i informacyjny, nie stanowią porady medycznej, nie mają charakteru diagnostycznego i nie mogą być traktowane jako ostateczna opinia czy porada.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

27. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
- 1) **Centrum Operacyjne** – jednostka, którą wskażemy, która działa w naszym imieniu i zajmuje się organizacją i świadczeniem usług określonych w tych OWUD;
 - 2) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione przez ubezpieczonego, które nie ukończyło 25. roku życia i mieszka wspólnie z nim w miejscu zamieszkania;
 - 3) **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu, które trwa nieprzerwanie co najmniej 24 godziny, łącznie z czasem hospitalizacji, który określony jest w tabeli świadczeń przy opisie świadczenia;
 - 4) **lekarz Centrum Operacyjnego** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez Centrum Operacyjne i występująca w jego imieniu;
 - 5) **lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad osobą uprawnioną w placówce medycznej, w której poddała się ona leczeniu następstw nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) **limit całkowity** – maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania na jeden nieszczęśliwy wypadek dla jednej osoby uprawnionej do świadczenia; limit całkowity wynosi 20 świadczeń;
 - 7) **miejsce pobytu** – znajdujące się na terytorium Polski miejsce, w którym znajduje się osoba uprawniona, nie dotyczy pobytu w placówce medycznej;
 - 8) **miejsce zamieszkania** – miejsce na terenie Polski, które wskaże osoba uprawniona jako miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu;
 - 9) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w którego następstwie osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, niezależnie od swojej woli oraz stanu zdrowia, doznała uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
 - 10) **osoba niesamodzielną** – osoba, która w dniu nieszczęśliwego wypadku pozostaje z osobą uprawnioną we wspólnym gospodarstwie domowym w miejscu zamieszkania i jest dla osoby uprawnionej:
 - a) małżonkiem lub osobą pozostającą z nią w konkubinacie,
 - b) dzieckiem, pasierbem, dzieckiem przysposobionym lub przyjętym na wychowanie,
 - c) rodzicem, przysposabiającym, teściem, ojczymem, macochą,
 - d) dziadkiem, babcią, wnukiem, rodzeństwem, zięciem, synową,
 i ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb życiowych i wymaga stałej lub długoterminowej opieki oraz pomocy innych osób;
 - 11) **sprzęt rehabilitacyjny** – niezbędny drobny (jego waga nie przekracza 20 kg) sprzęt rehabilitacyjny, określony i zalecony przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie, umożliwiający samodzielne funkcjonowanie lub je ułatwiający;
 - 12) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – doznanie obrażeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 13) **zwierzę domowe** – kot lub pies, który jest własnością osoby uprawnionej; o ile kot należy do ras domowych, pies nie jest rasy uznawanej za agresywną, zgodnie z powszechnie obowiązującymi w dniu zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego przepisami prawa.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 1–4, 11, 13, 16, 19, 21, 28, 35
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/25/07/01 pkt 6–9, 14, 18, 31, 33–34

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony.

Te OWUD zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 1/29/07/2025 z 29 lipca 2025 r., która weszła w życie 22 sierpnia 2025 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w pkt 102 OWU oraz na końcu w OWUD – zapoznaj się z nimi. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy:
 - 1) rozpoznanie nowotworu u ubezpieczonego, jeżeli pierwsze w jego życiu rozpoznanie nowotworu nastąpiło w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) pobyt ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej, w celu leczenia nowotworu;
 - 3) leczenie specjalistyczne nowotworu u ubezpieczonego, które rozpoczęło się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej;
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje także świadczenia zdrowotne związane z rozpoznaniem nowotworu, o którym mowa w pkt 2 ppkt 1.

Świadczenia ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy świadczenie z tytułu rozpoznania nowotworu

4. Jeśli w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej nastąpi pierwsze w życiu ubezpieczonego rozpoznanie nowotworu, określonego w definicji wskazanej w pkt 35 ppkt 4, wypłacimy mu świadczenie z tytułu rozpoznania nowotworu. W zależności od rodzaju nowotworu wypłacimy świadczenie w wysokości:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania nowotworu – w przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego typu I lub rozpoznania niezłośliwego guza mózgu;
 - 2) 10% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania nowotworu – w przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego typu II lub rozpoznania nowotworu in situ (*Carcinoma in situ*).

5. Rodzaj nowotworu i data jego rozpoznania ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej.
6. W przypadku rozpoznania co najmniej dwóch nowotworów złośliwych typu II o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji wypłacimy tylko jedno świadczenie z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego typu II.

Przykład 1

Jeśli u ubezpieczonego w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej rozpoznano po raz pierwszy w jego życiu czerniaka złośliwego (nowotwór złośliwy typu II, kategoria C43 wg ICD-10) w stopniu zaawansowania równym lub niższym niż 2A, otrzyma on świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia. Jeśli zostanie wyleczony, a następnie czerniak złośliwy w stopniu zaawansowania równym lub niższym niż 2A zostanie rozpoznany u ubezpieczonego ponownie, to nie otrzyma on świadczenia.

Wypłacamy świadczenie tylko za pierwsze rozpoznanie nowotworu typu II.

7. W przypadku nowotworów in situ, w ramach każdej z dziewięciu kategorii od D00 do D09 (według ICD-10) wypłacimy tylko jedno świadczenie z tytułu rozpoznania nowotworu in situ w danej kategorii, niezależnie do liczby rozpoznań nowotworów in situ w tej kategorii.
8. Jeśli ubezpieczony otrzymał świadczenie z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego typu II lub nowotworu in situ, a następnie w okresie naszej ochrony nowotwór ten rozwinął się w nowotwór złośliwy typu I lub niezłośliwy guz mózgu, ubezpieczony otrzyma dopłatę świadczenia do wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania nowotworu.
9. Łączne świadczenie z tytułu rozpoznania nowotworu w okresie ochrony, bez względu na liczbę rozpoznanych nowotworów objętych zakresem ubezpieczenia, nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania nowotworu.

Przykład 2

Jeżeli wypłaciliśmy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia, a następnie złożył on wniosek o wypłatę z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego typu I lub niezłośliwego guza mózgu, za który przysługuje świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia, wówczas z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego typu I lub niezłośliwego guza mózgu otrzyma on świadczenie pomniejszone o wcześniejsze wypłaty z tytułu rozpoznania nowotworu (tj. w wysokości 100% sumy ubezpieczenia pomniejszone o wcześniejsze wypłaty), ponieważ wypłacamy maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia w okresie trwania naszej ochrony.

10. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania nowotworu potwierdzamy w polisie.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w celu leczenia nowotworu

11. Wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu w celu leczenia nowotworu rozpoznanego u ubezpieczonego w czasie trwania naszej ochrony.
12. Wysokość świadczenia potwierdzamy w polisie.
13. Świadczenie wypłacamy w wysokości, która obowiązywała w dniu rozpoczęcia pobytu ubezpieczonego w szpitalu.
14. Świadczenie wypłacamy za maksymalnie 365 dni pobytu w szpitalu w danym roku polisy. Jednak jeżeli nieprzerwany pobyt w szpitalu rozpoczął się w czasie trwania naszej ochrony i wykracza poza:
 - 1) dany rok polisy lub
 - 2) czas trwania ochrony ubezpieczeniowej,wliczamy ten pobyt do limitu 365 dni z roku polisy, w którym rozpoczął się pobyt ubezpieczonego w szpitalu. Jeśli dany nieprzerwany pobyt w szpitalu jest dłuższy niż 365 dni, świadczenie wypłacimy za 365 dni.
15. Świadczenie wypłacamy po zakończeniu pobytu ubezpieczonego w szpitalu. Na wniosek ubezpieczonego możemy wypłacić określoną przez nas część świadczenia wcześniej, jeżeli jego pobyt w szpitalu trwa co najmniej jeden miesiąc. Do wniosku ubezpieczony powinien dołączyć dokument, którego treść potwierdza dotychczasowy pobyt w szpitalu oraz konieczność dalszego pobytu w szpitalu.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy świadczenie w związku z leczeniem specjalistycznym nowotworu

16. Jeśli ubezpieczony był poddany leczeniu specjalistycznemu nowotworu rozpoznanego w czasie trwania naszej ochrony, wypłacimy mu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tego tytułu, która będzie aktualna na dzień:
 - 1) podania pierwszej dawki leku – w przypadku chemioterapii, hormonoterapii, terapii celowanej;
 - 2) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego – w przypadku radioterapii, w tym leczenia radiofarmaceutykami.
17. Wysokość świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego nowotworu potwierdzamy w polisie.
18. Jeśli w trakcie leczenia tego samego nowotworu ubezpieczony zostanie poddany co najmniej dwóm procedurom leczenia specjalistycznego (np. dwie chemioterapie), wypłacimy mu świadczenie tylko za jedną z nich.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– jakie świadczenia zdrowotne otrzyma ubezpieczony w związku z rozpoznaniem nowotworu

19. Po przyznaniu ubezpieczonemu świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu przyznamy mu także dostęp do świadczeń zdrowotnych.

20. Ze świadczeń zdrowotnych ubezpieczony może skorzystać w ciągu 12 miesięcy kalendarzowych, które liczymy od następnego dnia roboczego po dniu wypłaty świadczenia w związku z rozpoznaniem nowotworu.

21. W ramach świadczeń zdrowotnych zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń wskazanych w tabeli:

Tabela świadczeń zdrowotnych

W tej tabeli określamy rodzaj świadczenia zdrowotnego, opisujemy je i podajemy, ile razy ubezpieczony może skorzystać ze świadczenia i jakie są limity świadczeń zdrowotnych (na jedno zdarzenie).

Rodzaj świadczenia	Opis świadczenia	Limity świadczeń zdrowotnych
Teleopieka onkologiczna	konsultacje online z onkologiem między zaplanowanymi kontrolami; ubezpieczony może z nich skorzystać, gdy zaostrzy się choroba, pojawią się nowe symptomy lub jego stan zdrowia wymaga oceny i modyfikacji leczenia	bez limitu
Teleopieka psychologiczna	60-minutowe konsultacje terapeutyczne online z psychologiem; z konsultacji może skorzystać również osoba bliska ubezpieczonego, tj. współmałżonek, partner lub dzieci	6 sesji terapeutycznych (łącznie limit dla ubezpieczonego i jego bliskich)
Teleopieka dietetyczna	konsultacje online z dietetykiem w zakresie ewentualnej zmiany nawyków żywieniowych i wdrożenia spersonalizowanego żywienia	6 konsultacji
Teleopieka farmaceutyczna	konsultacje online z farmaceutą w zakresie bezpiecznej farmakoterapii: jak prawidłowo stosować leki przepisane przez lekarza oraz leki bez recepty, weryfikacja połączenia leków zleconych przez różnych specjalistów, informacje dotyczące leków, suplementów diety, zamienników leków, możliwości nabycia tańszych leków, ocena wpływu odżywiania na przyjmowane leki	bez limitu
Stacjonarne wizyty specjalistyczne	stacjonarne wizyty u specjalistów: onkologa, hematologa, ginekologa, urologa, neurologa, pulmonologa, endokrynologa lub gastrologa	6 wizyt
Badania laboratoryjne	organizacja i pokrycie kosztów badań laboratoryjnych: morfologia z rozmazem, CRP, AFP, CEA, CA 50, CA 125, CA 15-3, CA 19-9, PSA całkowity, PSA wolny; badania realizowane są na podstawie skierowania od lekarza	bez limitu
Badania obrazowe	organizacja i pokrycie kosztów badań: ultrasonografia (USG), tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI); badania realizowane są na podstawie skierowania od lekarza specjalisty w ramach diagnostyki onkologicznej	3 badania
Zakup i dostarczenie leków	pokrycie kosztów leków na receptę i dostarczenie do miejsca pobytu ubezpieczonego	do kwoty 500 zł (maksymalnie w dwóch zleceniach zakupu i dostarczenia leków)
Transport medyczny	organizacja i pokrycie kosztów transportu z miejsca pobytu ubezpieczonego do placówki medycznej, w której odbywają się świadczenia zdrowotne, i z powrotem	4 transporty w ciągu 12 miesięcy (jeden transport oznacza jeden przejazd, np. z domu do placówki)
Wizyty domowe pielęgniarki	kompleksowa opieka pielęgniarska wraz z czynnościami opiekuńczo-pielęgnacyjnymi; realizacja zabiegów pielęgnacyjnych oraz innych zabiegów pielęgnacyjnych, w szczególności: pomiary ciśnienia, tętna, zakładanie kroplówek, zmiany opatrunków, iniekcje, cewnikowanie; zabiegi realizowane są na podstawie skierowania od lekarza	10 wizyt
Konsjerż medyczny	pomoc w znalezieniu oferty, terminów i ustaleniu warunków pobytu w ośrodkach rehabilitacyjnych, które specjalizują się w rehabilitacji po chorobie nowotworowej	bez limitu

22. Czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne, o ile ubezpieczony nie wskaże późniejszego terminu, wynosi:

- 1) dla konsultacji online – 3 dni robocze od dnia zgłoszenia potrzeby konsultacji;
- 2) dla wizyty stacjonarnej – 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia potrzeby wizyty.

23. Terminy, które podajemy w pkt 22, odnoszą się do konsultacji z dowolnym lekarzem danej specjalizacji, a nie do konsultacji z konkretnym lekarzem.

24. Konsultacje lekarzy specjalistów nie wymagają skierowania lekarskiego.

25. Ubezpieczony może uzgodnić miejsce i termin realizacji świadczenia wyłącznie przez infolinię partnera medycznego. Numer infolinii partnera medycznego podajemy w polisie.
26. Abyśmy mogli zrealizować świadczenie, ubezpieczony powinien:
- 1) zgłosić się do wskazanej przez partnera medycznego placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) stosować się do poleceń i wskazówek pracowników placówki medycznej.
27. Jeśli ubezpieczony uzyska za pośrednictwem infolinii medycznej zgodę partnera medycznego, może skorzystać z konsultacji z lekarzem specjalistą w dowolnie wybranej przez siebie placówce medycznej poza siecią partnera medycznego.
28. Jeśli za zgodą partnera medycznego ubezpieczony skorzysta z konsultacji z lekarzem specjalistą w placówce medycznej poza siecią partnera medycznego, partner medyczny zwróci mu koszty konsultacji z lekarzem specjalistą, które poniósł, do wysokości limitu refundacyjnego. Zwrot realizowany jest w 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów. Wysokość limitu refundacyjnego wskazujemy w polisie.
29. Aby uzyskać zwrot kosztów konsultacji z lekarzem specjalistą, ubezpieczony powinien złożyć u partnera medycznego wniosek o refundację kosztów. Do wniosku należy dołączyć fakturę imienną lub rachunek za wykonanie danej konsultacji.
30. W ramach świadczeń stacjonarnych wizyt specjalistycznych ubezpieczony może również skorzystać z konsultacji online z lekarzami specjalistami. Taka konsultacja online pomniejsza limit stacjonarnych wizyt specjalistycznych.
31. Świadczenia zdrowotne realizujemy wyłącznie na terenie Polski.
32. Świadczenia zdrowotne nie podlegają indeksacji.

Wyłączenia odpowiedzialności – kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

33. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje nowotworów, które są wznową, progresją, przerzutem nowotworu rozpoznanego przed rozpoczęciem naszej odpowiedzialności z tytułu tych OWUD.
34. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje zdarzeń ubezpieczeniowych, które:
- 1) są następstwem niezalecanego przez lekarza zażycia leków, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 2) są następstwem masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
 - 3) współistnieją z infekcją HIV w momencie rozpoznania nowotworu.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 85 OWU.

Definicje – jak rozumiemy pojęcia w OWUD?

35. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
- 1) **chemioterapia** – leczenie choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy cytostatyków lub immunosupresantów według klasyfikacji ATC; leczenie powinno być zalecone przez onkologa lub hepatologa;
 - 2) **hormonoterapia** – farmakologiczna metoda leczenia choroby nowotworowej; polega na podawaniu hormonów, które hamują rozwój choroby;
 - 3) **leczenie specjalistyczne nowotworu** – przeprowadzenie u ubezpieczonego jednej z poniższych procedur medycznych:
 - a) chemioterapii,
 - b) radioterapii,
 - c) hormonoterapii,
 - d) terapii celowanej;
 - 4) **nowotwór obejmuje jednostki zdefiniowane poniżej:**
 - a) **nowotwór złośliwy typu I** – choroba zakwalifikowana według ICD-10 w rozdziale „Nowotwory złośliwe” (C00–C97), z wyłączeniem nowotworów złośliwych typu II oraz nowotworów in situ (w tym także niewymagających zastosowania leczenia operacyjnego, radioterapii lub chemioterapii), która charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem komórek nowotworowych z możliwością naciekania zdrowych tkanek i zdolnością do tworzenia odległych przerzutów; do nowotworów złośliwych typu I zaliczamy także następujące nowotwory:
 - nowotwór złośliwy skóry (C44) w stadium zaawansowania nieoperacyjnym,
 - czerniak złośliwy (C43) w stopniu zaawansowania wyższym niż 2A,
 - nowotwór złośliwy gruczołu krokowego (C61) w stopniu zaawansowania równym lub wyższym niż T2N0M0 lub 6 punktów lub więcej w skali Gleasona,
 - nowotwór złośliwy pęcherza moczowego (C67) w stopniu zaawansowania T1 oraz wyższym,
 - nowotwór złośliwy tarczycy (C73) o średnicy 2 cm lub więcej oraz w stopniu zaawansowania wyższym niż T1N0M0 lub nowotwór złośliwy tarczycy typu anaplastycznego,
 - przewlekła białaczka limfatyczna (C91) w stopniu wyższym niż A (według klasyfikacji Bineta);

b) **niezłośliwy guz mózgu** – guz mózgu zakwalifikowany według ICD-10 do kategorii D33, który nie jest złośliwy, rozpoznany przez neurologa lub neurochirurga; wymaga usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powoduje trwały ubytek neurologiczny; zakres ubezpieczenia nie obejmuje:

- krwaków,
- ziarniaków,
- cyst,
- guzków szyszynki lub przysadki mózgowej,
- malformacji naczyń mózgowych,
- tętniaków;

c) **nowotwór złośliwy typu II** – jedna z niżej wymienionych chorób, w przypadku której zastosowano leczenie operacyjne lub radioterapię, lub chemioterapię:

- nowotwór złośliwy skóry (C44), z wyjątkiem nowotworu w stadium zaawansowania nieoperacyjnym,
- czerniak złośliwy (C43) w stopniu zaawansowania równym lub niższym niż 2A,
- nowotwór złośliwy gruczołu krokowego (C61) w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 lub poniżej 6 punktów w skali Gleasona,
- nowotwór złośliwy pęcherza moczowego (C67) w stopniu zaawansowania Tis oraz Ta,
- nowotwór złośliwy tarczycy (C73) o średnicy poniżej 2 cm oraz w stopniu zaawansowania T1N0M0, z wyjątkiem raka tarczycy typu anaplastycznego,
- przewlekła białaczka limfatyczna (C91) w stopniu A (wg klasyfikacji Bineta);

d) **nowotwór in situ (*Carcinoma in situ*)** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórek nowotworowych, który nie przekroczył błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi, i nie doprowadził do inwazji na tkanki otaczające; w przypadku której zastosowano leczenie operacyjne lub radioterapię, lub chemioterapię;

nasza ochrona obejmuje nowotwory in situ, które zostały zakwalifikowane według klasyfikacji ICD-10 w rozdziale „Nowotwory in situ” w jednej z kategorii:

- D00 – Rak in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka,
- D01 – Rak in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego,
- D02 – Rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego,
- D03 – Czerniak in situ,
- D04 – Rak in situ skóry,
- D05 – Rak in situ piersi,
- D06 – Rak in situ szyjki macicy,
- D07 – Rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych,
- D09 – Rak in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu;

nowotwory opisujemy na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10; w razie wątpliwości będziemy brali pod uwagę klasyfikację ICD-10 z dnia wejścia w życie OWUD;

5) **pobyt w szpitalu w celu leczenia nowotworu** – pobyt ubezpieczonego w szpitalu, który:

- a) potwierdza dokumentacja medyczna,
- b) jest liczony od 1. dnia,
- c) związany jest z leczeniem nowotworu rozpoznanego w okresie ochrony ubezpieczeniowej;

pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia ubezpieczonego do szpitala, a kończy się w dniu wypisania ze szpitala; dzień pobytu w szpitalu to każda rozpoczęta doba;

6) **radioterapia** – leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego;

7) **rozpoznanie nowotworu** – rozpoznanie nowotworu spełniającego definicję w pkt 35 ppkt 4, udokumentowane wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez patomorfologa, a w przypadku niezłośliwego guza mózgu – rozpoznanie postawione przez neurologa lub neurochirurga, potwierdzone wynikami badań obrazowych (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny); za datę rozpoznania nowotworu złośliwego typu I lub II oraz nowotworu in situ przyjmujemy datę wyniku badania histopatologicznego, które potwierdza rozpoznanie; w przypadku niezłośliwego guza mózgu za datę rozpoznania przyjmujemy datę wskazaną w dokumentacji medycznej, która potwierdza rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu;

8) **terapia celowana** – spersonalizowana metoda leczenia choroby nowotworowej poprzez kierowanie substancji leczniczej na nieprawidłowe komórki nowotworowe bez naruszenia zdrowej tkanki.

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

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

Pojęcia użyte w tej tabeli oznaczają:

rana – uszkodzenie pełnej grubości skóry zaopatrzone chirurgicznie poprzez założenie szwów lub klamer (z wyjątkiem uszkodzeń języka oraz oparzeń), w przypadku kilku ran w obrębie jednego obszaru wielkość ran podlega zsumowaniu;

złamanie wieloodłamowe – złamanie, w którym występują minimum 3 odłamy kostne w obrębie kości (lub więcej niż jedna linia złamania w obrębie kości);

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

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
A. USZKODZENIA GŁOWY	Wysokość świadczenia
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
a) rany skóry owłosionej głowy od 5 do 8 cm długości	1
b) rany powyżej 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 – za każdą kość:	
a) sklepienia	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) powyżej 10 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. Urazy śródczaszkowe	
a) krwiak śródczaszkowy pourazowy, potwierdzony w badaniach obrazowych mózgu (TK, RM) leczony zachowawczo	10
b) krwiak śródczaszkowy pourazowy leczony operacyjnie	20
c) krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o czasowej niezdolności do pracy na ponad 12 miesięcy	30
d) krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy	60
e) krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji	100
6. Uszkodzenie nerwów ruchowych:	
a) bloczkowy dodatkowy, podjęzykowy	2
b) okoruchowy, odwodzący, trójdzielny, twarzowy, błędny, językowo-gardłowy	3

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
B. USZKODZENIA TWARZY	Wysokość świadczenia
7. Uszkodzenia powłok twarzy (rany i ubytki):	
a) rany skóry twarzy od 2 do 7 cm długości	1
b) rany skóry twarzy powyżej 7 do 11 cm długości	3
c) rany skóry twarzy powyżej 11 cm długości	10
d) oparzenia powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5
8. 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
9. Ukruszenie zęba (odbicie wizyty lekarskiej; świadczenie za maksymalnie 5 zębów)	0,5
10. Utrata zębów stałych (co najmniej korona) – za każdy ząb	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za utratę zębów stałych nie może przekroczyć 20%.	
11. Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej:	
a) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania wieloodłamowe	4
c) inne złamania	1
12. Utrata szczęki lub żuchwy:	
a) częściowa	15
b) całkowita	40
13. Złamania żuchwy:	
a) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania wieloodłamowe	4
c) inne złamania	1
14. Ubytek podniebienia	15
15. Urazy języka:	
a) rana języka powyżej 1 cm	1
b) częściowa utrata języka	3
c) całkowita utrata języka	50
C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU	Wysokość świadczenia
16. Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
a) jednego oka	15
b) obojga oczu	30
17. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych, drążących, urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:	
a) bez zaburzeń ostrości wzroku – z potwierdzeniem dodatniego testu barwienia rogówki (fluoresceiną lub innym barwnikiem)	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 obojga oczu (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	15
d) z całkowitą utratą widzenia jednego oka	35
e) z całkowitą utratą widzenia obojga oczu	100
f) utrata gałki ocznej	40

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
18. Ubytki pola widzenia:	
a) dwuskroniowe	60
b) dwunosowe	30
c) jednoimienne	30
d) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	5
19. Bezsoczewkowość pourazowa:	
a) w jednym oku	15
b) w obojgu oczach	30
20. Uszkodzenie przewodów łzowych wymagające korekcji operacyjnej:	
a) w jednym oku	5
b) w obojgu oczach	15
21. 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
22. Jaskra wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy	3
23. Wytrzeszcz tęczniący pourazowy	40
Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami 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 (nie podlegają sumowaniu)	Wysokość świadczenia
24. 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
25. 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.	
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
26. Uszkodzenie gardła, krtani, tchawicy leczone operacyjnie	7
27. Uszkodzenie przełyku:	
a) leczone operacyjnie (nie obejmuje rekonstrukcji)	7
b) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	30
28. Uszkodzenie skóry szyi:	
a) rany skóry od 5 do 10 cm długości	1

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
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
29. 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
30. 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
31. Złamania żeber:	
a) złamanie 1 żebra	0,5
b) złamania od 2 do 4 żeber	2
c) złamania od 5 do 10 żeber	7
d) złamania powyżej 10 żeber	10
32. Złamanie mostka:	
a) bez przemieszczenia	2
b) z przemieszczeniem	4
c) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem	6
33. 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
34. Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a) uszkodzenia serca wymagające nakłucia osierdzia	10
b) uszkodzenia serca lub osierdzia leczone operacyjnie	30
35. Uszkodzenia przepony leczone operacyjnie	10
G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA	Wysokość świadczenia
36. 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
37. Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:	
a) leczone operacyjnie, bez utraty narządów jamy brzusznej	5
b) utrata części żołądka, jelita cienkiego lub grubego	10
38. 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
39. Uszkodzenie odbytnicy, odbytu, zwieracza odbytu:	
a) uszkodzenia zaopatrzone chirurgicznie	4

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
b) uszkodzenia wymagające odbytu sztucznego	15
40. Uszkodzenia śledziony:	
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata śledziony	15
41. 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
42. 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
43. Uszkodzenie moczowodu:	
a) leczone operacyjnie, bez względu na metodę	5
b) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
44. Uszkodzenie pęcherza moczowego:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone operacyjnie	10
c) utrata całkowita pęcherza	50
45. Uszkodzenia cewki moczowej:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone operacyjnie, bez względu na metodę	5
c) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
46. Uszkodzenia prącia:	
a) rany, uszkodzenia leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	3
b) częściowa utrata prącia	10
c) całkowita utrata prącia	40
47. 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
48. Utrata macicy	30
49. 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 lub rekonstrukcyjnie	15

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA	Wysokość świadczenia
50. Uszkodzenie kręgosłupa szyjnego:	
a) skręcenie	2
b) zwinięcie	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 oraz wyrostków stawowych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%.	
51. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th10):	
a) skręcenie	1
b) zwinięcie	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 oraz wyrostków stawowych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym nie może przekroczyć 30%.	
52. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11–L5):	
a) skręcenie	2
b) zwinięcie	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 oraz wyrostków stawowych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym nie może przekroczyć 40%.	
53. Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	
a) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), leczone zachowawczo	10
b) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), leczone operacyjnie	20
c) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o czasowej niezdolności do pracy na ponad 12 miesięcy	30
d) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy	60
e) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji	100
J. USZKODZENIA MIEDNICY	Wysokość świadczenia
54. Rozejście się spojenia łonowego	5
55. Skręcenie stawu biodrowego	2
56. Zwinięcie stawu krzyżowo-biodrowego	10
57. 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
58. Złamanie panewki stawu biodrowego:	
a) tylnej kolumny, tylnej krawędzi	15
b) przedniej kolumny, przedniej krawędzi	7

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
c) zwinięcie centralne I°	7
d) zwinięcie centralne II°	15
e) zwinięcie centralne III°	30
f) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
59. Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej:	
a) jednomiejscowe niepremieszczone 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 złamania kości miednicy lub kości krzyżowej bez przemieszczenia	5
d) wielomiejscowe złamania kości miednicy lub kości krzyżowej z przemieszczeniem	10
e) izolowane złamania 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 GÓRNEJ	Wysokość świadczenia
ŁOPATKA	
60. Złamania łopatki:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	1
OBOJCZYK	
61. Złamania obojczyka:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
62. Zwinięcie, podwinięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego:	
a) zwinięcie I°	1
b) zwinięcie II°	3
c) zwinięcie III°	5
BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY	
63. Uszkodzenia stawu ramienno-łopatkowego (zwinięcia, złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej; skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku:	
a) skręcenie	1
b) zwinięcie wymagające repozycji przez lekarza	3
c) złamania wieloodłamowe	10
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e) inne złamania	2
f) złamania leczone protezoplastyką	15
64. Utrata kończyny w stawie ramienno-łopatkowym	65
65. Utrata kończyny wraz z łopatką	70
RAMIĘ	
66. Złamanie trzonu kości ramiennej:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	12
b) złamania otwarte	10
c) złamania wieloodłamowe	7

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e) inne złamania	2
67. Izolowane uszkodzenia skóry, mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów:	
a) rany powyżej 7 cm długości	1
b) uszkodzenie mięśnia dwugłowego lub uszkodzenie ścięgien zaopatrzone chirurgicznie	4
c) uszkodzenie innych mięśni ramienia zaopatrzone chirurgicznie	3
68. Utrata kończyny w obrębie ramienia	60
STAW ŁOKCIOWY	
69. Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej):	
a) złamania wieloodłamowe	8
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
c) inne złamania	2
70. Inne uszkodzenia łokcia:	
a) skręcenie	1
b) zwichnięcie	3
PRZEDRAMIĘ	
71. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia:	
a) złamania wieloodłamowe	7
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
72. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, lub złamania Monteggia, Galeazziego	9
b) złamania otwarte	7
c) złamania wieloodłamowe	5
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e) inne złamania	2
73. Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien:	
a) rany skórne powyżej 7 cm długości	1
b) uszkodzenia mięśni lub ścięgien – zaopatrzone chirurgicznie (każde)	2
74. Utrata kończyny w obrębie przedramienia	55
75. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka	50
NADGARSTEK	
76. Uszkodzenia nadgarstka:	
a) złamania mnogie kości nadgarstka z przemieszczeniem	7
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
d) zwichnięcia	5
e) skręcenia	1
77. Utrata ręki na poziomie nadgarstka	50
ŚRÓDRĘCZE	
78. Złamania kości śródręcza:	
a) I kość śródręcza:	
i) złamania wieloodłamowe	6

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
ii) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
iii) inne złamania	2
b) II kość śródreżcza:	
i) złamania wieloodłamowe	4
ii) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii) inne złamania	1
c) III, IV, V kość śródreżcza:	
i) złamania wieloodłamowe	2
ii) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii) inne złamania	1
79. Rany dłoni (z wyjątkiem palców) i śródreżcza powyżej 3 cm	1
KCIUK	
80. Utrata w zakresie kciuka:	
a) utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b) utrata paliczka paznokciowego	6
c) utrata obu paliczków bez kości śródreżcza	10
d) utrata obu paliczków z kością śródreżcza	15
81. Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich):	
a) złamania wieloodłamowe	6
b) złamania jednomiejscowe 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 śródreżczno-paliczkowym	2
PALEC WSKAZUJĄCY	
82. 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 śródreżcza	11
83. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich):	
a) złamania wieloodłamowe	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	1
g) zwichnięcia w stawie śródreżczno-paliczkowym	1
PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY	
84. Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:	
a) utrata częściowa lub całkowita opuszki	1

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
b) palec III – utrata paliczka paznokciowego	2
c) palec III – utrata dwóch paliczków	5
d) palec III – utrata trzech paliczków	8
e) utrata palca III z kością śródręcza	9
f) palec IV – utrata paliczka paznokciowego	1
g) palec IV – utrata dwóch paliczków	2
h) palec IV – utrata trzech paliczków	3
i) utrata palca IV z kością śródręcza	4
j) palec V – utrata paliczka paznokciowego	1
k) palec V – utrata dwóch paliczków	2
l) palec V – utrata trzech paliczków	3
m) utrata palca V z kością śródręcza	4
85. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich:	
a) palec III:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
ii) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii) inne złamania	1
iv) rany powyżej 4 cm	1
v) uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
vi) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	1
vii) zwichnięcia w stawie śródręczno-paliczkowym	1
b) palec IV:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
ii) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii) inne złamania	1
iv) rany powyżej 5 cm, uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
v) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródręczno-paliczkowym	1
c) palec V:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
ii) inne złamania	1
iii) rany powyżej 5 cm, uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
iv) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	1
v) zwichnięcia w stawie śródręczno-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 suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę ręki.	
L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ	Wysokość świadczenia
STAW BIODROWY	
86. Utrata kończyny dolnej:	
a) przez wyłuszczenie jej w stawie biodrowym	70
b) amputacja na poziomie uda	60

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
87. Uszkodzenia stawu biodrowego – bliższej nasady kości udowej – złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej:	
a) złamania wieloodłamowe	15
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	10
c) inne złamania	8
d) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
UDO	
88. Złamanie trzonu kości udowej:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	15
b) złamania otwarte	12
c) złamania wieloodłamowe	8
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e) inne złamania	3
89. 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	
90. Złamania kości tworzących staw kolanowy – dalszej nasady kości udowej, bliższej nasady kości piszczelowej:	
a) skręcenie stawu kolanowego (konieczne unieruchomienie stawu na minimum 7 dni)	2
b) skręcenie stawu kolanowego bez unieruchomienia (konieczne leczenie przez minimum 2 tygodnie; leczenie oznacza wizytę u lekarza specjalisty po doznanym urazie, postawienie diagnozy, zalecenie lekarskie (np. unieruchomienie, okłady, leki, L4), ponowną wizytę; jest to cały proces od zgłoszenia się do lekarza po doznanym urazie do ostatniej wizyty kontrolnej (ewentualnie do zakończenia rehabilitacji)	1
c) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdzeniowe	20
d) złamania wieloodłamowe	10
e) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
f) inne złamania	3
91. Złamania rzepki:	
a) złamania skutkujące usunięciem rzepki	10
b) złamania wieloodłamowe	8
c) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d) inne złamania	3
92. Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego (sumarycznie maksymalnie do 25%):	
a) uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej	3
b) uszkodzenie łąkotki bocznej	3
c) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego przedniego – ACL	5
d) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego tylnego – PCL	4
e) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego boczno-bocznego – LCL	4
f) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego przyśrodkowego – MCL	4
g) zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	4
93. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50
PODUDZIE	
94. Złamanie trzonu kości podudzia:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdzeniowe	15

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
b) złamania otwarte	12
c) złamania wieloodłamowe	10
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e) inne złamania	3
95. Izolowane złamanie trzonu kości strzałkowej:	
a) złamania wieloodłamowe	3
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
96. 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
97. 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	
98. Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego:	
a) skręcenie stawu skokowego bez unieruchomienia (konieczne leczenie przez minimum 2 tygodnie; leczenie oznacza wizytę u lekarza specjalisty po doznanym urazie, postawienie diagnozy, zalecenie lekarskie (np. unieruchomienie, okłady, leki, L4), ponowną wizytę; jest to cały proces od zgłoszenia się do lekarza po doznanym urazie do ostatniej wizyty kontrolnej (ewentualnie do zakończenia rehabilitacji))	1
b) skręcenia leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator)	2
c) złamanie kostki bocznej z przemieszczeniem	3
d) złamanie kostki bocznej bez przemieszczenia	2
e) złamanie kostki przyśrodkowej z przemieszczeniem	5
f) złamanie kostki przyśrodkowej bez przemieszczenia	3
g) złamanie dwukostkowe z przemieszczeniem	8
h) złamanie dwukostkowe bez przemieszczenia	5
i) złamanie trójkostkowe z przemieszczeniem	10
j) złamanie trójkostkowe bez przemieszczenia	6
99. Złamania kości skokowej:	
a) złamania wieloodłamowe	8
b) inne złamania	3
100. Złamania kości piętowej:	
a) złamania wieloodłamowe	10
b) inne złamania	4
101. Utrata kości skokowej lub piętowej:	
a) częściowa utrata	25
b) całkowita utrata	40

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
102. Uszkodzenie pozostałych kości stępu – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 10%):	
a) złamania wieloodłamowe	6
b) inne złamania	2
103. 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
104. Inne uszkodzenia okolicy stępu, śródstopia i stopy:	
a) rany powyżej 5 cm grzbietu stopy	1
b) rany podeszwy stopy	2
105. Utrata stopy w całości	45
106. Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40
107. Utrata stopy w środkowej części stępu	35
108. Utrata stopy w okolicy stępowo-śródstopnej	25
PALCE STOPY	
109. 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
110. Złamania palucha:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	4
b) złamania otwarte	3
c) złamania wieloodłamowe	2
d) inne złamania	1
111. 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
112. Utrata palców stopy II–V (każdy)	2
113. Częściowa utrata palców stopy II–V (każdy)	1
114. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)	3
115. Utrata palca V z kością śródstopia	4
116. Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, rany, uszkodzenia ścięgien, częściowa lub całkowita utrata opuszek (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%)	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 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
117. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:	
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym:	

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
i) częściowe	5
ii) całkowite	15
b) nerwu piersiowego długiego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	10
c) nerwu pachowego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	20
d) nerwu mięśniowo-skórnego:	
i) częściowe	3
ii) całkowite	15
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójkłowego ramienia:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	30
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójkłowego ramienia:	
i) częściowe	3
ii) całkowite	20
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
i) częściowe	3
ii) całkowite	15
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
i) częściowe	2
ii) całkowite	10
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	25
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka:	
i) częściowe	3
ii) całkowite	15
k) nerwu łokciowego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	20
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej):	
i) częściowe	5
ii) całkowite	20
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej):	
i) częściowe	7
ii) całkowite	40
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego:	
i) częściowe	2
ii) całkowite	15
o) nerwu zasłonowego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	15

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
p) nerwu udowego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	30
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego):	
i) częściowe	3
ii) całkowite	20
r) nerwu sromowego wspólnego:	
i) częściowe	3
ii) całkowite	20
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy:	
i) częściowe	10
ii) całkowite	50
t) nerwu piszczelowego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	30
u) nerwu strzałkowego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	20
v) splotu lędźwiowo-krzyżowego:	
i) częściowe	10
ii) całkowite	60
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego:	
i) częściowe	2
ii) całkowite	10

Tabelę uszczerbków lub uszkodzeń ciała zatwierdził Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r.

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego
Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka
albo 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, przezskórnej 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 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 odpowiednimi 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 albo partnera 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 nas jest stwierdzenie przez specjalistę neurologa pełnoobjawowej choroby Creutzfeldta-Jakoba z jednoczesną niepełnosprawnością w wyżej wymienionych czynnościach życia codziennego;
- 5) **choroba neuronu ruchowego** – 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 oraz 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** – 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 poruszanie się z punktu A do punktu B: samodzielnie, na wózku inwalidzkim lub o kulach;
- 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 trwały ubytek neurologiczny; zakres ubezpieczenia nie obejmuje: krwaków, ziarniaków, cyst, guzów szyszynki lub przysadki mózgowej ani malformacji 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 mężczy, powoduje duszności, kołatanie serca lub ból dławicowy, a dolegliwości te występują także w spoczynku; zakres ubezpieczenia nie obejmuje tych wszystkich przypadków, w których nadciśnienie płucne ma charakter wtórny (w tym zwłaszcza 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 30 mmHg lub wyższe,
 - b) naczyniowy opór płucny > 3 (mmHg/L)/min,
 - c) ciśnienie zaklinowania we włosniczkach płucnych < 15 mmHg;

rozpoznanie choroby musi być postawione przez kardiologa lub pulmonologa, w oparciu o obowiązujące standardy medyczne i wyniki badań dodatkowych, w tym cewnikowanie serca;

- 10) **łagodny guz rdzenia** – niezłośliwy histologicznie guz śródrdzeniowy lub wewnątrzoponowy rdzenia kręgowego lub rdzenia przedłużonego, wymagający usunięcia operacyjnego, a w przypadku jego zaniechania powodujący trwały ubytek neurologiczny; rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje: nowotworów złośliwych, torbieli, ziarniniaków, ropni, krwaków, malformacji naczyniowych, guzów zewnątrzoponowych, guzów kości, gruźlicy ani urazów kręgosłupa, zmian zwyrodnieniowych ani dyskopatii;
- 11) **niedokrwistość 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 lub współmałżonek albo partner musi być leczony przez okres 3 kolejnych miesięcy częstymi przetoczeniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne, lub u ubezpieczonego, lub współmałżonka albo partnera musiał zostać wykonany przeszczep szpiku kostnego lub przeszczep komórek macierzystych krwi pępowinowej; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza hematologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przejściowych lub odwracalnych postaci niedokrwistości aplastycznej;
- 12) **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;
- 13) **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; zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
 - a) raka nieinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji szyjki macicy, raka szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 ani wszelkich zmian przedrakowych i nieinwazyjnych,
 - b) wczesnego raka gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji),
 - c) czerniaka złośliwego skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
 - d) nadmiernego rogowacenia (hyperkeratosis), raka podstawnokomórkowego skóry ani raka kolczystokomórkowego skóry,
 - e) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 14) **ciężkie oparzenia III stopnia** – oparzenia termiczne lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia lub wyższych; przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera w zależności od metody zastosowanej przez lekarza i wskazanej w dokumentacji medycznej; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;
- 15) **ciężkie oparzenia I i II stopnia** – oparzenia termiczne lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
 - a) nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia lub wyższych,
 - b) nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia lub wyższych,przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera w zależności od metody zastosowanej przez lekarza i wskazanej w dokumentacji medycznej; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;
- 16) **operacja aorty brzusznej** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty brzusznej, polegający na otwartym wszczepieniu protezy naczyniowej; zakres ubezpieczenia nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, ani zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- 17) **operacja aorty piersiowej** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty piersiowej, polegający na otwartym wszczepieniu protezy naczyniowej; zakres ubezpieczenia nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, ani zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- 18) **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;
- 19) **przeszczep narządów** – przeszczepienie ubezpieczonemu lub współmałżonkowi albo partnerowi jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie ubezpieczonego lub współmałżonka albo partnera 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; zakresem ubezpieczenia nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;

- 20) **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;
- 21) **stwardnienie rozsiane** – choroba przewlekła przebiegająca z okresami rzutów i remisji (minimum dwóch z okresem pomiędzy rzutami nie mniejszym niż 30 dni) lub o przebiegu postępującym, u której podłoża leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; rozpoznanie choroby, postawione przez lekarza neurologa, musi być potwierdzone:
- a) istnieniem deficytów neurologicznych, tj. wystąpieniem co najmniej dwóch objawów ubytkowych z odrębnych części ośrodkowego układu nerwowego,
 - b) wynikiem badania rezonansu magnetycznego (MRI), potwierdzającym istnienie rozszanych ognisk demielinizacji w ośrodkowym układzie nerwowym;
- 22) **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 co najmniej przez 30 dni od momentu 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;
- 23) **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 2 miesiące od chwili rozpoznania udaru mózgu; rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (TK) 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;
- 24) **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;
- 25) **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 stwierdzającego chorobę fałdów głosowych; zakres ubezpieczenia nie obejmuje żadnych przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi ani utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
- 26) **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;
- 27) **utrata wzroku** – całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obojgu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie;
- 28) **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 lub współmałżonka albo partnera 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 zdarzenie, 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 przeciwciał HIV zostały przeprowadzone w ciągu 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 lub współmałżonek albo partner zgodził się poddać terapii antywirusowej zgodnej z obowiązującymi standardami medycznymi,
- f) w przypadku gdy przed datą zdarzenia były dostępne szczepienia przeciw wirusowi HIV, a ich użycie rekomendowano w zawodzie ubezpieczonego, zostały one u niego wykonane;

ubezpieczony lub współmałżonek albo partner jest zobowiązany do umożliwienia nam dostępu do wszelkich wyników badań oraz do poddania się badaniu krwi na nasz wniosek;

- 29) **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 anty-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR; do 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 w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tych OWUD,
 - c) przetoczona krew pochodziła z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie odbyło się w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia,
 - d) ubezpieczony lub współmałżonek albo partner nie choruje na ciężką postać talasemii (*Thalassaemia maior*) lub hemofilii; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są wszystkie inne niż przetoczenie krwi drogi zakażenia wirusem HIV, w tym jeśli do zakażenia doszło w następstwie kontaktów seksualnych lub dożylnego przyjmowania narkotyków; ubezpieczony lub współmałżonek albo partner jest zobowiązany do umożliwienia nam dostępu do wszelkich wyników badań oraz do poddania się na nasz wniosek dodatkowym badaniom krwi;
- 30) **zapalenie mózgu** – oznacza ciężkie zapalenie tkanki mózgowej, które powoduje poważne następstwa neurologiczne oraz 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 poruszanie się z punktu A do punktu B: samodzielnie, na wózku inwalidzkim lub o kulach;
- zakres ubezpieczenia nie obejmuje zapalenia mózgu w wyniku infekcji HIV;
- 31) **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:
- 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;
- zakres ubezpieczenia nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
- 32) **ziarniniakowość z zapaleniem naczyń** – układowa choroba autoimmunologiczna charakteryzująca się martwicznym zapaleniem małych i średnich naczyń krwionośnych, górnych dróg oddechowych, płuc i nerek, powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał c-ANCA; choroba musi być rozpoznana przez lekarza specjalistę z zakresu pulmonologii albo nefrologii w oparciu o kryteria American College of Rheumatology przy występowaniu przynajmniej jednego z objawów: schyłkowej niewydolności nerek, schyłkowej niewydolności oddechowej, utraty wzroku lub utraty słuchu.

KATALOG B

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

- 33) **choroba Leśniowskiego-Crohna** – ostateczne rozpoznanie 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;
- 34) **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); rozpoznanie powinno być postawione przez kardiologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje: kardiomiopatii będącej skutkiem nadużywania alkoholu lub narkotyków;
- 35) **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 miesięcy; rozpoznanie i zakres zmian muszą być potwierdzone przez lekarza neurologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje żadnych przypadków niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi lub będących skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej;

- 36) **piorunujące zapalenie wątroby** – masywna martwica komórek wątroby spowodowana infekcją wirusową, prowadząca bezpośrednio do niewydolności wątroby; rozpoznanie 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;
- 37) **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 poruszanie się z punktu A do punktu B: samodzielnie, na wózku inwalidzkim lub o kulach;
- 38) **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 parcjale tlenu we krwi tętniczej poniżej 55 mmHg ($pO_2 < 55 \text{ mmHg}$),
 - d) duszność spoczynkowa;
- rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę pulmonologa;
- 39) **toczeń rumieniowaty układowy** – rozpoznanie 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 $30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ i
 - c) badanie moczu pokazujące białkomocz lub krwimocz;
- do celów tej definicji zostają wyłączone: drgawki, bóle głowy, zmęczenie lub inne objawy; nie będą one traktowane jako stały deficyt neurologiczny;
- 40) **twardzina** – rozpoznanie musi być 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;
- 41) **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:

- 42) **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); rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę chorób wewnętrznych lub lekarza specjalistę kardiologa na podstawie objawów klinicznych, wyników badań bakteriologicznych i obrazowych; przypadki choroby zdiagnozowane u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu tej definicji;
- 43) **borelioza** – choroba zakaźna przenoszona przez kleszcze, spowodowana infekcją bakteryjną krętkami *Borrelia burgdorferi*, przebiegająca ze zmianami skórными, objawiającymi się rumieniem, oraz objawami narządowymi, takimi jak: zapalenie stawów, zapalenie mięśnia sercowego, lub objawami neurologicznymi; pierwsze rozpoznanie choroby powinno być potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych, potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego i podane w dokumentacji medycznej wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;
- 44) **choroba Huntingtona** – rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Huntingtona (płasawicy Huntingtona), postępującej choroby genetycznej ośrodkowego układu nerwowego, objawiającej się niekontrolowanymi ruchami i postępującym otępieniem;
- 45) **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 tej 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;

- 46) **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 tej definicji;
- 47) **nowotwór in situ (Carcinoma in situ)** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórek nowotworowych, który nie przekroczył błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi, i nie doprowadził do inwazji na tkanki otaczające; w przypadku którego zastosowano leczenie operacyjne lub radioterapię, lub chemioterapię;
- nasza ochrona obejmuje nowotwory in situ, które zostały zakwalifikowane według klasyfikacji ICD-10 w rozdziale „Nowotwory in situ” w jednej z kategorii:
- D00 – Rak in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka,
D01 – Rak in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego,
D02 – Rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego,
D03 – Czerniak in situ,
D04 – Rak in situ skóry,
D05 – Rak in situ piersi,
D06 – Rak in situ szyjki macicy,
D07 – Rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych,
D09 – Rak in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu;
- 48) **odkleszczowe zapalenie mózgu** – rozpoznane przez specjalistę neurologa, w trakcie hospitalizacji, wirusowej choroby ośrodkowego układu nerwowego przenoszonej przez kleszcze, potwierdzonej badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego; rozpoznanie A84 (według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10) musi być podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego;
- 49) **operacja bąblowca mózgu** – operacja chirurgiczna polegająca na usunięciu torbieli bąblowcowej mózgu, spowodowanej tasiemcem z rodzaju *Echinococcus*; rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem mikroskopowym;
- 50) **operacja ropnia mózgu** – operacja chirurgiczna polegająca na usunięciu zmiany w mózgu rozpoznanej na podstawie badań obrazowych i badania histopatologicznego jako ropień;
- 51) **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 tej definicji; rozpoznanie musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej, dożylnym podawaniu 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 tej definicji;
- 52) **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. szczykościsk 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;
- 53) **wścieklizna** – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem wścieklizny (*Rabies virus*), przebiegająca klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, rozpoznana przez lekarza specjalistę na podstawie objawów klinicznych i wykrycia wirusa wścieklizny w próbkach materiału pobranego ze śliny lub skóry bądź wykrycia przeciwciał przeciwko wirusowi wścieklizny w osoczu krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym, wymagająca zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych;
- 54) **zakażona martwica trzustki** – zabieg operacyjny wykonany pierwszorazowo z powodu rozpoznanej w badaniu histopatologicznym zakażonej martwicy trzustki w przebiegu jej ostrego zapalenia, polegający na usunięciu martwicznych fragmentów narządu i tkanek okołotrzustkowych;

- 55) **zgorzel gazowa** – rozpoznanie w warunkach szpitalnych, na podstawie badań bakteriologicznych, ciężkiej przyrannej infekcji spowodowanej bakteriami z rodzaju *Clostridium*, ze znacznym miejscowym uszkodzeniem tkanek, wytwarzaniem gazu w tkankach i uogólnioną toksemią.

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej ubezpieczonego

Rodzaj operacji	Klasa operacji
1. UKŁAD NERWOWY	
0101 Rozległa resekcja tkanki mózgowej	1
0102 Wycięcie zmiany tkanki mózgowej	1
0103 Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	1
0104 Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej	2
0105 Wszczepienie stymulatora mózgu	2
0106 Wentrykulostomia	2
0107 Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	2
0108 Przeszczep nerwu czaszkowego	1
0109 Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	1
0110 Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	2
0111 Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	2
0112 Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	1
0113 Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	1
0114 Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	1
0115 Usunięcie zmiany opony mózgu	1
0116 Rekonstrukcja opony twardej	1
0117 Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	1
0118 Drenaż przestrzeni podoponowej	1
0119 Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	1
0120 Operacja korzenia nerwu rdzeniowego	1
0121 Wycięcie nerwu obwodowego	3
0122 Zniszczenie nerwu obwodowego	3
0123 Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	3
0124 Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną	2
0125 Sympatektomia szyjna	2
0126 Sympatektomia piersiowa lub lędźwiowa	2
2. UKŁAD ENDOKRYNOLOGICZNY ORAZ GRUCZOŁ SUTKOWY	
0201 Wycięcie przysadki mózgowej	1
0202 Zniszczenie przysadki mózgowej	2
0203 Operacja szyszynki	1
0204 Wycięcie tarczycy	2
0205 Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	2
0206 Wycięcie tarczycy językowej	2
0207 Wycięcie przytarczyc	2
0208 Wycięcie grasicy	2
0209 Wycięcie nadnercza	2
0210 Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	2
0211 Częściowe wycięcie sutka	2
0212 Całkowite wycięcie sutka	2
0213 Całkowita rekonstrukcja sutka	1
0214 Nacięcie sutka	3
0215 Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	3

Rodzaj operacji	Klasa operacji
3. OKO	
0301 Wycięcie gałki ocznej	2
0302 Usunięcie zmiany oczodołu	2
0303 Protezowanie gałki ocznej	3
0304 Rewizja protezy gałki ocznej	3
0305 Operacyjna plastyka oczodołu	2
0306 Nacięcie oczodołu	3
0307 Rozcięcie kąta szpary powiekowej	3
0308 Usunięcie zmiany powieki	3
0309 Wycięcie nadmiaru powieki	3
0310 Rekonstrukcja powieki	3
0311 Korekcja deformacji powieki	3
0312 Korekcja opadania powieki	2
0313 Nacięcie powieki	3
0314 Ochronne zeszywanie szpary powiekowej	3
0315 Operacja gruczołu łzowego	3
0316 Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	2
0317 Operacja kanału łzowego	3
0318 Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	2
0319 Repozycja mięśnia okoruchowego	2
0320 Usunięcie mięśnia okoruchowego	2
0321 Częściowe rozdzielanie ścięgna mięśnia okoruchowego	2
0322 Usunięcie zmiany spojówki	3
0323 Operacja naprawcza spojówki	3
0324 Nacięcie spojówki	3
0325 Wycięcie zmiany rogówki	3
0326 Plastyka rogówki	2
0327 Operacja naprawcza rogówki	3
0328 Nacięcie rogówki	3
0329 Usunięcie zmiany twardówki	3
0330 Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z kłamrowaniem	2
0331 Fotokoagulacja w odwarstwieniu siatkówki	2
0332 Nacięcie twardówki	3
0333 Wycięcie tęczówki	3
0334 Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	2
0335 Nacięcie tęczówki	3
0336 Usunięcie ciała rzęskowego	2
0337 Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	2
0338 Wewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	2
0339 Nacięcie torebki soczewki oka	3
0340 Wprowadzenie sztucznej soczewki	2
0341 Operacja ciała szklanego	2
0342 Zniszczenie zmiany siatkówki	3
4. UCHO	
0401 Wycięcie ucha zewnętrznego	2
0402 Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	3
0403 Plastyka ucha zewnętrznego	2
0404 Drenaż ucha zewnętrznego	3
0405 Otwarcie wyrostka sutkowatego	2
0406 Operacja naprawcza błony bębenkowej	2
0407 Drenaż ucha środkowego	3

Rodzaj operacji	Klasa operacji
0408 Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	2
0409 Usunięcie zmiany ucha środkowego	2
0410 Operacja trąbki Eustachiusza	2
0411 Operacja ślimaka	1
0412 Operacja aparatu przedsionkowego	2
5. UKŁAD ODDECHOWY	
0501 Wycięcie nosa	2
0502 Plastyka nosa	2
0503 Operacja przegrody nosa	3
0504 Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	3
0505 Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego	3
0506 Operacja nosa zewnętrznego	3
0507 Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	3
0508 Endoskopowa operacja zatok obocznych nosa	3
0509 Operacja zatoki czołowej	3
0510 Operacja zatoki klinowej	3
0511 Operacja zatoki nosa	3
0512 Wycięcie gardła	1
0513 Operacja naprawcza gardła	2
0514 Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	2
0515 Wycięcie krtani	2
0516 Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	2
0517 Rekonstrukcja krtani	1
0518 Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	3
0519 Częściowe wycięcie tchawicy	1
0520 Plastyka tchawicy	2
0521 Protezowanie tchawicy metodą otwartą	2
0522 Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	3
0523 Otwarta operacja ostrogi tchawicy	2
0524 Częściowe usunięcie oskrzela	2
0525 Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	2
0526 Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	2
0527 Przeszczep płuca	1
0528 Wycięcie płuca	1
0529 Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	1
0530 Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	2
0531 Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	2
6. JAMA USTNA I GÓRNA CZĘŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO	
0601 Częściowe wycięcie wargi	3
0602 Usunięcie zmiany wargi	3
0603 Korekcja deformacji wargi	2
0604 Wycięcie języka	2
0605 Usunięcie zmiany języka	3
0606 Nacięcie języka	3
0607 Usunięcie zmiany podniebienia	3
0608 Korekcja deformacji podniebienia	2
0609 Wycięcie migdałków	3
0610 Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	3
0611 Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	2

Rodzaj operacji	Klasa operacji
0612 Wycięcie ślinianki	3
0613 Usunięcie zmiany ślinianki	3
0614 Nacięcie gruczołu ślinowego	3
0615 Przeszczepienie przewodu ślinowego	3
0616 Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	3
0617 Podwiązanie przewodu ślinowego	3
0618 Poszerzenie przewodu ślinowego	3
0619 Inne operacje przewodu ślinowego	3
0620 Wycięcie przełyku i żołądka	1
0621 Całkowite wycięcie przełyku	1
0622 Częściowe wycięcie przełyku	2
0623 Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	2
0624 Zespoleńie omijające przełyku	1
0625 Rewizja zespolenia przełyku	2
0626 Operacja naprawcza przełyku	1
0627 Wytworzenie przetoki przełykowej	2
0628 Nacięcie przełyku	2
0629 Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą	2
0630 Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	2
0631 Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową	3
0632 Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoskopu	3
0633 Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	2
0634 Operacja antyrefluksowa	3
0635 Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	3
0636 Całkowite wycięcie żołądka	1
0637 Częściowe wycięcie żołądka	2
0638 Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą	2
0639 Operacja plastyczna żołądka	2
0640 Zespoleńie żołądkowo-dwunastnicze	2
0641 Zespoleńie żołądkowo-czcze	2
0642 Gastrostomia	3
0643 Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	2
0644 Pyloromyotomia	2
0645 Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	3
0646 Wycięcie dwunastnicy	2
0647 Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	2
0648 Zespoleńie omijające dwunastnicy	2
0649 Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	2
0650 Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	3
0651 Wycięcie jelita czczego	2
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
0657 Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	2
0658 Zespoleńie omijające jelita krętego	2
0659 Rewizja zespolenia jelita krętego	2
0660 Wytworzenie ileostomii	2
0661 Rewizja ileostomii	2
0662 Śródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	3

Rodzaj operacji	Klasa operacji
0663 Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	2
7. DOLNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO	
0701 Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	3
0702 Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	1
0703 Całkowite wycięcie okrężnicy	1
0704 Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	2
0705 Resekcja poprzecznicy	2
0706 Lewostronna hemikolektomia	2
0707 Wycięcie esicy	2
0708 Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą	2
0709 Zespoleńie omijające okrężnicy	2
0710 Wyłonienie jelita ślepego	2
0711 Nacięcie okrężnicy	2
0712 Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy	3
0713 Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	2
0714 Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu	3
0715 Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoskopu	3
0716 Wycięcie odbytnicy	1
0717 Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	2
0718 Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	2
0719 Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	2
0720 Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	2
0721 Wycięcie odbytu	2
0722 Wycięcie zmiany odbytu	3
0723 Operacja naprawcza odbytu	2
0724 Wycięcie hemoroidów	3
0725 Drenaż przez okolicę krocza	3
0726 Wycięcie zatoki włosowej	3
0727 Nacięcie ropnia okołodbytniczego	3
8. INNE NARZĄDY JAMY BRZUSZNEJ	
0801 Przeszczep wątroby	1
0802 Częściowe wycięcie wątroby	1
0803 Usunięcie zmiany wątroby	1
0804 Nacięcie wątroby	3
0805 Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu	2
0806 Przeznaczyniowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych	2
0807 Wycięcie pęcherzyka żółciowego	3
0808 Zespoleńie pęcherzyka żółciowego	2
0809 Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	2
0810 Nacięcie pęcherzyka żółciowego	3
0811 Przeszkórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	3
0812 Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	2
0813 Usunięcie zmiany dróg żółciowych	2
0814 Zespoleńie przewodu wątrobowego	1
0815 Zespoleńie przewodu żółciowego wspólnego	2
0816 Operacja naprawcza przewodu żółciowego	2
0817 Nacięcie przewodu żółciowego	2
0818 Przedwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	2
0819 Przedwunastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	2
0820 Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	3
0821 Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	3

Rodzaj operacji	Klasa operacji
0822 Endoskopowe operacje przewodu trzustkowego	3
0823 Przeszkórna rewizja połączenia przewodu żółciowego	3
0824 Przeszkórna implantacja protezy przewodu żółciowego	3
0825 Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	3
0826 Przeszczep trzustki	1
0827 Całkowite wycięcie trzustki	1
0828 Wycięcie głowy trzustki	1
0829 Usunięcie zmiany trzustki	2
0830 Zespoleń przewodu trzustkowego	1
0831 Otwarty drenaż trzustki	2
0832 Nacięcie trzustki	2
0833 Całkowite wycięcie śledziony	2
9. SERCE, NACZYŃIA TĘNICZE ORAZ ŻYŁNE	
0901 Przeszczep płuc i serca	1
0902 Korekcja całkowita tetralogii Fallota	1
0903 Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie spływu żylnego (op. Mustarda)	1
0904 Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	1
0905 Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo-komorowej	1
0906 Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	1
0907 Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	1
0908 Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	2
0909 Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja przegrody serca	1
0910 Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	1
0911 Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	1
0912 Plastyka przedsionka serca	1
0913 Walwuloplastyka mitralna	1
0914 Walwuloplastyka aortalna	1
0915 Plastyka zastawki trójdzielnej	1
0916 Plastyka zastawki tętnicy płucnej	1
0917 Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	1
0918 Rewizja plastyki zastawki serca	1
0919 Otwarta walwulotomia	1
0920 Zamknięta walwulotomia	1
0921 Przeszkórna operacja dotycząca zastawki serca	2
0922 Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	1
0923 Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	1
0924 Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu	1
0925 Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy	1
0926 Pomostowanie t. wieńcowej z t. piersiową wewnętrzną	1
0927 Otwarta koronaroplastyka	1
0928 Przeszkórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej	2
0929 Otwarta operacja układu bodźcoprzewodzącego serca	1
0930 Wszczepienie systemu wspomaganie serca	2
0931 Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	3
0932 Inny stały sposób stymulacji serca	1
0933 Wycięcie osierdzia	1
0934 Drenaż osierdzia	2
0935 Nacięcie osierdzia	2
0936 Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	1
0937 Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	1
0938 Przeszkórna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	1

Rodzaj operacji	Klasa operacji
0939 Zespoleńie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	1
0940 Zespoleńie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	1
0941 Operacja naprawcza tętnicy płucnej	1
0942 Przeszkórna operacja tętnicy płucnej	2
0943 Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	1
0944 Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych	1
0945 Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	1
0946 Plastyka aorty	1
0947 Przeznaczyniowa operacja aorty	2
0948 Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	1
0949 Przeznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej	2
0950 Operacja tętniaka tętnicy mózgu	1
0951 Przeznaczyniowa operacja tętnicy mózgowej	2
0952 Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	1
0953 Przeznaczyniowa operacja tętnicy podobojczykowej	2
0954 Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	1
0955 Przeznaczyniowa operacja tętnicy nerkowej	2
0956 Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	1
0957 Przeznaczyniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	2
0958 Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	1
0959 Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	1
0960 Przeznaczyniowa operacja tętnicy biodrowej	2
0961 Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych	1
0962 Rekonstrukcja tętnicy udowej	1
0963 Rewizja po rekonstrukcji tętnicy biodrowej lub udowej	3
0964 Przeznaczyniowa operacja tętnicy udowej	3
0965 Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	3
0966 Wycięcie innej tętnicy	3
0967 Operacja naprawcza innej tętnicy	3
0968 Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna innych tętnic	3
0969 Zespoleńie tętniczko-żylne	3
0970 Zespoleńie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	1
0971 Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	3
0972 Operacja żyłaków kończyny dolnej z usunięciem żyły odpiszczelowej	3
0973 Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	3
0974 Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna naczyńia żylnego	3
10. UKŁAD MOCZOWY	
1001 Przeszczep nerki	2
1002 Całkowite wycięcie nerki	2
1003 Częściowe wycięcie nerki	2
1004 Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	2
1005 Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	2
1006 Nacięcie nerki	2
1007 Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	3
1008 Operacja nerki przez nefrostomię	3
1009 Wycięcie moczowodu	2
1010 Wytworzenie przetoki moczowodowej	2
1011 Reimplantacja moczowodu	2
1012 Operacja naprawcza moczowodu	2
1013 Nacięcie moczowodu	2
1014 Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop	2

Rodzaj operacji	Klasa operacji
1015 Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureterskop	3
1016 Operacja w zakresie ujścia moczowodu	3
1017 Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	1
1018 Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	2
1019 Powiększenie pęcherza	2
1020 Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skórnej	3
1021 Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	2
1022 Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	3
1023 Brzuschno-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	2
1024 Brzuszna plastyka ujścia pęcherza u kobiety	2
1025 Przepochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	2
1026 Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	3
1027 Wycięcie prostaty metodą otwartą	2
1028 Wycięcie prostaty metodą endoskopową	3
1029 Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	3
1030 Wycięcie cewki moczowej	2
1031 Operacja naprawcza cewki moczowej	2
1032 Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	3
1033 Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	3
11. NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE	
1101 Usunięcie moszny	3
1102 Obustronne wycięcie jąder	2
1103 Usunięcie zmiany jądra	3
1104 Jednostronne wycięcie jądra	3
1105 Obustronne sprowadzenie jąder	2
1106 Jednostronne sprowadzenie jądra	3
1107 Protezowanie jądra	3
1108 Operacja wodniaka jądra	3
1109 Operacja najądrza	3
1110 Wycięcie nasieniowodu	3
1111 Operacja naprawcza powrózka nasiennego	2
1112 Operacja żyłaków powrózka nasiennego	3
1113 Operacja pęcherzyków nasiennych	2
1114 Amputacja prącia	2
1115 Usunięcie zmiany prącia	3
1116 Operacja plastyczna prącia	3
1117 Protezowanie prącia	3
1118 Operacja napletka	3
12. ŻEŃSKI UKŁAD ROZRODCZY	
1201 Operacja lechtaczki	3
1202 Operacja gruczołu Bartholina	3
1203 Wycięcie sromu	2
1204 Wycięcie zmiany sromu	3
1205 Operacja naprawcza w obrębie sromu	3
1206 Nacięcie kanału pochwy	3
1207 Wycięcie pochwy	3
1208 Nacięcie zrostów pochwy	3
1209 Usunięcie zmiany pochwy	3
1210 Operacja plastyczna pochwy	3
1211 Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	3
1212 Plastyka sklepienia pochwy	3

Rodzaj operacji	Klasa operacji
1213 Operacja w obrębie zatoki Douglasa	3
1214 Wycięcie szyjki macicy	3
1215 Wycięcie zmiany szyjki macicy	3
1216 Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	2
1217 Wycięcie macicy drogą przezpochwową	2
1218 Terapeutyczna operacja endoskopowa macicy	3
1219 Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	2
1220 Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	3
1221 Częściowe wycięcie jajowodu	3
1222 Wszczepienie protezy jajowodu	3
1223 Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	3
1224 Nacięcie jajowodu	2
1225 Endoskopowe leczenie jajowodu	3
1226 Operacja dotycząca strzępków jajowodu	3
1227 Częściowe wycięcie jajnika	3
1228 Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	3
1229 Operacja naprawcza jajnika	3
1230 Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	3
1231 Operacja więzadła szerokiego macicy	3
1232 Operacja innego więzadła macicy	3
13. SKÓRA	
1301 Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	2
1302 Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	3
1303 Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-powięziowego	3
1304 Przeszczep płata skóry owłosionej	3
1305 Przeszczep płata skórno-powięziowego z unerwieniem	2
1306 Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-powięziowego	3
1307 Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	3
1308 Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	3
1309 Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	3
1310 Przeszczep płata śluzówki	3
1311 Siatkowy autoprzeszczep skóry	3
1312 Przeszczep śluzówki	3
1313 Przeszczepienie innej tkanki do skóry	3
1314 Wprowadzenie ekspandera pod skórę	3
1315 Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	3
14. TKANKI MIĘKKIE	
1401 Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	2
1402 Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	2
1403 Wycięcie opłucnej metodą otwartą	2
1404 Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu	3
1405 Otwarcie klatki piersiowej	2
1406 Operacja naprawcza pękniętej przepony	1
1407 Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	3
1408 Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	3
1409 Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	2
1410 Pierwotna plastyka przepukliny udowej	3
1411 Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	2
1412 Plastyka przepukliny pępkowej	3
1413 Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	3
1414 Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	2

Rodzaj operacji	Klasa operacji
1415 Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	3
1416 Operacja dotycząca pępka	3
1417 Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej)	3
1418 Drenaż otwarty jamy otrzewnej	3
1419 Otwarcie jamy otrzewnej	3
1420 Operacja dotycząca sieci	3
1421 Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	3
1422 Operacja dotycząca krezki okrężnicy	3
1423 Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	3
1424 Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej	3
1425 Przeszczep powięzi	3
1426 Wycięcie powięzi brzucha	3
1427 Usunięcie zmiany powięzi	3
1428 Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	3
1429 Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	3
1430 Operacja kaletki maziowej	3
1431 Przełożenie ścięgna	3
1432 Wycięcie ścięgna	3
1433 Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	3
1434 Wtórna operacja naprawcza ścięgna	2
1435 Uwolnienie ścięgna	3
1436 Zmiana długości ścięgna	3
1437 Wycięcie pochewki ścięgna	3
1438 Przeszczep mięśnia	2
1439 Wycięcie mięśnia	3
1440 Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia)	3
1441 Uwolnienie przykurczu mięśnia	3
1442 Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	2
1443 Wycięcie lub biopsja otwarta węzła chłonnego	3
1444 Drenaż węzła chłonnego	3
1445 Operacja przewodu limfatycznego	2
1446 Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	3
15. KOŚCI ORAZ STAWY	
1501 Operacja naprawcza czaszki	2
1502 Otwarcie czaszki	1
1503 Wycięcie kości twarzy	3
1504 Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	3
1505 Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	3
1506 Wycięcie żuchwy	2
1507 Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	3
1508 Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	2
1509 Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	1
1510 Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	2
1511 Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	1
1512 Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy (nie obejmuje operacji wycięcia krążka międzykręgowego)	1
1513 Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego	1
1514 Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa	2
1515 Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	1
1516 Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	1
1517 Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	1
1518 Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	1

Rodzaj operacji	Klasa operacji
1519 Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	2
1520 Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	1
1521 Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	2
1522 Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	1
1523 Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	2
1524 Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	2
1525 Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	1
1526 Usunięcie zmiany kręgosłupa	2
1527 Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	2
1528 Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	2
1529 Całkowita rekonstrukcja kciuka	2
1530 Całkowita rekonstrukcja przodostopia	2
1531 Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	2
1532 Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	2
1533 Wycięcie kości ektopowej	3
1534 Usunięcie zmiany kości	2
1535 Otwarte chirurgiczne złamanie kości	2
1536 Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	2
1537 Rozdzielenie trzonu kości	2
1538 Rozdzielenie kości stopy	3
1539 Drenaż kości	3
1540 Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	2
1541 Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	2
1542 Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	2
1543 Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	2
1544 Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	3
1545 Zamknięte nastawienie złamania kości z przeskórną stabilizacją zewnętrzną	3
1546 Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	3
1547 Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu	2
1548 Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu	2
1549 Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu	2
1550 Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu	2
1551 Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	2
1552 Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	2
1553 Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu	2
1554 Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu	2
1555 Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	2
1556 Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	2
1557 Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	3
1558 Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	3
1559 Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	3
1560 Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym	3
1561 Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym	3
1562 Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	3
1563 Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	2
1564 Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	2
1565 Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	3
1566 Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	2
1567 Protezowanie ścięgna	2
1568 Wzmocnienie ścięgna protezą	3
1569 Rekonstrukcja więzadła stawu kolanowego	2

Rodzaj operacji	Klasa operacji
1570 Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	2
1571 Uwolnienie przykurczu stawu	3
1572 Operacja struktur okołostawowych palucha	3
1573 Terapeutyczna endoskopia chrząstki półksiężycowatej	3
1574 Terapeutyczna endoskopia innych chrząstek stawowych	3
1575 Terapeutyczna endoskopia innych struktur stawowych	3
1576 Terapeutyczna endoskopia stawu kolanowego	3
1577 Terapeutyczna endoskopia innego stawu	2
16. RÓŻNE	
1601 Replantacja kończyny górnej	2
1602 Replantacja kończyny dolnej	2
1603 Replantacja innego narządu	2
1604 Wszczepienie protezy kończyny	1
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

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

Pojęcia użyte w tej tabeli oznaczają:

rana – uszkodzenie pełnej grubości skóry zaopatrzone chirurgicznie poprzez założenie szwów lub klamer (z wyjątkiem uszkodzeń języka oraz oparzeń); w przypadku kilku ran w obrębie jednego obszaru wielkość ran podlega zsumowaniu; maksymalne świadczenie z tytułu odniesionych ran w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 6%;

złamanie wieloodłamowe – złamanie, w którym występują minimum 3 odłamy kostne w obrębie kości (lub więcej niż jedna linia złamania w obrębie kości);

1% TBSA – powierzchnia odpowiadająca powierzchni dłoni wraz z palcami; oparzenia oceniane są wg Tablicy Lunda i Browdera.

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
A. USZKODZENIA GŁOWY	Wysokość świadczenia
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
a) rany skóry owłosionej głowy	1
b) utrata skóry owłosionej – oskalpowanie (powyżej 75% powierzchni)	25
2. Złamania kości czaszki (za każdą kość):	
a) sklepienia	2
b) podstawy	5
3. Ubytek pełnej grubości kości niezależnie od powierzchni:	10
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. Urazy śródczaszkowe:	
a) krwiak śródczaszkowy pourazowy, potwierdzony w badaniach obrazowych mózgu (TK, RM), leczony zachowawczo	10
b) krwiak śródczaszkowy pourazowy leczony operacyjnie	20
c) krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o czasowej niezdolności do pracy na ponad 12 miesięcy	30
d) krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy	60
e) krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji	100
6. Uszkodzenie nerwów ruchowych:	
a) bloczkowy dodatkowy, podjęzykowy	2
b) okoruchowy, odwodzący, trójdzielny, twarzowy, błędny, językowo-gardłowy	3
B. USZKODZENIA TWARZY	Wysokość świadczenia
7. Uszkodzenia powłok twarzy:	
a) rany skóry twarzy	2
b) oparzenia powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5
8. Uszkodzenia nosa:	
a) złamanie kości nosa i przegrody nosa wieloodłamowe, z przemieszczeniem	5
b) złamanie kości przegrody nosa i przegrody nosa z przemieszczeniem	2

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
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
9. Ukruszenie zęba (odbycie wizyty lekarskiej; świadczenie za maksymalnie 5 zębów)	0,5
10. Utrata zębów stałych (co najmniej korona) – za każdy ząb:	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za utratę zębów stałych nie może przekroczyć 20%.	
11. Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej:	
a) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania wieloodłamowe	4
c) inne złamania	1
12. Utrata szczęki lub żuchwy:	
a) częściowa	15
b) całkowita	40
13. Złamania żuchwy:	
a) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania wieloodłamowe	4
c) inne złamania	1
14. Ubytek podniebienia	15
15. Urazy języka:	
a) rany języka powyżej 1 cm	1
b) częściowa utrata języka	3
c) całkowita utrata języka	50
C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU (nie podlegają sumowaniu)	Wysokość świadczenia
16. Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
a) jednego oka	15
b) obojga oczu	30
17. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych, drążących, urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:	
a) bez zaburzeń ostrości wzroku z potwierdzeniem dodatniego testu barwienia rogówki (fluoresceiną)	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 obojga oczu (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	15
d) z całkowitą utratą widzenia jednego oka	35
e) z całkowitą utratą widzenia obojga oczu	100
f) utrata gałki ocznej	40
18. Ubytki pola widzenia:	
a) dwuskroniowe	60
b) dwunosowe	30
c) jednoimienne	30
d) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	5
19. Bezsoczewkowość pourazowa:	
a) w jednym oku	15
b) w obojgu oczach	30
20. Uszkodzenie przewodów łzowych wymagające korekcji operacyjnej:	
a) w jednym oku	5
b) w obojgu oczach	15

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
21. 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
22. Jaskra wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy	3
23. Wytrzeszcz tętniący pourazowy	40
Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami 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
24. Urazy małżowiny usznej:	
a) rany, 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
25. 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.	
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
26. Uszkodzenie gardła, krtani, tchawicy leczone operacyjnie	7
27. Uszkodzenie przełyku:	
a) leczone operacyjnie (nie obejmuje rekonstrukcji)	7
b) leczone rekonstrukcyjnie, odtworczo	30
28. Uszkodzenie skóry szyi:	
a) rany skóry	1
b) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2
F. USZKODZENIA KŁATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA	Wysokość świadczenia
29. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu:	
a) rany skóry	1
b) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
30. 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

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
31. Złamania żeber:	
a) złamanie 1 żebra	0,5
b) złamania od 2 do 4 żeber	2
c) złamania od 5 do 10 żeber	7
d) złamania powyżej 10 żeber	10
32. Złamanie mostka:	
a) bez przemieszczenia	2
b) z przemieszczeniem	4
c) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem	6
33. 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
34. Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a) uszkodzenia serca wymagające nakłucia osierdzia	10
b) uszkodzenia serca lub osierdzia leczone operacyjnie	30
35. Uszkodzenia przepony leczone operacyjnie	10
G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA	Wysokość świadczenia
36. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej:	
a) rany skóry	1
b) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
c) rany brzucha leczone operacyjnie z otwarciem jamy otrzewnowej	5
37. Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:	
a) leczone operacyjnie, bez utraty narządów jamy brzusznej	5
b) utrata części żołądka, jelita cienkiego lub grubego	10
38. 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
39. Uszkodzenie odbytnicy, odbytu, zwieracza odbytu:	
a) uszkodzenia zaopatrzone chirurgicznie	4
b) uszkodzenia wymagające odbytu sztucznego	15
40. Uszkodzenia śledziony:	
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata śledziony	20
41. 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
42. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek:	
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata częściowa nerki	15
d) utrata całkowita nerki	30
e) utrata obu nerek	100
43. Uszkodzenie moczowodu:	
a) leczone operacyjnie, bez względu na metodę	5
b) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
44. Uszkodzenie pęcherza moczowego:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone operacyjnie	10
c) utrata całkowita pęcherza	50
45. Uszkodzenia cewki moczowej:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone operacyjnie, bez względu na metodę	5
c) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
46. Uszkodzenia prącia:	
a) rany, uszkodzenia leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	2
b) częściowa utrata prącia	10
c) całkowita utrata prącia	40
47. 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
48. Utrata macicy	30
49. Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy:	
a) izolowane rany w zakresie skóry	2
b) uszkodzenia skóry oraz mięśni lub powięzi, zaopatrzone chirurgicznie	7
c) uszkodzenia leczone operacyjnie lub rekonstrukcyjnie	15
I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA	Wysokość świadczenia
50. Uszkodzenie kręgosłupa szyjnego:	
a) skręcenie	2
b) zwłknięcie	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 oraz wyrostków stawowych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%.	
51. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th10):	
a) skręcenie	1
b) zwłknięcie	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 oraz wyrostków stawowych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym nie może przekroczyć 30%.	

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
52. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11–L5):	
a) skręcenie	2
b) zwinięcie	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 oraz wyrostków stawowych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym nie może przekroczyć 40%.	
53. Urazy rdzenia kręgowego:	
a) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), leczone zachowawczo	10
b) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), leczone operacyjnie	20
c) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o czasowej niezdolności do pracy na ponad 12 miesięcy	30
d) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy	60
e) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji	100
J. USZKODZENIA MIEDNICY	Wysokość świadczenia
54. Rozejście się spojenia łonowego	5
55. Skręcenie stawu biodrowego	2
56. Zwinięcie stawu krzyżowo-biodrowego	10
57. 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
58. Złamanie panewki stawu biodrowego:	
a) tylnej kolumny, tylnej krawędzi	15
b) przedniej kolumny, przedniej krawędzi	7
c) zwinięcie centralne I°	7
d) zwinięcie centralne II°	15
e) zwinięcie centralne III°	30
f) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
59. Izolowane złamania 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 złamania kości miednicy lub kości krzyżowej bez przemieszczenia	5
d) wielomiejscowe złamania kości miednicy lub kości krzyżowej z przemieszczeniem	10
e) izolowane złamania talerza kości biodrowej, kolców biodrowych, guza kulszowego	3
f) złamanie kości ogonowej bez przemieszczenia	2
g) złamanie kości ogonowej z przemieszczeniem	5

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ	Wysokość świadczenia
ŁOPATKA	
60. Złamania łopatki:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	1
OBOJCZYK	
61. Złamania obojczyka:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
62. Zwinięcie, podwinięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego:	
a) zwinięcie I°	1
b) zwinięcie II°	3
c) zwinięcie III°	5
BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY	
63. Uszkodzenia stawu ramiennie-łopatkowego (zwinięcia, złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej; skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku:	
a) skręcenie	1
b) zwinięcie wymagające repozycji przez lekarza	3
c) złamania wieloodłamowe	10
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e) inne złamania	2
f) złamania leczone protezoplastyką	15
64. Utrata kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym	65
65. Utrata kończyny wraz z łopatką	70
RAMIĘ	
66. Złamanie trzonu kości ramiennej:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	12
b) złamania otwarte	10
c) złamania wieloodłamowe	7
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e) inne złamania	2
67. Izolowane uszkodzenia skóry, mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów:	
a) rany skórne	1
b) uszkodzenie mięśnia dwugłowego lub uszkodzenie ścięgna zaopatrzone chirurgicznie	4
c) uszkodzenie innych mięśni ramienia zaopatrzone chirurgicznie	3
68. Utrata kończyny w obrębie ramienia	60
STAW ŁOKCIOWY	
69. Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej):	
a) złamania wieloodłamowe	8
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
c) inne złamania	2
70. Inne uszkodzenia łokcia:	
a) skręcenie	1
b) zwichnięcie	3
PRZEDRAMIĘ	
71. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia:	
a) złamania wieloodłamowe	7
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
72. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, lub złamania Monteggia, Galeazziego	9
b) złamania otwarte	7
c) złamania wieloodłamowe	5
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e) inne złamania	2
73. Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien:	
a) rany skórne	1
b) uszkodzenia mięśni lub ścięgien zaopatrzone chirurgicznie (każde)	2
74. Utrata kończyny w obrębie przedramienia	55
75. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka	50
NADGARSTEK	
76. Uszkodzenia nadgarstka:	
a) złamania mnogie kości nadgarstka z przemieszczeniem	7
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
d) zwichnięcia	5
e) skręcenia	1
77. Utrata ręki na poziomie nadgarstka	50
ŚRÓDRĘCZE	
78. Złamania kości śródręcza:	
a) I kość śródręcza:	
i) złamania wieloodłamowe	6
ii) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
iii) inne złamania	2
b) II kość śródręcza:	
i) złamania wieloodłamowe	4
ii) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii) inne złamania	1
c) III, IV, V kość śródręcza:	
i) złamania wieloodłamowe	2
ii) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii) inne złamania	1
79. Rany dłoni (z wyjątkiem palców) i śródręcza powyżej 3 cm	1

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
KCIUK	
80. Utrata w zakresie kciuka:	
a) utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b) utrata paliczka paznokciowego	6
c) utrata obu paliczków bez kości śródręcza	10
d) utrata obu paliczków z kością śródręcza	15
81. Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich):	
a) złamania wieloodłamowe	6
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
d) rany	1
e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	2
g) zwichnięcia w stawie śródręczno-paliczkowym	2
PALEC WSKAZUJĄCY	
82. 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 śródręcza	11
83. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich):	
a) złamania wieloodłamowe	4
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
d) rany	1
e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	1
g) zwichnięcia w stawie śródręczno-paliczkowym	1
PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY	
84. Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:	
a) utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b) palec III – utrata paliczka paznokciowego	2
c) palec III – utrata dwóch paliczków	5
d) palec III – utrata trzech paliczków	8
e) utrata palca III z kością śródręcza	9
f) palec IV – utrata paliczka paznokciowego	1
g) palec IV – utrata dwóch paliczków	2
h) palec IV – utrata trzech paliczków	3
i) utrata palca IV z kością śródręcza	4
j) palec V – utrata paliczka paznokciowego	1
k) palec V – utrata dwóch paliczków	2

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
l) palec V – utrata trzech paliczków	3
m) utrata palca V z kością śródręcza	4
85. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich:	
a) palec III:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
ii) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii) inne złamania	1
iv) rany, uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
v) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	1
vi) zwichnięcia w stawie śródręczno-paliczkowym	1
b) palec IV:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
ii) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii) inne złamania	1
iv) rany, uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
v) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	1
vi) zwichnięcia w stawie śródręczno-paliczkowym	1
c) palec V:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
ii) inne złamania	1
iii) rany, uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
iv) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	1
v) zwichnięcia w stawie śródręczno-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 suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę ręki.	
L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ	Wysokość świadczenia
STAW BIODROWY	
86. Utrata kończyny dolnej:	
a) przez wyluszczenie jej w stawie biodrowym	70
b) amputacja na poziomie uda	60
87. Uszkodzenia stawu biodrowego – bliższej nasady kości udowej – złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej:	
a) złamania wieloodłamowe	15
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	10
c) inne złamania	8
d) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
UDO	
88. Złamanie kości udowej:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	15
b) złamania otwarte	12
c) złamania wieloodłamowe	8

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e) inne złamania	3
89. Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich – skóry, mięśni, ścięgien, naczyń:	
a) rany skórne uda lub pośladka	1
b) uszkodzenia mięśni zaopatrzone chirurgicznie	3
c) uszkodzenia naczyń leczone operacyjnie	8
KOLANO	
90. Złamania kości tworzących staw kolanowy – dalszej nasady kości udowej, bliższej nasady kości piszczelowej:	
a) skręcenie stawu kolanowego (konieczne unieruchomienie stawu na minimum 7 dni)	2
b) skręcenie stawu kolanowego bez unieruchomienia (konieczne leczenie przez minimum 2 tygodnie; leczenie oznacza wizytę u lekarza specjalisty po doznanym urazie, postawienie diagnozy, zalecenie lekarskie (np. unieruchomienie, okłady, leki, L4) ponowną wizytę; jest to cały proces od zgłoszenia się do lekarza po doznanym urazie do ostatniej wizyty kontrolnej (ewentualnie do zakończenia rehabilitacji)	1
c) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	20
d) złamania wieloodłamowe	10
e) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
f) inne złamania	3
91. 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
92. Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego (sumarycznie maksymalnie do 25%):	
a) uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej	3
b) uszkodzenie łąkotki 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 przyśrodkowego – MCL	4
g) zwichnięcie rzepki wymagające repozyycji przez lekarza (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	4
93. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50
PODUDZIE	
94. Złamanie kości podudzia:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	15
b) złamania otwarte	12
c) złamania wieloodłamowe	10
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e) inne złamania	3
95. Izolowane złamanie kości strzałkowej:	
a) złamania wieloodłamowe	3
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
96. Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien:	
a) rany skórne	1

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
b) naderwanie mięśnia trójkłowego łydki	2
c) całkowite uszkodzenie mięśnia trójkłowego 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
97. 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	
98. Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego:	
a) skręcenie stawu skokowego bez unieruchomienia (konieczne leczenie przez min. 2 tygodnie; leczenie oznacza wizytę u lekarza specjalisty po doznanym urazie, postawienie diagnozy, zalecenie lekarskie (np. unieruchomienie, okłady, leki, L4) ponowną wizytę; jest to cały proces od zgłoszenia się do lekarza po doznanym urazie do ostatniej wizyty kontrolnej (ewentualnie do zakończenia rehabilitacji)	1
b) skręcenia leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator)	2
c) złamanie kostki bocznej z przemieszczeniem	3
d) złamanie kostki bocznej bez przemieszczenia	2
e) złamanie kostki przyśrodkowej z przemieszczeniem	5
f) złamanie kostki przyśrodkowej bez przemieszczenia	3
g) złamanie dwukostkowe z przemieszczeniem	8
h) złamanie dwukostkowe bez przemieszczenia	5
i) złamanie trójkostkowe z przemieszczeniem	10
j) złamanie trójkostkowe bez przemieszczenia	6
99. Złamania kości skokowej:	
a) złamania wieloodłamowe	8
b) inne złamania	3
100. Złamania kości piętowej:	
a) złamania wieloodłamowe	10
b) inne złamania	4
101. Utrata kości skokowej lub piętowej:	
a) częściowa utrata	25
b) całkowita utrata	40
102. Uszkodzenie pozostałych kości stępu – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 10%):	
a) złamania wieloodłamowe	6
b) inne złamania	2
103. 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
104. Inne uszkodzenia okolicy stępu, śródstopia i stopy:	
a) rany	1
105. Utrata stopy w całości	45

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
106. Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40
107. Utrata stopy w środkowej części stępu	35
108. Utrata stopy w okolicy stępowo-śródstopnej	25
PALCE STOPY	
109. Uszkodzenie palucha:	
a) rana	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
110. Złamania palucha:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	4
b) złamania otwarte	3
c) złamania wieloodłamowe	2
d) inne złamania	1
111. 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
112. Utrata palców stopy II–V (każdy)	2
113. Częściowa utrata palców II–V z kością śródstopia (każdy)	1
114. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)	3
115. Utrata palca V z kością śródstopia	4
116. Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwinięcia, skręcenia, uszkodzenia ścięgien, częściowa lub całkowita utrata opuszek (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%)	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 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
117. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:	
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	15
b) nerwu piersiowego długiego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	10
c) nerwu pachowego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	20
d) nerwu mięśniowo-skórnego:	
i) częściowe	3
ii) całkowite	15

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójkłowego ramienia:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	30
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójkłowego ramienia:	
i) częściowe	3
ii) całkowite	20
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
i) częściowe	3
ii) całkowite	15
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
i) częściowe	2
ii) całkowite	10
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	25
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka:	
i) częściowe	3
ii) całkowite	15
k) nerwu łokciowego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	20
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej):	
i) częściowe	5
ii) całkowite	20
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej):	
i) częściowe	7
ii) całkowite	40
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego:	
i) częściowe	2
ii) całkowite	15
o) nerwu zasłonowego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	15
p) nerwu udowego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	30
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego):	
i) częściowe	3
ii) całkowite	20
r) nerwu sromowego wspólnego:	
i) częściowe	3
ii) całkowite	20

Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy:	
i) częściowe	10
ii) całkowite	50
t) nerwu piszczelowego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	30
u) nerwu strzałkowego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	20
v) splotu lędźwiowo-krzyżowego:	
i) częściowe	10
ii) całkowite	60
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego:	
i) częściowe	2
ii) całkowite	10

Tabelę uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka zatwierdził Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. i zmienił ją uchwałą nr 1/11/03/2025 z 11 marca 2025 r.

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia świadczeń medycznych i opiekuńczych MediPomoc

1. ZABIEGI AMBULATORYJNE

1) Ambulatoryjne zabiegi chirurgiczne

Proste nacięcie i usunięcie ciała obcego, tkanek podskórnych; Nacięcie i drenaż krwaka, zbiornika płynu surowiczego lub innego zbiornika płynu; Usunięcie szwów; Zmiana opatrunku; Nakłucie stawu, aspiracja lub wstrzyknięcie; mały staw lub kaletka (np. palce u rąk lub nóg); Nakłucie stawu, aspiracja lub wstrzyknięcie; średniej wielkości staw lub kaletka (np. staw skroniowo-żuchwowy, barkowo-obończykowy, nadgarstek, staw łokciowy lub skokowy, kaletka maziowa wyrostka łokciowego); Nakłucie stawu, aspiracja lub wstrzyknięcie; duży staw lub kaletka (np. staw ramienny, biodrowy, kolanowy, kaletka barkowa); Proste zamknięcie powierzchownych ran owłosionej skóry głowy, szyi, pachy, narządów płciowych zewnętrznych, tułowia lub kończyn; Proste zamknięcie powierzchownych ran twarzy, uszu, powiek, nosa, warg lub błon śluzowych; Proste usunięcie płytki paznokciowej, częściowe lub całkowite.

2) Ambulatoryjne zabiegi laryngologiczne

Usunięcie ciała obcego, śródnosowe.

3) Ambulatoryjne zabiegi okulistyczne

Usunięcie ciała obcego – z wnętrza gałki ocznej, z przedniej komory oka lub soczewki; Usunięcie ciała obcego lub złoju w obrębie układu łzowego, przewody łzowe; Wstrzyknięcie podspojówkowe.

4) Ambulatoryjne zabiegi ortopedyczne

Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców); Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć); Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców); Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć); Zastosowanie długiego opatrunku unieruchamiającego na całą kończynę dolną; Zastosowanie krótkiego opatrunku unieruchamiającego na kończynie dolnej – podudzie; Zastosowanie gipsu biodrowego; Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od barku do ręki (ramienny); Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od łokcia do palca (przedramienia); Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, ręka i dolne przedramię (opatrunkiem rękawiczkowy); Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, palec (np. przykurcz);

Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – ósemkowego; Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – gips piersiowo-ramienny; Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna górna); Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna dolna).

2. BADANIA LABORATORYJNE

Morfologia krwi obwodowej: kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi); Morfologia krwi obwodowej: kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi) z automatycznym zliczaniem odsetków leukocytów; Morfologia krwi obwodowej, z rozmazem, ocena mikroskopowa oraz ręcznie wykonany wzór odsetkowy leukocytów; Morfologia krwi obwodowej; retikulocytoza; ręcznie; Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego), nieautomatycznie; Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego), automatycznie.

3. BADANIA RADIOLOGICZNE

czaszka; klatka piersiowa, jedna projekcja – czołowa PA; klatka piersiowa, dwie projekcje – czołowa PA i boczna; żuchwa; układ kostny twarzy; klatka piersiowa, specjalne projekcje (np. w pozycji leżącej na boku); żebra, jednostronne; żebra, obustronne; mostek; staw lub stawy mostkowo-obończykowe; kręgosłup – całość; badanie przeglądowe, projekcja PA lub boczna; kręgosłup szyjny; kręgosłup – odcinek piersiowo-łędźwiowy, w pozycji stojącej (skolioza); kręgosłup – odcinek piersiowy; kręgosłup – odcinek piersiowo-łędźwiowy; kręgosłup – odcinek łędźwiowo-krzyżowy; miednica; stawy krzyżowo-biodrowe; kość krzyżowa i kość ogonowa; obojczyk, całkowite; łopatka, całkowite; bark; stawy barkowo-obończykowe; kość ramienna; staw łokciowy; przedramię; nadgarstek; ręka; palec (palce) ręki; biodro; kość udowa; kolano; oba kolana, w pozycji stojącej w projekcji PA; piszczel i strzałka; staw skokowy; stopa; kość piętowa; jama brzuszna, pojedyncza projekcja PA.

4. ULTRASONOGRAFIA

klatka piersiowa; jama brzuszna; miednica; moszna i jej zawartość; kończyna, nienaczyniowe.

5. REHABILITACJA

Ćwiczenia indywidualne – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości; Ćwiczenia grupowe (do 6 osób) – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości; Techniki terapii manualnej (np. metody McKenziego, Cyriax, Mulligana i PNF), jeden lub więcej obszarów, mobilizacje i manipulacje; Wyciągi – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; trakcja mechaniczna, rower (rotor), cykloergometr – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych

obszarów; Kinezytaping; Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: diatermia; Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: podczerwień (sollux); Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: ultrafiolet; Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: ultradźwięki; Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: jonoforeza; Galwanizacja; Elektrostymulacja; Tonoliza; Prądy diadynamiczne; Prądy interferencyjne; Prądy Kotza; Prądy Tens; Prądy Traberta; Impulsowe pole magnetyczne; Laseroterapia (skaner, punktowo); Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: okłady ciepłe lub zimne (termożele); Krioterapia – miejscowa; Krioterapia – zabieg w kriokomorze.

6. TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA

głowa lub mózg, bez kontrastu; oczodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne, bez kontrastu; okolica szczękowo-twarzowa, bez kontrastu; tkanki miękkie szyi, bez kontrastu; klatka piersiowa, bez kontrastu; kręgosłup szyjny, bez kontrastu; odcinek piersiowy kręgosłupa, bez kontrastu; odcinek lędźwiowy kręgosłupa, bez kontrastu; miednica, bez kontrastu; kończyna górna, bez kontrastu; kończyna dolna, bez kontrastu; jama brzuszna, bez kontrastu; głowa lub mózg, z kontrastem; oczodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne, z kontrastem; okolica szczękowo-twarzowa, z kontrastem; tkanki miękkie szyi, z kontrastem; klatka piersiowa, z kontrastem; kręgosłup szyjny, z kontrastem; odcinek piersiowy kręgosłupa, z kontrastem; odcinek lędźwiowy kręgosłupa, z kontrastem; miednica, z kontrastem; kończyna górna, z kontrastem; kończyna dolna, z kontrastem; jama brzuszna, z kontrastem.

7. REZONANS MAGNETYCZNY

Obrazowanie rezonansu magnetycznego: oczodół, twarz i szyja, bez kontrastu; mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu), bez kontrastu; klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia), bez kontrastu; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek szyjny kręgosłupa, bez kontrastu; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek piersiowy kręgosłupa, bez kontrastu; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek lędźwiowy kręgosłupa, bez kontrastu; miednica, bez kontrastu; kończyna górna, badanie nieskierowane na stawy, bez kontrastu; którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej, bez kontrastu; kończyna dolna, badanie nieskierowane na stawy, bez kontrastu; którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej, bez kontrastu; jama brzuszna, bez kontrastu; oczodół, twarz i szyja, z kontrastem; mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu), z kontrastem; klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia), z kontrastem; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek szyjny kręgosłupa, z kontrastem; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek piersiowy kręgosłupa, z kontrastem; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek lędźwiowy kręgosłupa, z kontrastem; miednica, z kontrastem; kończyna górna, badanie nieskierowane na stawy, z kontrastem; którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej, z kontrastem; kończyna dolna, badanie nieskierowane na stawy, z kontrastem; którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej, z kontrastem; jama brzuszna, z kontrastem.

O UNIQA

UNIQA jest jedną z wiodących grup ubezpieczeniowych w Polsce i Europie. Oferuje ubezpieczenia majątkowe, komunikacyjne i na życie, zarówno dla klientów indywidualnych, jak i grupowych. Specjalizuje się w sprzedaży ubezpieczeń przez agentów oraz online, a także w omnikanałowej sprzedaży ubezpieczeń komunikacyjnych.

To stabilna i wiarygodna firma, za którą stoją liczby:

- obecna w 17 krajach
- 17 mln klientów w Europie
- jedna z wiodących firm ubezpieczeniowych w Europie Środkowej i Wschodniej
- 7,5 mln klientów w Polsce
- lider w ubezpieczeniach dla segmentu mieszkalnictwa

Skontaktuj się z nami:

22 599 95 22

* koszt połączenia według taryfy operatora

Centrala
UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa
www.uniqa.pl

Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się z agentem.

