



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Kod dokumentu: 1491_0817

Ogólne warunki

grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem

Spis treści

Zakres ubezpieczenia dla Ubezpieczonego	Indeks	Strona
1) Śmierć Ubezpieczonego	GNOW/17/06/01	3
2) Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNWU/17/06/01	12
3) Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	GNWK/17/06/01	13
4) Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy	GNPŚ/17/06/01	14
5) Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	GNZU/17/06/01	15
6) Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego	GNOD/17/06/01	16
7) Uszczerbek lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNUUC/17/06/01	17
8) Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	GNUZ/17/06/01	19
9) Niezdolność Ubezpieczonego do pracy	GNNU/17/06/01	20
10) Niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNWN/17/06/01	21
11) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu	GNCP/17/06/01	22
12) Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	GNCU/17/06/01	25
13) Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	GNLSU/17/06/01	29
14) Operacja medyczna Ubezpieczonego	GNOM/17/06/01	31
Zakres ubezpieczenia dla współmałżonka lub partnera		
15) Śmierć współmałżonka lub partnera	GNSWP/17/06/01	32
16) Śmierć współmałżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNSWPW/17/06/01	33
17) Śmierć współmałżonka lub partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego	GNWKWP/17/06/01	34
18) Śmierć współmałżonka lub partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	GNSWPZ/17/06/01	35
19) Uszczerbek lub uszkodzenia ciała współmałżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNUUCWP/17/06/01	36
20) Uszczerbek na zdrowiu współmałżonka lub partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	GNUWPZ/17/06/01	37
21) Pobyt współmałżonka lub partnera w szpitalu	GNPWP/17/06/01	38
22) Poważne zachorowanie współmałżonka lub partnera	GNCWP/17/06/01	41
23) Operacja medyczna współmałżonka lub partnera	GNOMW/17/06/01	44
Zakres ubezpieczenia dla dziecka		
24) Śmierć dziecka	GNSD/17/06/01	45
25) Śmierć dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNWD/17/06/01	46
26) Uszczerbek lub uszkodzenia ciała dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNUUCD/17/06/01	47
27) Pobyt dziecka w szpitalu	GNPWD/17/06/01	48
28) Poważne zachorowanie dziecka	GNCD/17/06/01	50
29) Leczenie specjalistyczne dziecka	GNLSD/17/06/01	54
30) Operacja medyczna dziecka	GNOMD/17/06/01	56
31) Urodzenie się dziecka	GNUD/17/06/01	57
32) Urodzenie się dziecka wymagającego leczenia	GNUDL/17/06/01	59
33) Urodzenie się martwego noworodka	GNSB/17/06/01	60

Zakres ubezpieczenia dla rodziców Ubezpieczonego lub rodziców współmałżonka

34) Śmierć rodziców Ubezpieczonego	GNSR/17/06/01	61
35) Śmierć rodziców Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNWSR/17/06/01	62
36) Śmierć rodziców współmałżonka	GNST/17/06/01	63
37) Śmierć rodziców współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNWST/17/06/01	64

Świadczenia opiekuńcze i medyczne

38) Świadczenia opiekuńcze dla Ubezpieczonego oraz jego rodziny AXA 24	GNŚO/17/06/01	65
39) Świadczenia medyczne i opiekuńcze dla Ubezpieczonego oraz jego rodziny AXA MEDI	GNAM/17/06/01	69

Załączniki

Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała	75
Tabela uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	83
Wykaz poważnych zachorowań	85
Katalog chorób zakaźnych	89
Tabela operacji medycznych	90
Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka	97
Tabela procedur medycznych	104

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem

INDEKS GNOW/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 3; § 15; § 43

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

§ 9 ust. 5; § 14 ust. 4, 5;
§ 18 ust. 1 w zw. z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia;
§ 19; § 20; § 36 ust. 1

I. UMOWA UBEZPIECZENIA

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem, zwane dalej OWU, stosuje się do *umów ubezpieczenia* zawieranych pomiędzy Stronami: AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A., zwanym dalej Towarzystwem, a *Ubezpieczającymi*.

Umowa ubezpieczenia

§ 2

Na treść *umowy ubezpieczenia* składają się następujące dokumenty:

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

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

Co Towarzystwo ubezpiecza i za co odpowiada?

§ 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *Ubezpieczonego*.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć *Ubezpieczonego* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
- Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony poprzez zawarcie *umów dodatkowych* na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia, zwanych dalej OWUD lub ubezpieczenia z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi w formie *Umowy dodatkowej z UFK*.

! Ubezpieczenie zapewnia szeroki wachlarz świadczeń, niezbędny w przypadku wystąpienia nagłych zdarzeń losowych czy problemów ze zdrowiem. Zakres świadczeń jest zawsze uzgadniany z *Ubezpieczającym* w zależności od potrzeb oraz specyfiki działalności *Ubezpieczającego*.

W jaki sposób zawierana jest umowa ubezpieczenia?

§ 4

- Przed zawarciem *umowy ubezpieczenia* Towarzystwo doręcza *Ubezpieczającemu* OWU oraz OWUD.
- Umowa ubezpieczenia* zawierana jest na podstawie złożonego przez *Ubezpieczającego*, poprawnie wypełnionego, pisemnego wniosku na formularzu Towarzystwa, stanowiącego ofertę zawarcia umowy.

3. Do wniosku należy załączyć:

- podpisane przez osoby zamierzające przystąpić do ubezpieczenia deklaracje;
- poprawnie wypełnioną listę osób przystępujących do *umowy ubezpieczenia*, lista powinna być wypełniona według wzoru wskazanego przez Towarzystwo;
- inne określone przez Towarzystwo dokumenty niezbędne do zawarcia *umowy ubezpieczenia* i objęcia ochroną ubezpieczeniową przystępujących do niej osób.

4. *Ubezpieczający* jest zobowiązany do złożenia ww. dokumentów najpóźniej w dniu poprzedzającym wnioskowaną datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej oraz do opłacenia składki należnej za wszystkich *Ubezpieczonych* we wskazanym przez Towarzystwo terminie.

! Podstawą zawarcia *umowy ubezpieczenia* jest poprawnie wypełniony wniosek. Do wniosku należy dołączyć deklaracje oraz listę osób przystępujących do ubezpieczenia. Wszystkie dokumenty powinny zostać złożone najpóźniej w dniu poprzedzającym wnioskowaną datę objęcia ochroną ubezpieczeniową.

- Jeżeli wniosek został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, *Ubezpieczający* jest zobowiązany do uzupełnienia wniosku bądź do sporządzenia nowego wniosku w terminie określonym przez Towarzystwo.
- Towarzystwo może nie zaakceptować wniosku i odmówić zawarcia *umowy ubezpieczenia*.
- W przypadku akceptacji wniosku Towarzystwo wystawia *polisę* lub dokument *umowy ubezpieczenia*, w którym potwierdzona zostaje data początku ochrony ubezpieczeniowej, i przekazuje je do *Ubezpieczającego*.

! Ubezpieczający może być poproszony o uzupełnienie wniosku albo wniosek może nie zostać zaakceptowany. Towarzystwo potwierdza zawarcie *umowy ubezpieczenia* polisą lub dokumentem *umowy ubezpieczenia*.

8. *Ubezpieczeni* mogą zostać podzieleni na *podgrupy*, w odniesieniu do których zróżnicowany jest zakres ubezpieczenia lub inne warunki ubezpieczenia. Kryterium podziału na *podgrupy* wymaga akceptacji Towarzystwa. Za zgodą Towarzystwa istnieje możliwość objęcia ochroną ubezpieczeniową danego *Ubezpieczonego* w ramach więcej niż jednej *podgrupy*.

! W ramach jednej *umowy ubezpieczenia* istnieje możliwość wyodrębnienia *podgrup*. Za zgodą Towarzystwa istnieje możliwość ubezpieczenia w ramach więcej niż jednej *podgrupy*.

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

§ 5

- Umowa ubezpieczenia* zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty początku ochrony ubezpieczeniowej określonej w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*.
- Po upływie każdego rocznego okresu trwania *umowy ubezpieczenia* *umowa ubezpieczenia* ulega przedłużeniu na kolejny roczny okres na tych samych warunkach, o ile żadna ze Stron nie postanowi inaczej. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy na kolejny okres

powinno być złożone drugiej Stronie na piśmie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki *umowa ubezpieczenia* została zawarta.

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

Czy warunki ubezpieczenia mogą ulec zmianie?

§ 6

1. Towarzystwo może zaproponować zmianę warunków *umowy ubezpieczenia*.
2. Propozycję zmiany warunków *umowy ubezpieczenia* na kolejny rok *polisy* Towarzystwo przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie, nie później niż 30 dni przed *rocznicą polisy*, wyznaczając Ubezpieczającemu 14-dniowy termin na złożenie oświadczenia o wyrażeniu zgody na zaproponowane warunki.
3. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 14 dni niełoży pisemnego oświadczenia o wyrażeniu zgody na zaproponowane przez Towarzystwo warunki ubezpieczenia, *umowa ubezpieczenia* nie ulegnie przedłużeniu i rozwiąże się w ostatnim dniu *roku polisy*.

! Przed każdą *rocznicą polisy* Towarzystwo może zaproponować zmianę warunków *umowy ubezpieczenia*. Jeśli Ubezpieczający niełoży oświadczenia o wyrażeniu zgody na nowe warunki, *umowa ubezpieczenia* rozwiąże się ostatniego dnia *roku polisy*.

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

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

II. TWOJE UBEZPIECZENIE

Kto może przystąpić do ubezpieczenia?

§ 7

1. Do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która w dniu podpisania deklaracji spełnia warunki określone w definicji *Ubezpieczonego*.
2. Towarzystwo ma prawo odmówić zgody na przystąpienie do *umowy ubezpieczenia*. O odmowie zgody na przystąpienie do ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego.

Od kiedy jest świadczona ochrona względem Ubezpieczonego?

§ 8

1. Ochrona ubezpieczeniowa względem danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od pierwszego dnia *miesiąca polisy* następującego po łącznym spełnieniu następujących warunków:
 - 1) została opłacona przez Ubezpieczającego składka w należnej wysokości za Ubezpieczonego;
 - 2) została przekazana do Towarzystwa poprawnie wypełniona i podpisana deklaracja;
 - 3) osoba przystępująca do ubezpieczenia została wskazana na poprawnie wypełnionej i przekazanej do Towarzystwa liście osób przystępujących do *umowy ubezpieczenia*;
 - 4) zostały przekazane inne określone przez Towarzystwo dokumenty niezbędne do objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - 5) została dokonana ocena ryzyka ubezpieczeniowego względem osoby przystępującej do ubezpieczenia, o ile *polisa* lub dokument *umowy ubezpieczenia* nie wskażą inaczej.
2. Początek ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczonego potwierdzany jest w informacji przekazanej Ubezpieczającemu przez Towarzystwo pisemnie lub w formie elektronicznej.

! Początek ochrony względem danego Ubezpieczonego rozpoczyna się pierwszego dnia *miesiąca polisy*, pod warunkiem że najpóźniej w dniu poprzedzającym początek ochrony ubezpieczeniowej zostanie opłacona składka za danego Ubezpieczonego oraz zostaną spełnione warunki, o których jest mowa powyżej.

Jak przebiega i na czym polega ocena ryzyka ubezpieczeniowego?

§ 9

1. Względem każdej osoby zgłoszonej do ubezpieczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym żądania:
 - 1) udzielenia informacji o stanie zdrowia w zakresie zawartym w deklaracji, ankiecie medycznej lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*;
 - 2) dostarczenia dodatkowych dokumentów dotyczących stanu zdrowia;
 - 3) skierowania na badania medyczne, z wyłączeniem badań genetycznych. Koszty badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
2. Ocena ryzyka ubezpieczeniowego dotyczy w szczególności osoby, która:
 - 1) w dacie podpisania deklaracji przebywa na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14-dniowe;
 - 2) objęta jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej *umowy grupowego ubezpieczenia* na życie lub *umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia* na życie, zawartej z Towarzystwem;
 - 3) jest *Ubezpieczonym bliskim*;
 - 4) jest związana z Ubezpieczającym stosunkiem prawnym innym niż stosunek pracy.
3. Po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w odniesieniu do danej osoby zgłoszonej do ubezpieczenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:
 - 1) zaproponowania zmiany zakresu ubezpieczenia;
 - 2) zaproponowania podwyższenia składki należnej za osobę zgłoszoną do ubezpieczenia;
 - 3) obniżenia *sumy ubezpieczenia* w ramach *umowy podstawowej* lub *poszczególnych umów dodatkowych*;
 - 4) odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - 5) określenia daty, od której ochrona ubezpieczeniowa może być świadczona.
4. O powyższych zmianach Towarzystwo informuje osobę zgłoszoną do ubezpieczenia za pośrednictwem Ubezpieczającego.
5. Jeśli Towarzystwo wyraziło zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia osoby, która w dacie podpisania deklaracji przebywa na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14-dniowe, wówczas do czasu zakończenia zwolnienia lekarskiego ochrona ubezpieczeniowa z tytułu *umowy podstawowej* i *umów dodatkowych* ograniczona jest do zdarzeń, które spowodowane zostały wyłącznie *nieszczęśliwym wypadkiem*.

! Każda osoba przystępująca do ubezpieczenia może podlegać ocenie ryzyka ubezpieczeniowego. W szczególności dotyczy to osób, które w dacie podpisania deklaracji przebywają na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14-dniowe. W celu dokonania oceny ryzyka Towarzystwo może wymagać przedstawienia dodatkowej dokumentacji medycznej przez wszystkie osoby przystępujące do ubezpieczenia. Na podstawie ankiet i dokumentacji medycznej, o ile jest ona w ocenie Towarzystwa niezbędna, Towarzystwo podejmuje decyzję o objęciu lub odmowie objęcia ochroną danej osoby.

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

§ 10

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu *umowy podstawowej* wygasa:
 - 1) w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych:
 - a) w dniu rozwiązania *umowy podstawowej*,
 - b) z upływem 1 miesiąca, licząc od końca okresu, za który została opłacona ostatnia składka należna za wszystkich Ubezpieczonych, jednak nie wcześniej niż z upływem 7-dniowego dodatkowego terminu na dokonanie zapłaty, wskazanego przez Towarzystwo w zwązaniu do uzupełnienia zaległości,
 - c) w dniu odstąpienia przez Ubezpieczającego od *umowy podstawowej*,
 - d) w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, jeżeli *umowa podstawowa* została rozszerzona o ubezpieczenie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi w formie *Umowy dodatkowej z UFK*;
 - 2) w stosunku do danego Ubezpieczonego:
 - a) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - b) z upływem ostatniego dnia *miesiąca polisy*, w którym rozwiązany został lub wygasł stosunek prawny, łączący Ubezpieczonego głównego z Ubezpieczającym, określony w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*,
 - c) z upływem ostatniego dnia *miesiąca polisy*, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu lub Towarzystwu oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia,
 - d) z upływem ostatniego dnia *roku polisy*, w którym Ubezpieczony ukończył 70. rok życia,
 - e) z upływem ostatniego dnia *roku polisy*, jeżeli Ubezpieczony nie wyraził zgody na zmianę warunków *umowy ubezpieczenia*,
 - f) względem Ubezpieczonego bliskiego, wraz z wygaśnięciem ochrony względem Ubezpieczonego głównego,

g) z upływem ostatniego dnia *miesiąca polisy*, w którym wysokość składki należnej za danego *Ubezpieczonego* ulega obniżeniu poniżej minimalnej wysokości składki określonej w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik do niniejszych OWU.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do *Ubezpieczonego głównego* może zostać przedłużona o 1 *miesiąc polisy* po ustaniu stosunku prawnego łączącego *Ubezpieczonego głównego* z *Ubezpieczającym* w przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składek. Wraz z przedłużeniem ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do *Ubezpieczonego głównego* przedłużeniu może ulec ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do *Ubezpieczonego bliskiego*. Warunkiem przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej jest opłacenie składki należnej za danego *Ubezpieczonego* za ten miesiąc.
3. Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego *Ubezpieczonego* w okresie obowiązywania *umowy ubezpieczenia* nie zwalnia *Ubezpieczającego* z obowiązku opłacenia składki należnej za tego *Ubezpieczonego* za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego *Ubezpieczonego* w okresie obowiązywania *umowy ubezpieczenia* składka należna za tego *Ubezpieczonego* wplacona za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej, nie podlega zwrotowi.
5. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu *umowy podstawowej* ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich *umów dodatkowych* wygasa w tym samym terminie.

! Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w określonych sytuacjach. Należy pamiętać, że ochrona wygasa po upływie 1 miesiąca, licząc od końca okresu, za który została opłacona ostatnia składka należna za wszystkich *Ubezpieczonych*, nie wcześniej niż z upływem 7-dniowego dodatkowego terminu na dokonanie zapłaty. W tym czasie ochrona ubezpieczeniowa będzie trwała, jednocześnie składka za ten okres będzie należna. Inną sytuacją, w której ochrona wygasa, jest ustanie stosunku prawnego łączącego *Ubezpieczonego głównego* z *Ubezpieczającym*. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa będzie trwała do końca miesiąca, w którym ten stosunek ustał. Dopuszcza się przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej o 1 miesiąc po ustaniu stosunku prawnego łączącego *Ubezpieczonego głównego* z *Ubezpieczającym* w przypadku miesięcznej częstotliwości opłacania składek, pod warunkiem opłacenia składki za danego *Ubezpieczonego* za ten miesiąc.

III. SKŁADKA I SUMA UBEZPIECZENIA

W jaki sposób ustalana jest wysokość składki i sumy ubezpieczenia?

§ 11

1. Wysokość składki należnej za danego *Ubezpieczonego* ustala się na podstawie taryfy składek obowiązującej w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku. Wysokość składki za danego *Ubezpieczonego* określa Towarzystwo w zależności od:
 - 1) wysokości *sumy ubezpieczenia*;
 - 2) zakresu ubezpieczenia;
 - 3) częstotliwości opłacania składek;
 - 4) liczby, struktury zawodowej, wieku i płci osób przystępujących do ubezpieczenia;
 - 5) charakteru działalności prowadzonej przez *Ubezpieczającego*;
 - 6) informacji o ryzyku ubezpieczeniowym, zawartych w deklaracjach i innych dokumentach ubezpieczeniowych.
2. Wysokość składki należnej za danego *Ubezpieczonego* jest określana w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*.

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

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

W jaki sposób opłacana jest składka?

§ 12

1. *Ubezpieczający* opłaca składkę należną za wszystkich *Ubezpieczonych* z częstotliwością miesięczną. Na wniosek *Ubezpieczającego* składka może być opłacana z częstotliwością kwartalną, półroczną lub roczną.
2. Składka opłacana jest przez *Ubezpieczającego* na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa w pełnej wymaganej kwocie z góry – przed rozpoczęciem *miesiąca polisy*, za który składka za wszystkich *Ubezpieczonych* jest należna, lub w terminie wskazanym przez Towarzystwo potwierdzonym w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*.

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

Jakie są konsekwencje nieopłacenia składki?

§ 13

1. Składkę uważa się za nieopłaconą, gdy:

- 1) wysokość opłaconej składki za wszystkich *Ubezpieczonych* jest niższa od składki należnej za wszystkich *Ubezpieczonych* znajdujących się na liście osób ubezpieczonych;
 - 2) składka należna za wszystkich *Ubezpieczonych* nie została opłacona na właściwy rachunek Towarzystwa;
 - 3) składka należna za wszystkich *Ubezpieczonych* nie została opłacona w terminie wymagalności wskazanym w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*.
2. W przypadku zaległości w opłaceniu całości lub części składki należnej za wszystkich *Ubezpieczonych* Towarzystwo wezwie *Ubezpieczającego* do uzupełnienia zaległości, wskazując w wezwaniu 7-dniowy dodatkowy termin na dokonanie zapłaty oraz informując o skutkach nieopłacenia składki, to jest:
 - 1) wygaśnięciu ochrony w stosunku do *Ubezpieczonych* z upływem 1 miesiąca, licząc od końca okresu, za który została opłacona ostatnia składka należna za wszystkich *Ubezpieczonych*, jednak nie wcześniej niż z upływem wyżej wskazanego 7-dniowego dodatkowego terminu;
 - 2) uznaniu *umowy ubezpieczenia* za wypowiedzianą przez *Ubezpieczającego* – *umowa ubezpieczenia* rozwiązuje się z upływem 3. miesiąca zaległości w opłacaniu składki należnej za wszystkich *Ubezpieczonych*, licząc od końca okresu, za który została opłacona ostatnia składka, nie wcześniej niż z upływem 7-dniowego dodatkowego terminu na dokonanie zapłaty, z tym że nie później niż z końcem okresu, na jaki *umowa ubezpieczenia* została zawarta, o ile *umowa podstawowa* nie została rozszerzona o ubezpieczenie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi w formie *Umowy dodatkowej z UFK*.
 3. W przypadku zaległości w opłaceniu składki należnej za wszystkich *Ubezpieczonych* opłacane kwoty przeznaczone są w pierwszej kolejności na pokrycie zaległości.

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

Zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej względem danego Ubezpieczonego

§ 14

1. *Ubezpieczający* może zawiesić opłacanie składki należnej za wskazanego *Ubezpieczonego głównego* pod warunkiem:
 - 1) wskazania *Ubezpieczonego głównego*, względem którego ochrona ma ulec zawieszeniu, na liście osób, względem których ochrona zostaje zawieszona;
 - 2) uzyskania zgody Towarzystwa na zawieszenie.
2. Zawieszenie jest możliwe w przypadku:
 - 1) urlopu wychowawczego;
 - 2) urlopu macierzyńskiego;
 - 3) innym, jeżeli Towarzystwo wyraziło zgodę.
3. Zawieszenie następuje z datą wnioskowaną przez *Ubezpieczonego głównego*, jednak nie wcześniej niż od pierwszego dnia *miesiąca polisy* następującego po dokonaniu zgłoszenia *Ubezpieczonego głównego* jako osoby, względem której ochrona ma ulec zawieszeniu.
4. Od dnia zawieszenia opłacania składki należnej za danego *Ubezpieczonego głównego* w stosunku do *Ubezpieczonego głównego* zawieszona zostaje ochrona ubezpieczeniowa z tytułu *umowy podstawowej* i wszystkich *umów dodatkowych*.
5. W przypadku zawieszenia ochrony względem *Ubezpieczonego głównego* zostaje również zawieszona ochrona względem *Ubezpieczonego bliskiego*.
6. W przypadku gdy ochrona ubezpieczeniowa została zawieszona, Towarzystwo wznowi ochronę ubezpieczeniową od najbliższego *miesiąca polisy* po upływie ustalonego okresu zawieszenia opłacania składki za danego *Ubezpieczonego głównego* pod warunkiem:
 - 1) wskazania przez *Ubezpieczającego* *Ubezpieczonego głównego*, którego ochrona ma być wznowiona, na liście osób, w stosunku do których ochrona ubezpieczeniowa ma zostać wznowiona;
 - 2) opłacenia składki za wskazanego *Ubezpieczonego głównego*, której opłacanie było zawieszane.
7. Wraz ze wznowieniem ochrony względem *Ubezpieczonego głównego* istnieje możliwość wznowienia ochrony względem *Ubezpieczonego bliskiego*, pod warunkiem:
 - 1) wskazania przez *Ubezpieczającego* *Ubezpieczonego bliskiego*, dla którego ochrona ma być wznowiona, na liście osób, w stosunku do których ochrona ubezpieczeniowa ma zostać wznowiona;

- 2) opłacenia składki za wskazanego *Ubezpieczonego bliskiego*, której opłacanie było zawieszona.

! Za zgodą Towarzystwa i we wskazanych sytuacjach możliwe jest zawieszenie opłacania składki za danego *Ubezpieczonego głównego*. Wraz z zawieszeniem opłacania składki za *Ubezpieczonego głównego* zostaje zawieszona opłacanie składki za *Ubezpieczonego bliskiego*.

IV. ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE

Świadczenie z tytułu umowy podstawowej

§ 15

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

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

Uposażony

§ 16

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

Wypłata świadczenia

§ 17

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

9. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym osobę zgłaszającą roszczenie oraz *Ubezpieczonego*, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując okoliczności i podstawę prawną, uzasadniające odmowę wypłaty świadczenia lub wypłacenie go w innej wysokości niż wynikająca ze zgłoszonego roszczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

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

V. ZA CO TOWARZYSTWO NIE ODPOWIADA?

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

Kiedy ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona?

§ 18

1. W *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia* może być określona *karencja*.
2. *Karencji* nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane zostało *nieszczęśliwym wypadkiem*, zaistniałym w okresie udzielania ochrony z tytułu niniejszej *umowy ubezpieczenia*.

Kiedy świadczenie nie zostanie wypłacone?

§ 19

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie *umowy podstawowej* oraz *umów dodatkowych*, spowodowane zostało wskutek:
 - 1) świadomego i dobrowolnego uczestnictwa *Ubezpieczonego* w działaniach wojennych, zbrojnych, w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) popełnionego przez *Ubezpieczonego* samobójstwa, w okresie dwóch lat od daty objęcia *Ubezpieczonego* ochroną ubezpieczeniową.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie *umów dodatkowych* spowodowane zostało wskutek:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia *Ubezpieczonego* na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 2) choroby AIDS lub zakażenia *Ubezpieczonego* wirusem HIV;
 - 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego i radioaktywnego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli *nieszczęśliwy wypadek* będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia na podstawie *umów dodatkowych* jest następstwem:
 - 1) spożycia przez *Ubezpieczonego* alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³; niezaleconego przez lekarza zażycia leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych; poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 2) usiłowania popełnienia lub umyślnego popełnienia przez *Ubezpieczonego* czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 3) udziału *Ubezpieczonego* w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: wszelkich sportach lotniczych, wspinaczce, speleologii, skokach na linie, nurkowaniu z użyciem specjalistycznego sprzętu, sportach motorowych i motorowodnych, jeździe quadami, jeździe off-road, sportach spadochronowych, sportach walki oraz udziału *Ubezpieczonego* we wszelkiego rodzaju wyścigach, rozumianych jako forma rywalizacji sportowej w celu osiągnięcia nagrody lub wyniku sportowego i organizowanych przez jednostki uprawnione na podstawie przepisów prawa, poza lekką atletyką i pływaniami;
 - 4) pełnienia przez *Ubezpieczonego* służby wojskowej;
 - 5) prowadzenia przez *Ubezpieczonego* pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli *Ubezpieczony* nie posiadał odpowiednich uprawnień do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał wymaganego przepisami świadectwa kwalifikacyjnego;

- 6) nieprzestrzegania przez *Ubezpieczonego* przepisów z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych lub regulaminu pracy, w przypadku gdy zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenia określone jako spowodowane *wypadkiem przy pracy*.
4. W przypadku gdy przedmiotem ubezpieczenia z tytułu *umowy dodatkowej* jest życie lub zdrowie innych osób niż *Ubezpieczony*, postanowienia ust. 1–3 stosuje się odpowiednio do: *współmałżonka, partnera, rodziców Ubezpieczonego, rodziców współmałżonka, dziecka*.
5. W przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie *umów dodatkowych* spowodowane zostało *nieszczęśliwym wypadkiem*, świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że zdarzenie to wystąpiło przed upływem 12 miesięcy od daty *nieszczęśliwego wypadku*.

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

Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji

§ 20

1. *Ubezpieczający* jest zobowiązany podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku ubezpieczeniowym albo przed zawarciem *umowy ubezpieczenia* w innych pismach. Jeżeli *Ubezpieczający* zawiera *umowę ubezpieczenia* przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo *umowy ubezpieczenia* mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W przypadku zawarcia *umowy ubezpieczenia* na cudzy rachunek obowiązki określone w niniejszym paragrafie spoczywają zarówno na *Ubezpieczającym*, jak i na *Ubezpieczonym*.
3. W przypadku ujawnienia, że przed objęciem ochroną ubezpieczeniową podano wiadomości nieprawdziwe, a zwłaszcza zatajona została choroba *Ubezpieczonego*, Towarzystwo, w okresie pierwszych trzech lat od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową danego *Ubezpieczonego*, nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.
4. Powyższe postanowienia stosuje się odpowiednio przy podwyższeniu sumy ubezpieczenia.

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

VI. OBOWIĄZKI

Jakie są obowiązki *Ubezpieczającego* względem Towarzystwa?

§ 21

1. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do informowania Towarzystwa o zmianach swoich danych kontaktowych i adresowych.
2. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do przekazania Towarzystwu wszystkich danych niezbędnych do należytego wykonywania postanowień *umowy ubezpieczenia*, w szczególności do przekazywania danych osób przystępujących do ubezpieczenia, danych osób, względem których ochrona ubezpieczeniowa nie będzie kontynuowana, jak również danych osób, względem których ochrona ubezpieczeniowa ma ulec zawieszeniu lub wznowieniu – do końca miesiąca poprzedzającego *miesiąc polisy*, od którego zmiany mają być skuteczne.
3. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do terminowego opłacenia składki za wszystkich *Ubezpieczonych* znajdujących się na liście osób ubezpieczonych.

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

Jakie są obowiązki *Ubezpieczającego* względem *Ubezpieczonych*?

§ 22

1. *Ubezpieczający* przekazuje osobom zainteresowanym, przed przystąpieniem do *umowy ubezpieczenia* lub wyrażeniem zgody na finansowanie składki (w przypadku gdy koszt składki jest finansowany przez *Ubezpieczonego*), na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym *trwałym nośniku* warunki *umowy ubezpieczenia*.

2. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do przekazania *Ubezpieczonym*, na piśmie lub – jeżeli *Ubezpieczony* wyrazi na to zgodę – na innym *trwałym nośniku* informacji o:

- 1) zmianach warunków *umowy ubezpieczenia* lub prawa właściwego dla zawartej *umowy ubezpieczenia* wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej *umowy ubezpieczenia* – przed wyrażeniem przez *Ubezpieczającego* zgody na zmianę warunków *umowy ubezpieczenia* lub prawa właściwego dla *umowy ubezpieczenia*;
- 2) wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej *umowy ubezpieczenia*, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania *umowy ubezpieczenia* – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po ich przekazaniu przez Towarzystwo *Ubezpieczającemu*;
- 3) zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia, w przypadku gdy z *umowy ubezpieczenia* przysługuje świadczenie ustalane na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po ich przekazaniu przez Towarzystwo *Ubezpieczającemu*;
- 4) w przypadku gdy *umowa ubezpieczenia* została rozszerzona o *umowę dodatkową* ubezpieczenia z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi w formie *Umowy dodatkowej z UFK* – *Ubezpieczający* zobowiązany jest do przekazania osobom zainteresowanym, przed przystąpieniem do *umowy ubezpieczenia*, na piśmie lub – jeżeli *Ubezpieczający* wyrazi na to zgodę – na innym *trwałym nośniku* podstawowych informacji dotyczących tej umowy.

Jakie są obowiązki Towarzystwa?

§ 23

Towarzystwo jest zobowiązane do:

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

Jakie są obowiązki *Ubezpieczonego*?

§ 24

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

VII. REZYGNACJA, WYPOWIEDZENIE, ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Kiedy *Ubezpieczający* może odstąpić od umowy ubezpieczenia?

§ 25

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

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

Kiedy *Ubezpieczony* może zrezygnować z umowy ubezpieczenia?

§ 26

Ubezpieczony ma prawo w każdej chwili zrezygnować z ubezpieczenia, składając *Ubezpieczającemu* lub Towarzystwu oświadczenie o rezygnacji, w formie pisemnej lub innej zaakceptowanej przez Towarzystwo, która powoduje zakończenie odpowiedzialności z upływem okresu, za jaki opłacono ostatnią składkę należną za danego *Ubezpieczonego*.

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

Kiedy umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu?

§ 27

Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:

- 1) na skutek wypowiedzenia jej przez *Ubezpieczającego* – z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia;
- 2) z upływem okresu, na jaki została zawarta:
 - a) jeżeli Strony nie przedłużyły okresu jej obowiązywania,

- b) jeżeli Strony nie uzgodniły warunków zmiany umowy ubezpieczenia do rocznicy polisy,
- c) jeżeli liczba Ubezpieczonych, którzy wyrazili zgodę na zmianę warunków umowy ubezpieczenia zaproponowaną przez Towarzystwo lub Ubezpieczającego, jest niższa od minimalnej liczby Ubezpieczonych określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, chyba że Towarzystwo i Ubezpieczający w drodze negocjacji ustalą inaczej;
- 3) z upływem 3 miesięcy, licząc od końca okresu, za który została opłacona ostatnia składka należna za wszystkich Ubezpieczonych, jeżeli nie została ona zapłacona w dniu wymagalności składki, mimo uprzedniego wezwania przez Towarzystwo do jej zapłaty w terminie nie krótszym niż 7 dni, o ile umowa podstawowa nie została rozszerzona o ubezpieczenie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi w formie Umowy dodatkowej z UFK;
- 4) wskutek zawieszenia lub zaprzestania prowadzenia działalności przez Ubezpieczającego – z dniem zawieszenia działalności przez Ubezpieczającego lub wykreślenia Ubezpieczającego z właściwego rejestru bądź ewidencji.

Kiedy można wypowiedzieć umowę ubezpieczenia?

§ 28

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

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

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

Zmiana umowy ubezpieczenia

§ 29

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

Zmiana zakresu i sum ubezpieczenia względem Ubezpieczonego

§ 30

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

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

VIII. UMOWY DODATKOWE

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

Jakie definicje mają zastosowanie w poszczególnych umowach dodatkowych?

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

W jaki sposób zawierana jest umowa dodatkowa?

§ 31

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

Wszystkie umowy dodatkowe mogą zostać zawarte jako rozszerzenie umowy podstawowej.

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

§ 32

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

Kiedy można wypowiedzieć umowę dodatkową?

§ 33

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

W jaki sposób rozwiązuje się umowa dodatkowa?

§ 34

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, a także:

- z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową;
- z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe, jeżeli umowa podstawowa została rozszerzona o ubezpieczenie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi w formie Umowy dodatkowej z UFK.

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

§ 35

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

Kiedy ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona?

§ 36

- W umowach dodatkowych mogą mieć zastosowanie karencje, które są określone w polisie lub w dokumencie umowy ubezpieczenia.
- Karencji nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane zostało nieszczęśliwym wypadkiem, zaistniałym w okresie udzielania ochrony z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia.

Postanowienia końcowe

§ 37

W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

IX. KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

§ 38

- Ubezpieczonemu głównemu przysługuje prawo przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem dla osób kontynuujących ubezpieczenie na warunkach zaproponowanych przez Towarzystwo, w przypadku gdy jest spełniony jeden z poniższych warunków:
 - ustanie określonego w polisie lub w dokumencie umowy ubezpieczenia stosunku prawnego, łączącego go z Ubezpieczającym;
 - wystąpienie z ubezpieczenia w związku z urlopem wychowawczym, macierzyńskim lub urlopem bezpłatnym;
 - wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z powodu ukończenia przez Ubezpieczonego głównego wieku określonego umową ubezpieczenia;
 - zaprzestanie prowadzenia działalności przez Ubezpieczającego.

2. Przystąpienie do grupowego ubezpieczenia na życie dla osób kontynuujących jest możliwe pod warunkiem, że:

- 1) bezpośrednio przed przystąpieniem do grupowego ubezpieczenia na życie dla osób kontynuujących *Ubezpieczony główny* objęty był przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie udzielaną przez Towarzystwo nieprzerwanie przez okres co najmniej 3 miesięcy; do okresu tego wlicza się również czas udzielanej *Ubezpieczonemu głównemu* ochrony z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez *Ubezpieczającego* z innym ubezpieczycielem;
 - 2) *Ubezpieczony główny* przekazał Towarzystwu podpisaną oraz prawidłowo wypełnioną deklarację uczestnictwa w grupowym ubezpieczeniu na życie dla osób kontynuujących grupowe ubezpieczenie Ochrona z Plusem, zwaną dalej deklaracją kontynuacyjną – w terminie 1 miesiąca od daty zakończenia ochrony z tytułu *umowy ubezpieczenia*; w przypadku przekazania Towarzystwu deklaracji kontynuacyjnej po upływie terminu wskazanego w zdaniu pierwszym, nie później jednak niż w terminie 6 miesięcy od daty zakończenia ochrony z tytułu *umowy ubezpieczenia*, Towarzystwo może zaakceptować taką deklarację na warunkach odmiennych niż w przypadku przekazania deklaracji w terminie wskazanym w zdaniu pierwszym, które zostaną wskazane przez Towarzystwo;
 - 3) składka należna za danego *Ubezpieczonego głównego* została opłacona w pełnej wysokości.
3. Jednocześnie z nabyciem prawa przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie dla osób kontynuujących ubezpieczenie przez *Ubezpieczonego głównego* prawo takie przysługuje również *Ubezpieczonemu bliskiemu*.

! *Ubezpieczony główny* może kontynuować ubezpieczenie na warunkach zaproponowanych przez Towarzystwo, jeżeli był ubezpieczony w ramach ubezpieczenia grupowego w Towarzystwie przez ostatnie 3 miesiące. Do wymaganego 3-miesięcznego okresu zalicza się również okres ubezpieczenia na życie u poprzednich ubezpieczycieli bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy grupowego ubezpieczenia zawartej pomiędzy Towarzystwem a *Ubezpieczającym*. Aby przystąpienie do ubezpieczenia było możliwe, poza 3-miesięcznym okresem ubezpieczenia powinien być spełniony przynajmniej jeden z poniższych warunków:

- 1) ustanie stosunku prawnego z *Ubezpieczającym*;
- 2) zaprzestanie prowadzenia działalności przez *Ubezpieczającego*;
- 3) ukończenie wieku określonego w *umowie ubezpieczenia*;
- 4) wystąpienie *Ubezpieczonego głównego* z ubezpieczenia w związku z przebywaniem na urlopie wychowawczym, macierzyńskim lub bezpłatnym.

Do ubezpieczenia może przystąpić *Ubezpieczony bliski*, który był wraz z *Ubezpieczonym głównym* ubezpieczony w formie grupowej, pod warunkiem że zaszła względem *Ubezpieczonego głównego* jedna z przesłanek opisanych powyżej.

X. REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA

Reklamacje, skargi i zażalenia

§ 39

1. Reklamacja to wystąpienie, w tym skarga i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Reklamacje można składać Towarzystwu w następujący sposób:
 - 1) w formie pisemnej – drogą pocztową na adres siedziby Towarzystwa: AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo osobiście w siedzibie Towarzystwa;
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: skargi.odwolania@axa.pl;
 - 3) ustnie – telefonicznie pod numerami 22 555 00 00 lub 801 200 200 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa.
3. Reklamacje wnosi się do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
4. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
5. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej albo pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, w wniosku osoby składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
6. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w przypadku wyboru takiej formy kontaktu).
7. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie wyśle informację o przyczynie niemożności rozpatrzenia

reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.

9. Jeżeli osoba składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Osoba składająca reklamację może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu, według właściwości określonej w § 40 ust. 1 i 2.
10. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
11. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

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

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

Sąd właściwy do rozpatrywania sporów

§ 40

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

XI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE ORAZ INFORMACJA O PRZEPISACH PODATKOWYCH

Postanowienia końcowe

§ 41

1. Za zgodą Stron do *umowy ubezpieczenia* mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od niniejszych OWU.
2. Wprowadzenie postanowień, o których mowa w ust. 1, wymaga pisemnej akceptacji przez obie Strony umowy pod rygorem nieważności.
3. O ile OWU nie wymagają zachowania formy pisemnej, Strony mogą składać oświadczenia i zawiadomienia dotyczące *umowy ubezpieczenia* z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość.
4. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane będą na stronie internetowej Towarzystwa.
5. Integralną część niniejszych OWU stanowi Formularz do OWU, czyli informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Informacje o przepisach podatkowych

§ 42

1. Zasady opodatkowania podatkiem dochodowym kwot otrzymanych przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie określa ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
2. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie są wolne od podatku, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia, w przypadku ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi.
3. Kwoty otrzymane przez osoby prawne z tytułu ubezpieczeń na życie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób prawnych zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

XII. DEFINICJE

Co oznaczają poszczególne pojęcia?

§ 43

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

- 1) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 2) **dzień wymagalności składki** – określony w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia* dzień, w którym należna jest Towarzystwu składka za wszystkich *Ubezpieczonych*;
- 3) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione *Ubezpieczonego*, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25. roku życia; w zakresie dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek *pobytu*

- dziecko w szpitalu* w celu leczenia choroby pod pojęciem *dziecka* rozumie się dziecko, które ukończyło 1. rok życia i nie ukończyło 25. roku życia;
- 4) **ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowana przez Światową Organizację Zdrowia;
 - 5) **karencja** – okres, w którym odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona lub wyłączona;
 - 6) **lekarz specjalista** – lekarz specjalista, uwzględniony w wykazie specjalności lekarskich w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (m.in. alergolog, anestezjolog, chirurg klatki piersiowej, chirurg naczyniowy, chirurg ogólny, dermatolog, diabetolog, endokrynolog, gastrolog, ginekolog, hematolog, kardiolog, nefrolog, neurochirurg, neurolog, okulista, onkolog, ortopeda, otolaryngolog, proktolog, pulmonolog, reumatolog, urolog);
 - 7) **miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, określonym w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
 - 8) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia *Ubezpieczonego* oraz odpowiednio – w zależności od przedmiotu ubezpieczenia wskazanego w *umowie dodatkowej – współmałżonka* lub *partnera*, *dziecka*, *rodzica Ubezpieczonego*, *rodzica współmałżonka*; *zawału serca*, *udar mózgu* i innych *chorób*, nawet występujących nagle, nie uważa się za *nieszczęśliwy wypadek*; za *nieszczęśliwy wypadek* nie uznaje się także następstw zdrowotnych przezięczenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia;
 - 9) **niezdolność do pracy** – całkowita niezdolność *Ubezpieczonego* do wykonywania jakiegokolwiek pracy, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, o ile zgodnie z wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez *Ubezpieczonego* zdolności do pracy;
 - 10) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów powstałe w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*;
 - 11) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej/Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub jakiegokolwiek kraju Unii Europejskiej, wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru; w rozumieniu OWUD za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK) rozumiany jako wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny funkcjonujący w obrębie oddziału, kliniki kardiologicznej lub oddziału internistycznego o profilu kardiologicznym, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań kardiologicznych; w rozumieniu OWUD za OIOK uznaje się również samodzielną jednostkę organizacyjną (oddział), jeżeli funkcjonuje w obrębie monopoflowanych kardiologicznych jednostek opieki zdrowotnej o najwyższym stopniu referencyjności (instytutu); pobyt na OIOK/OINK powinien być udokumentowany w karcie wypisu ze *szpitala* bądź poświadczony przez właściwego kierownika kliniki lub oddziału szpitalnego; w rozumieniu OWUD za OIOK uznaje się: sali „R”, oddziału rehabilitacji kardiologicznej oraz sal nadzoru pooperacyjnego, znajdujących się w obrębie oddziałów klinik kardiologicznych;
 - 12) **operacja medyczna** – zabieg medyczny przeprowadzony przez lekarza w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym, w trakcie pobytu *Ubezpieczonego* w *placówce medycznej*, wymieniony w Tabeli operacji medycznych.
Wyróżnia się następujące rodzaje *operacji medycznych*:
 - a) *operacja medyczna* metodą endoskopową – zabieg chirurgiczny polegający na takim otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub narządów wewnętrznych, które uniemożliwia czynności, określone w terminologii medycznej jako *rękoczyn*, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,
 - b) *operacja medyczna* metodą otwartą – zabieg chirurgiczny polegający na otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych połączony z czynnościami, określonymi w terminologii medycznej jako *rękoczyn*, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,
 - c) *operacja medyczna* metodą zamkniętą – zabieg chirurgiczny bez otwierania jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych (zabiegi przezskórne, przeznaczyniowe, z użyciem endoskopu); jeżeli w Tabeli operacji medycznych nie jest sprecyzowane, jaką metodą dana *operacja medyczna* jest wykonywana, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za *operację medyczną* wykonaną metodą otwartą lub endoskopową;
 - 13) **partner** – osoba fizyczna wskazana w deklaracji, pozostająca w dniu złożenia deklaracji w trwałym wspólnym pożyciu z *Ubezpieczonym* oraz prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, która w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia; za *partnera* nie uznaje się osoby spokrewnionej z *Ubezpieczonym*, tj. pozostającej w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa lub przysposobienia; osobę spełniającą powyższe warunki uznaje się za *partnera*, pod warunkiem że zarówno *Ubezpieczony*, jak i ta osoba nie pozostają w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; wskazanie *partnera* możliwe jest w momencie przystąpienia do ubezpieczenia ze skutkiem od dnia przystąpienia lub w trakcie roku polisowego ze skutkiem od najbliższej *rocznicy polisy*; zmiana wskazania osoby jako *partnera* jest skuteczna od najbliższej *rocznicy polisy*;
 - 14) **Partner Medyczny AXA** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach *umowy ubezpieczenia*;
 - 15) **placówka medyczna** – działająca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej 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, na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za *placówkę medyczną* nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, w szczególności od: alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
 - 16) **podgrupa** – grupa *Ubezpieczonych* wyodrębniona ze względu na zaakceptowane przez Towarzystwo kryterium, w szczególności zakres ubezpieczenia;
 - 17) **polisa** – dokument wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie *umowy ubezpieczenia* oraz warunki tej umowy, w tym wysokości *sum ubezpieczenia*;
 - 18) **rekonwalescencja** – okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w *szpitalu*, służący powrotowi *Ubezpieczonego* do zdrowia;
 - 19) **rocznica polisy** – dzień w każdym roku kalendarzowym obowiązywania *umowy ubezpieczenia*, odpowiadający dacie początku ochrony ubezpieczeniowej, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony;
 - 20) **rodzic Ubezpieczonego** – matka lub ojciec *Ubezpieczonego* w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za *rodzica Ubezpieczonego* uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) żoną ojca *Ubezpieczonego* lub wdową po ojcu *Ubezpieczonego*, o ile po śmierci ojca *Ubezpieczonego* nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - b) mężem matki *Ubezpieczonego* lub wdowcem po matce *Ubezpieczonego*, o ile po śmierci matki *Ubezpieczonego* nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
 - 21) **rodzic współmałżonka** – matka lub ojciec *współmałżonka* w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za *rodzica współmałżonka* uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) żoną ojca *współmałżonka* lub wdową po ojcu *współmałżonka*, o ile po śmierci ojca *współmałżonka* nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - b) mężem matki *współmałżonka* lub wdowcem po matce *współmałżonka*, o ile po śmierci matki *współmałżonka* nie wstąpił ponownie w związek małżeński;*rodzice współmałżonka* po śmierci *współmałżonka* pozostają w rozumieniu OWUD *rodzicami współmałżonka*, o ile *Ubezpieczony* nie zawarł ponownie związku małżeńskiego;
 - 22) **rok polisy** – okres rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdą *rocznicę polisy*, a kończący się w dniu bezpośrednio poprzedzającym *rocznicę polisy*;
 - 23) **sanatorium** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład lecznictwa zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostreniom;
 - 24) **suma ubezpieczenia** – wartość określona w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia;
 - 25) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za *szpital* nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic, ośrodka leczenia uzależnień w szczególności od: alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacji, oddziału i ośrodka rehabilitacji;
 - 26) **śmierć w następstwie udaru mózgu** – śmierć w następstwie udaru niedokrwiennego, udaru krwotocznego, krwotoku podpajęczynówkowego na skutek pęknięcia tętniaka wewnątrzczaszkowego, co zostało wskazane jako pierwotna przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcijnego;
 - 27) **śmierć w następstwie zawału serca** – śmierć w następstwie martwicy części mięśnia sercowego, spowodowanej niedokrwieniem, co zostało wskazane jako pierwotna przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcijnego;
 - 28) **trwały nośnik** – materiał lub narzędzie umożliwiające *Ubezpieczającemu* lub *Ubezpieczonemu* przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niego, w sposób umożliwiający dostęp do informacji w przyszłości

- przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, i które pozwalają na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci;
- 29) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacania składek;
- 30) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia, która przystąpiła do ubezpieczenia i:
- pozostaje z *Ubezpieczającym* w stosunku prawnym o charakterze określonym w *polisie* lub dokumencie umowy ubezpieczenia (dalej: *Ubezpieczony główny*),
 - jest *współmałżonkiem Ubezpieczonego głównego, partnerem* albo pełnoletnim *dzieckiem* własnym lub przysposobionym *Ubezpieczonego głównego* (dalej: *Ubezpieczony bliski*); rozszerzenie definicji *Ubezpieczonego* na *Ubezpieczonego bliskiego* jest potwierdzane w *polisie* lub dokumencie umowy ubezpieczenia;
- 31) **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 4 miesięcy od chwili rozpoznania udaru mózgu; rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR); zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem,
 - patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawału nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika,
 - przebytego bezobjawowo *udaru mózgu*, rozpoznanego na podstawie badań obrazowych;
- 32) **umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia (OWUD) jako rozszerzenie umowy podstawowej;
- 33) **Umowa dodatkowa z UFK** – umowa rozszerzająca zakres umowy podstawowej o ubezpieczenie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi;
- 34) **umowa podstawowa** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU;
- 35) **umowa ubezpieczenia** – umowa podstawowa, a w przypadku gdy została ona rozszerzona o umowy dodatkowe lub Umowę dodatkową z UFK, wówczas obejmuje również te umowy dodatkowe oraz Umowę dodatkową z UFK;
- 36) **Uposażony** – osoba wskazana jako uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci *Ubezpieczonego*;
- 37) **Uprawniony** – *Ubezpieczony, dziecko* lub, jeżeli *dziecko* jest niepełnoletnie, prawny opiekun lub osoba upoważniona do sprawowania opieki nad *dzieckiem*, uprawnieni do organizowania i odbywania wizyt w *placówkach medycznych z dzieckiem*;
- 38) **urodzenie się dziecka** – urodzenie się żywego *dziecka*, potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym *Ubezpieczony* wymieniony jest jako rodzic tego *dziecka*;
- 39) **urodzenie się dziecka wymagającego leczenia** – urodzenie się żywego *dziecka Ubezpieczonego*, potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym *Ubezpieczony* wymieniony jest jako rodzic *dziecka*, które przy urodzeniu spełniało co najmniej jedną z poniższych przesłanek:
- przy urodzeniu otrzymało 1–8 punktów w skali Apgar,
 - urodziło się z *wadą wrodzoną*,
 - urodziło się jako *wcześnieiak*;
- przy punktacji w skali Apgar bierze się pod uwagę ostatnią dokonaną ocenę;
- 40) **uszczerbek lub uszkodzenie ciała** – następstwa *nieszczęśliwego wypadku* wymienione w Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 41) **uszczerbek na zdrowiu** – trwale naruszenie sprawności organizmu, powodujące upośledzenie czynności organizmu wymienione w Tabeli uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu;
- 42) **wada wrodzona** – nabyta w życiu płodowym, pojedyncza lub mnoga nieprawidłowość rozwojowa dotycząca narządu lub części ciała, doprowadzająca do zmian morfologicznych danego narządu, narządów lub części ciała, zakwalifikowana według ICD-10 w rozdziale XVII „Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe” (Q00-Q99), która została zdiagnozowana przed ukończeniem 1. roku życia *dziecka*;
- 43) **wcześnieiak** – żywy noworodek, który urodził się przed 36. tygodniem ciąży z wagą poniżej 2500 g; poród przedwczesny oraz wiek korygowany płodu muszą być potwierdzone w dokumentacji medycznej;
- 44) **współmałżonek** – osoba pozostająca z *Ubezpieczonym* w związku małżeńskim, która w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia;
- 45) **wypadek komunikacyjny** – *nieszczęśliwy wypadek* w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ *Ubezpieczony* jako:
- pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, a także motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem morskim lub pasażerskim statkiem powietrznym,
 - rowerzystą,
 - pieszy;
- 46) **wypadek przy pracy** – *nieszczęśliwy wypadek*, który nastąpił w związku z pracą:
- 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,
 - podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia,
 - w czasie pozostawania w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
 - w związku z odbywaniem służby w zakładowych i resortowych formacjach samoobrony albo w związku z przynależnością do obowiązkowej lub ochotniczej straży pożarnej działającej u pracodawcy, a także podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony,
 - przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy pracy organizacje zawodowe lub uczestniczeniu w organizowanych przez nie czynach społecznych;
- 47) **zawał serca** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowe powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;
- ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GNWU/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
-------------------	--

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 1; § 2
---	---

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
--	---

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

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

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

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

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

! W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* *Uposażony* otrzyma świadczenie z tytułu niniejszych OWUD. Należy pamiętać, że świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli istnieje powiązanie przyczynowo-skutkowe pomiędzy *nieszczęśliwym wypadkiem* i śmiercią *Ubezpieczonego*. Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 19 oraz w § 20 OWU.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego

INDEKS GNWK/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 1; § 2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

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

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

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

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

! W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* w następstwie *wypadku komunikacyjnego* *Uposażony* otrzyma świadczenie z tytułu niniejszych OWUD. Należy pamiętać, że świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli istnieje powiązanie przyczynowo-skutkowe pomiędzy *wypadkiem komunikacyjnym* i śmiercią *Ubezpieczonego*. Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 19 oraz w § 20 OWU.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy

INDEKS GNPŚ/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
-------------------	--

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 1; § 2
---	---

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
--	---

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

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

! Definicja wypadku przy pracy znajduje się w § 43 OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

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

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

! W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* w następstwie wypadku przy pracy *Uposażony* otrzyma świadczenie z tytułu niniejszych OWUD. Należy pamiętać, że świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli istnieje powiązanie przyczynowo-skutkowe pomiędzy wypadkiem przy pracy i śmiercią *Ubezpieczonego*. Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 19 oraz w § 20 OWU.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

INDEKS GNZU/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 1; § 2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 36 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 w związku z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia § 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

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

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

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

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

! W przypadku *śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca* lub *udaru mózgu* *Uposażony* otrzyma świadczenie z tytułu niniejszych OWUD. Należy pamiętać, że świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że śmierć nastąpiła przed upływem 1 miesiąca od daty wystąpienia *zawału serca* lub *udaru mózgu*. Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 19 oraz w § 20 OWU.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego

INDEKS GNOD/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 1; § 2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 36 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 w związku z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia § 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *Ubezpieczonego*.

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

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

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

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

! W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* każde z *dzieci* otrzyma świadczenie z tytułu niniejszych OWUD. Świadczenie zostanie wypłacone w podwójnej wysokości, jeżeli w wyniku *nieszczęśliwego wypadku* nastąpi śmierć *Ubezpieczonego* i drugiej osoby, będącej opiekunem prawnym *dziecka*. Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 19 oraz w § 20 OWU.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GNUUC/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
§ 1; § 2 ust. 1 i 2
pkt 1–117 Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała Załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego 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

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
§ 2 ust. 3 i 4; § 3 ust. 2

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

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

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe i w jakiej wysokości?

§ 2

1. W przypadku uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie zgodnie z wybranym wariantem ochrony ubezpieczeniowej, określonym w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, tj.:
 - 1) w wariantcie 1 – w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD, za każdy 1% uszczerbku lub uszkodzenia ciała, lub
 - 2) w wariantcie 2 w formule świadczeń progresywnych – w wysokości będącej iloczynem ustalonego procentu uszczerbku lub uszkodzenia ciała, sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie lub w dokumencie umowy ubezpieczenia oraz właściwego współczynnika progresji określonego w tabeli poniżej.

Tabela współczynnika progresji

Uszczerbek lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała	Współczynnik progresji
	0,5–19,5% uszczerbku lub uszkodzenia ciała	1
	20–49,5% uszczerbku lub uszkodzenia ciała	2
	50–79,5% uszczerbku lub uszkodzenia ciała	3
	80–100% uszczerbku lub uszkodzenia ciała	4

2. W przypadku kilku uszczerbków lub uszkodzeń ciała u Ubezpieczonego wartości procentowe przypisane do poszczególnych uszczerbków lub uszkodzeń ciała, zgodnie z Tabelą uszczerbków lub uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, podlegają zsumowaniu w danym roku polisy, maksymalnie jednak do wartości 100%.
3. Suma świadczeń w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć:
 - 1) w przypadku wariantu 1 – sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD,
 - 2) w przypadku wariantu 2 w formule świadczeń progresywnych – wartości jaka wynika z wypłaty 100% uszczerbku lub uszkodzenia ciała.
4. Suma świadczeń w danym roku polisy nie może być wyższa niż:
 - 1) w przypadku wariantu 1 – sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD;
 - 2) w przypadku wariantu 2 w formule świadczeń progresywnych – wartość jaka wynika z wypłaty 100% uszczerbku lub uszkodzenia ciała.

! Przykładowo: W przypadku utraty obu nerek, zgodnie z Tabelą uszczerbków lub uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku uszczerbek został określony w wysokości 100%, wówczas:

- 1) dla wariantu 1: wypłacone zostanie świadczenie odpowiadające 100% sumy ubezpieczenia;
- 2) dla wariantu 2: w formule świadczeń progresywnych wypłacone zostanie świadczenie w wysokości 4-krotnej wysokości sumy ubezpieczenia, jako że ustalony procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała wynosi 100% i jest on przemnażany przez sumę ubezpieczenia oraz współczynnik progresji, który w przypadku 100% uszczerbku wynosi 4.

W jaki sposób ustalane jest świadczenie?

§ 3

1. Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała ustalany jest zgodnie z Tabelą uszczerbków lub uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, stanowiącą załącznik do niniejszych OWUD.

2. Podstawą wypłaty świadczenia jest dostarczenie dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście zdarzenia. Procent *uszczerbku lub uszkodzenia ciała* ustalany jest na podstawie dokumentacji medycznej.
3. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie procentu *uszczerbku lub uszkodzenia ciała*, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

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

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

INDEKS GNUZ/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
§ 1; § 2 ust. 1 i 2
pkt 1–14 Tabeli uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu Załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

§ 36 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01; § 2 ust. 3; § 3 ust. 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, powstały w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja uszczerbku na zdrowiu, zawału serca i udaru mózgu znajduje się w § 43 OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

1. W przypadku uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego powstałego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD, za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu.
2. Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli uszczerbek na zdrowiu nastąpił przed upływem 6 miesięcy od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
3. Suma świadczeń w danym roku polisy nie może być wyższa niż suma ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD.

! Za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczony otrzyma świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD.

W jaki sposób ustalana jest kwota świadczenia?

§ 3

1. Procent uszczerbku na zdrowiu ustalany jest zgodnie z Tabelą uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu stanowiącą załącznik do niniejszych OWUD.

2. Procent uszczerbku na zdrowiu ustalany jest na podstawie dokumentacji medycznej po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, jednak nie wcześniej niż po upływie 4 miesięcy od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie procentu uszczerbku na zdrowiu, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.
3. W przypadku powstania uszczerbku na zdrowiu w obrębie narządu, którego czynności były upośledzone przed wystąpieniem zawału serca lub udaru mózgu, ustalony procent uszczerbku na zdrowiu pomniejszany jest o procent uszczerbku na zdrowiu, wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.

! Podstawą wypłaty świadczenia jest dokumentacja medyczna, którą należy dostarczyć do Towarzystwa po zakończeniu procesu leczenia czy rehabilitacji. Jeśli uszczerbek na zdrowiu dotyczy narządu, którego czynności były upośledzone przed zawałem serca lub udarem mózgu, wypłacane świadczenie pomniejszane jest o procent uszczerbku, jaki wynika z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu. Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 19 oraz w § 20 OWU.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzą w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności Ubezpieczonego do pracy

INDEKS GNNU/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 1; § 2 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 36 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 w związku z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia § 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *niezdolność Ubezpieczonego do pracy*, powstałą w następstwie:
 - 1) *choroby*, która została zdiagnozowana u *Ubezpieczonego* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD lub
 - 2) *nieszczęśliwego wypadku*, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

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

! W przypadku *niezdolności Ubezpieczonego do pracy* trwającej co najmniej 12 miesięcy Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie z tytułu niniejszych OWUD. Za zgodą Towarzystwa świadczenie może zostać wypłacone po upływie 6 miesięcy nieprzerwanego trwania *niezdolności do pracy*. Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 19 oraz w § 20 OWU.

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa względem poszczególnych Ubezpieczonych?

§ 3

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

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

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GNWN/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 1; § 2 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

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

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

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

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

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa względem poszczególnych Ubezpieczonych?

§ 3

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

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

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu

INDEKS GNCP/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01

§ 1; § 2 ust. 1; § 3 ust. 2; § 4 ust. 1, 2, 4, 5 i 10; § 5 ust. 1; § 7

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

§ 36 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
w związku z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01

§ 2 ust. 2 i 3; § 3 ust. 3 i 4; § 4 ust. 3; § 5 ust. 2; § 6

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *pobyt Ubezpieczonego w szpitalu*, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD:
 - 1) w celu leczenia obrażeń ciała, spowodowanych *nieszczęśliwym wypadkiem*, a także *wypadkiem komunikacyjnym* i *wypadkiem przy pracy*;
 - 2) w celu leczenia choroby;
 - 3) związany z *zawałem serca lub udarem mózgu*;
 - 4) związany z ciążą, powikłaniami poporodowymi, wyłączając *pobyt w szpitalu* w związku z porodem fizjologicznym.

! Definicja szpitala, obrażeń ciała, wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy choroby, zawału serca oraz udaru mózgu znajduje się w § 43 OWU.

3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:

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

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

Rozszerzenie zakresu potwierdzone jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

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

§ 2

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

! Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie za każdy dzień *pobytu Ubezpieczonego w szpitalu*. Wysokość świadczenia zależy od przyczyny *pobytu w szpitalu*. Towarzystwo wypłaci świadczenie maksymalnie za 180 dni *pobytu w szpitalu*, pod warunkiem że *pobyt w szpitalu* rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

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

§ 3

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

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

§ 4

1. W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu, trwającym co najmniej 10 dni, Ubezpieczony uzyskuje dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, o ile zakres ubezpieczenia został rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych.
2. Ubezpieczony ma prawo do skorzystania ze świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia dla każdego pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 10 dni z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Niezależnie od liczby pobytów Ubezpieczonego w szpitalu trwających co najmniej 10 dni, jeżeli pobyty te były spowodowane tą samą przyczyną, Towarzystwo przyzna Ubezpieczonemu tylko jeden dostęp do świadczeń ambulatoryjnych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
4. Zakres świadczeń ambulatoryjnych obejmuje:
 - 1) konsultacje lekarzy o następujących specjalnościach:
 - a) ortopeda,
 - b) chirurg ogólny,
 - c) okulista,
 - d) neurolog,
 - e) diabetolog,
 - f) internista,
 - g) kardiolog;
 - 2) badania laboratoryjne:
 - a) badania hematologiczne,
 - b) koagulologia,
 - c) glukoza,
 - d) lipidogram,
 - e) sód, potas,
 - f) mocznik,
 - g) kreatynina,
 - h) badania wątroby (transaminazy, bilirubina),
 - i) białko,
 - j) badanie ogólne moczu;
 - 3) zabiegi ambulatoryjne:
 - a) chirurgiczne i ortopedyczne (zdjęcie gipsu, szwów),
 - b) iniekcje domięśniowe,
 - c) iniekcje dożylnie;
 - 4) badania obrazowe:
 - a) RTG,
 - b) MR oraz tomograf,
 - c) USG w tym ECHO serca,
 - d) EKG,
 - e) spirometria.
5. Świadczenie obejmuje zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania przez Towarzystwo prawa do świadczenia w związku z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu, trwającym co najmniej 10 dni.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o świadczenie lekowe?

§ 5

1. W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z *pobytem w szpitalu* trwającym co najmniej 10 dni, Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* jednorazowe świadczenie lekowe w wysokości wskazanej w *polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia*, o ile zakres umowy dodatkowej został rozszerzony o świadczenie lekowe.
2. Niezależnie od liczby *pobytów Ubezpieczonego w szpitalu*, trwających co najmniej 10 dni, jeżeli *pobyty* te były spowodowane tą samą przyczyną, Towarzystwo przyzna *Ubezpieczonemu* tylko jeden dostęp do świadczenia lekowego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

! Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie lekowe po dniu przyznania prawa do świadczenia w związku z *pobytem Ubezpieczonego w szpitalu*, trwającym co najmniej 10 dni.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 6

1. Świadczenie z tytułu niniejszych OWUD nie zostanie wypłacone, jeżeli celem *pobytu w szpitalu* jest:
 - 1) leczenie lub poddanie się zabiegowi pozostającemu w związku z porodem fizjologicznym, chyba że celem *pobytu w szpitalu* jest leczenie choroby, będącej skutkiem powikłań poporodowych;
 - 2) poddanie się operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków *nieszczęśliwego wypadku*, jakiemu uległ *Ubezpieczony* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, lub była skutkiem choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;

- 3) wykonanie *Ubezpieczonemu* rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest *choroba* lub *obrażenia ciała*;
 - 4) wykonanie zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 5) leczenie chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych;
 - 6) leczenie wad wrodzonych.
2. Świadczenie nie jest należne za okres, w którym *Ubezpieczony* przebywał na przepustce w trakcie *pobytu w szpitalu*.

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

Co oznaczają poszczególne pojęcia?

§ 7

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

- a) 1 dzień w przypadku *pobytu w szpitalu* wyłącznie w celu leczenia doznanych *obrażeń ciała*,
- b) 4 dni w przypadku *pobytu w szpitalu* w celu leczenia choroby, pobytu związanego z *zawałem serca lub udarem mózgu*, ciążą lub powikłaniami poporodowymi, licząc od dnia porodu, wyłączając *pobyt w szpitalu* w związku z porodem fizjologicznym;

w rozumieniu niniejszych OWUD okres pobytu w *szpitalu* rozpoczyna się w dniu przyjęcia *Ubezpieczonego* do *szpitala*, a kończy się w dniu wypisania *Ubezpieczonego* ze *szpitala*; za dzień *pobytu w szpitalu* uznaje się każdą rozpoczętą dobę.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego

INDEKS GNCU/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 1; § 2; § 3 ust. 1, 2 i 7; § 4 pkt 1)–58) Wykazu poważnych zachorowań Załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego pkt 1)–7) Katalogu chorób zakaźnych
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 36 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 w związku z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia § 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 5

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego*.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje pierwszorazowe wystąpienie *poważnego zachorowania*, określonego w Wykazie poważnych zachorowań (w katalogu A, katalogu B albo katalogu C), stanowiącym załącznik do niniejszych OWUD, rozumianego jako:
 - rozpoznanie choroby, określonej w Wykazie poważnych zachorowań, której pierwsze rozpoznanie miało miejsce w okresie udzielania ochrony z tytułu niniejszych OWUD;
 - wykonanie zabiegu, określonego w Wykazie poważnych zachorowań, który po raz pierwszy został przeprowadzony w okresie udzielania ochrony z tytułu niniejszych OWUD.
- Ochrona ubezpieczeniowa świadczona na podstawie niniejszych OWUD ma zastosowanie do *poważnych zachorowań* określonych w katalogu A, katalogu B albo katalogu C poniżej, których szczegółowy opis znajduje się w Wykazie poważnych zachorowań, stanowiącym załącznik do niniejszych OWUD. Zakres ochrony potwierdzany jest w *polisie* lub innym dokumencie *umowy ubezpieczenia*.
- Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o Katalog chorób zakaźnych. W takim przypadku zakres ubezpieczenia obejmuje pierwszorazowe wystąpienie *poważnego zachorowania*, określonego w Katalogu chorób zakaźnych stanowiącym załącznik do niniejszych OWUD, rozumianego jako:
 - rozpoznanie choroby, określonej w Katalogu chorób zakaźnych, której pierwsze rozpoznanie miało miejsce w okresie udzielania ochrony z tytułu niniejszych OWUD;
 - wykonanie zabiegu, określonego w Katalogu chorób zakaźnych, który po raz pierwszy został przeprowadzony w okresie udzielania ochrony z tytułu niniejszych OWUD;Rozszerzenie zakresu *umowy dodatkowej* potwierdzone jest w *polisie* lub innym dokumencie *umowy ubezpieczenia*.
- Zakres ochrony nie obejmuje:
 - chorób* określonych w Wykazie poważnych zachorowań (w katalogu A, katalogu B, katalogu C albo Katalogu chorób zakaźnych), względem których prowadzono postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 5 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszych OWUD;
 - zabiegów określonych w Wykazie poważnych zachorowań (w katalogu A, katalogu B, katalogu C albo Katalogu chorób zakaźnych), wynikających z *chorób*, które zdiagnozowano, rozpoznano lub względem których prowadzono postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 5 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszych OWUD.
- Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji *lekarzy specjalistów* w związku z *poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego*. Rozszerzenie zakresu *umowy dodatkowej* potwierdzone jest w *polisie* lub innym dokumencie *umowy ubezpieczenia*.

7. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o świadczenie lekowe w związku z poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego. Rozszerzenie zakresu umowy dodatkowej potwierdzone jest w polisie lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w polisie lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Rodzaj oraz data wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej. Jeżeli na

podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie rodzaju oraz daty wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

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

Katalog A	Katalog B	Katalog C
1) angioplastyka wieńcowa	16) pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych	21) udar mózgu
2) bakteryjne zapalenie opon mózgowych	17) przeszczep narządów	22) utrata kończyn
3) choroba Alzheimera	18) schyłkowa niewydolność wątroby	23) utrata mowy
4) choroba Creutzfeldta-Jakoba	19) stwardnienie rozsiane	24) utrata słuchu
5) choroba neuronu ruchowego	20) śpiączka	25) utrata wzroku
6) choroba Parkinsona	21) udar mózgu	26) zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych
7) dystrofia mięśniowa	22) utrata kończyn	27) zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi
8) łagodny guz mózgu	23) utrata mowy	28) zapalenie mózgu
9) nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)	24) utrata słuchu	29) zawał serca
10) niedokrwiłość aplastyczna	25) utrata wzroku	30) choroba Leśniowskiego-Crohna
11) niewydolność nerek	26) zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych	31) kardiomiopatia
12) nowotwór złośliwy	27) zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi	32) niedowład (paraliż)
13) oparzenia	28) zapalenie mózgu	33) piorunujące zapalenie wątroby
14) operacja aorty brzusznej	29) zawał serca	34) poważny uraz głowy
15) operacja aorty piersiowej	30) choroba Leśniowskiego-Crohna	35) schyłkowa niewydolność oddechowa
16) pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych	31) kardiomiopatia	36) toczeń rumieniowaty układowy
17) przeszczep narządów	32) niedowład (paraliż)	37) twardzina
18) schyłkowa niewydolność wątroby	33) piorunujące zapalenie wątroby	38) wymiana lub plastyka zastawki serca
19) stwardnienie rozsiane	34) poważny uraz głowy	39) bakteryjne zapalenie wsierdza
20) śpiączka	35) schyłkowa niewydolność oddechowa	40) borelioza
21) udar mózgu	36) toczeń rumieniowaty układowy	41) choroba Huntingtona
22) utrata kończyn	37) twardzina	42) gruźlica
23) utrata mowy	38) wymiana lub plastyka zastawki serca	43) masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie
24) utrata słuchu		44) odkleszczowe zapalenie mózgu
25) utrata wzroku		45) operacja błonowca mózgu
26) zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych		46) operacja ropnia mózgu
27) zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi		47) sepsa (posocznica)
28) zapalenie mózgu		48) tężec
29) zawał serca		49) wścieklizna
		50) zakażona martwica trzustki
		51) zgorzel gazowa
Katalog B	Katalog C	Katalog chorób zakaźnych
1) angioplastyka wieńcowa	1) angioplastyka wieńcowa	1) cholera
2) bakteryjne zapalenie opon mózgowych	2) bakteryjne zapalenie opon mózgowych	2) dur brzuszny
3) choroba Alzheimera	3) choroba Alzheimera	3) gorączka denga
4) choroba Creutzfeldta-Jakoba	4) choroba Creutzfeldta-Jakoba	4) malaria
5) choroba neuronu ruchowego	5) choroba neuronu ruchowego	5) schistosomatoza
6) choroba Parkinsona	6) choroba Parkinsona	6) żółta gorączka
7) dystrofia mięśniowa	7) dystrofia mięśniowa	7) operacyjnie leczony błonowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej
8) łagodny guz mózgu	8) łagodny guz mózgu	
9) nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)	9) nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)	
10) niedokrwiłość aplastyczna	10) niedokrwiłość aplastyczna	
11) niewydolność nerek	11) niewydolność nerek	
12) nowotwór złośliwy	12) nowotwór złośliwy	
13) oparzenia	13) oparzenia	
14) operacja aorty brzusznej	14) operacja aorty brzusznej	
15) operacja aorty piersiowej	15) operacja aorty piersiowej	
16) pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych	16) pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych	
17) przeszczep narządów	17) przeszczep narządów	
18) schyłkowa niewydolność wątroby	18) schyłkowa niewydolność wątroby	
19) stwardnienie rozsiane	19) stwardnienie rozsiane	
20) śpiączka	20) śpiączka	

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

§ 3

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

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

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

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

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

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

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

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

6. W celu realizacji świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się do wskazanej *placówki medycznej*;
 - 2) przedstawić w *placówce medycznej* dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników *placówki medycznej*.
7. Ubezpieczony ma prawo do skorzystania z dowolnie wybranej przez siebie *placówki medycznej*, pod warunkiem uzyskania zgody Towarzystwa, za pośrednictwem infolinii medycznej, na realizację świadczenia poza siecią podstawową *Partnera Medycznego AXA*. W takim przypadku To-

warzystwo pokryje poniesione koszty konsultacji *lekarzy specjalistów* do wysokości limitu refundacyjnego, określonego w *polisie* lub innym dokumencie *umowy ubezpieczenia*.

8. W przypadku opisanym w ust. 7 powyżej Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu poniesione koszty konsultacji *lekarzy specjalistów* do wysokości limitu refundacyjnego, w terminie 10 dni roboczych, licząc od dnia otrzymania prawidłowo wypełnionych dokumentów, wskazanych w ust. 9.
9. W celu uzyskania zwrotu kosztów konsultacji *lekarzy specjalistów*, o których mowa w ust. 7, Ubezpieczony zobowiązany jest złożyć w *Partnera Medycznego AXA* wniosek o refundację kosztów (dostępny na www.axa.pl i w siedzibie Towarzystwa), wraz ze wskazanymi w nim dokumentami, oraz fakturę lub rachunek za wykonanie danej konsultacji.

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o świadczenie lekowe?

§ 4

W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z **poważnym zachorowaniem**, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu jednorazowe świadczenie lekowe w wysokości wskazanej w *polisie* lub *dokumencie umowy ubezpieczenia*, o ile zakres *umowy dodatkowej* został rozszerzony o świadczenie lekowe.

! Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie lekowe po dniu przyznania prawa do świadczenia w związku z **poważnym zachorowaniem**.

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

§ 5

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

nie wyłącznie z tytułu wystąpienia u *Ubezpieczonego* tylko jednego z wymienionych *poważnych zachorowań*.

2. Po wystąpieniu u *Ubezpieczonego* danego *poważnego zachorowania* odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w zakresie tego *poważnego zachorowania*, z uwzględnieniem ust. 1 powyżej.

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

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

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

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego

INDEKS GNLSU/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 1; § 5
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 36 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 w związku z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia § 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 3; § 4

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje poddanie się przez *Ubezpieczonego* leczeniu specjalistycznemu, które miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.
3. Przez leczenie specjalistyczne, o którym mowa w ust. 2, rozumie się przeprowadzenie po raz pierwszy u danego *Ubezpieczonego*, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, każdej z następujących procedur medycznych, z zastrzeżeniem § 3 ust. 1 oraz § 4:
 - 1) chemioterapii;
 - 2) radioterapii;
 - 3) terapii interferonowej;
 - 4) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora;
 - 5) wszczepienia rozrusznika serca;
 - 6) ablacji;
 - 7) dializoterapii w przewlekłej niewydolności nerek;
 - 8) dializoterapii w ostrej niewydolności nerek;
 - 9) embolizacji tętniaka tętnic mózgowych;
 - 10) leczenia metodą *Gamma Knife* lub *Cyber Knife*.
4. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje leczenia specjalistycznego, wynikającego z chorób, które zdiagnozowano, rozpoznano lub względem których prowadzono postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 5 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicje wyżej wskazanych typów leczenia specjalistycznego znajdują się w § 5 niniejszych OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

Towarzystwo wypłaci świadczenie w przypadku przeprowadzenia leczenia specjalistycznego w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD aktualnej w dniu:

- 1) podania pierwszej dawki leku – w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej;

- 2) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego – w przypadku radioterapii;
- 3) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora lub rozrusznika serca lub wykonania ablacji;
- 4) wykonania dializoterapii w przewlekłej niewydolności nerek;
- 5) wykonania dializoterapii w ostrej niewydolności nerek;
- 6) wykonania embolizacji tętniaka tętnic mózgowych;
- 7) wykonania zabiegu *Gamma Knife* lub *Cyber Knife*.

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

§ 3

1. W przypadku przeprowadzenia u *Ubezpieczonego* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej co najmniej dwóch z następujących procedur medycznych:
 - 1) chemioterapii, radioterapii lub leczenia metodą *Gamma Knife* lub *Cyber Knife* – zostanie wypłacone świadczenie z tytułu przeprowadzenia tylko jednej z wymienionych procedur medycznych;
 - 2) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora, wszczepienia rozrusznika serca lub ablacji – zostanie wypłacone świadczenie z tytułu przeprowadzenia tylko jednej z wymienionych procedur medycznych;
 - 3) dializoterapii w przewlekłej niewydolności nerek oraz dializoterapii w ostrej niewydolności nerek – zostanie wypłacone świadczenie z tytułu przeprowadzenia tylko jednej z wymienionych procedur medycznych.

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

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa względem poszczególnych Ubezpieczonych?

§ 4

Poza przypadkami wskazanymi w § 10 OWU „Wygąśnięcie ochrony ubezpieczeniowej” w przypadku wypłacenia przez Towarzystwo świadczenia z tytułu danego leczenia specjalistycznego odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w zakresie tego specjalistycznego leczenia.

! Świadczenie wypłacane jest w przypadku przeprowadzenia danej procedury medycznej po raz pierwszy u danego *Ubezpieczonego* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, a w przypadku przeprowadzenia danego leczenia specjalistycznego odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w zakresie tej procedury medycznej. Przykładowo: Jeśli u *Ubezpieczonego* po raz pierwszy w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD przeprowadzono *chemioterapię* i nigdy wcześniej, również przed rozpoczęciem ochrony z tytułu niniejszych OWUD, taka procedura medyczna nie została przeprowadzona oraz jeśli Towarzystwo wypłaciło świadczenie z tytułu *chemioterapii*, a następnie zostanie zgłoszone roszczenie z tytułu:

- 1) *ablacji* – to o ile dokumentacja medyczna potwierdza zasadność takiego zgłoszenia, świadczenie zostanie wypłacone, ponieważ wcześniejsza wypłata świadczenia z tytułu *chemioterapii* nie wyklucza możliwości wypłaty świadczenia z tytułu *ablacji*;
- 2) *radioterapii* – to takie świadczenie nie zostanie wypłacone, ponieważ wcześniejsza wypłata świadczenia z tytułu *chemioterapii* wyklucza możliwość wypłaty świadczenia z tytułu *radioterapii*;
- 3) *chemioterapii* – to takie świadczenie nie zostanie wypłacone, ponieważ wcześniejsze wypłacenie świadczenia z tytułu *chemioterapii* spowodowało wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w zakresie tego specjalistycznego leczenia.

Co oznaczają poszczególne pojęcia?

§ 5

- 1) *ablacja* – zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej, który ma na celu usunięcie ogniska powodującego zaburzenia rytmu serca;
- 2) *chemioterapia* – leczenie choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy cytostatyków lub immunosupresantów według klasyfikacji ATC; leczenie powinno być zalecone

przez lekarza specjalistę: onkologa lub hematologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje leczenia hormonalnego, w tym leczenia hormonalnego ze wskazań onkologicznych;

- 3) dializoterapia w ostrej niewydolności nerek – zastosowanie co najmniej jednokrotnie zabiegu hemodializy lub hemofiltracji w przebiegu ostrej niewydolności nerek; zakres ubezpieczenia nie obejmuje: zabiegów w przebiegu zatrucia alkoholem etylowym, metylolem lub glikolem etylenowym oraz niezaleconego przez lekarza zażycia: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych;
- 4) dializoterapia w przewlekłej niewydolności nerek – leczenie przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej, trwające przez okres co najmniej trzech miesięcy;
- 5) embolizacja tętniaka tętnic mózgowych – neuroradiologiczne leczenie tętniaków tętnic śródczaszkowych metodą embolizacji wewnątrznacyniowej za pomocą spiral;
- 6) Gamma Knife lub Cyber Knife – leczenie metodą Gamma Knife lub Cyber Knife w przebiegu następujących chorób nienowotworowych: neuralgii nerwu trójdzielnego, drżenia samoistnego, malformacji naczyńnych;
- 7) kardiowerter/defibrylator – urządzenie elektroniczne z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną, celem leczenia zaburzeń rytmu serca pochodzenia komorowego lub epizodów nagłego zatrzymania krążenia;
- 8) radioterapia – leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego;
- 9) rozrusznik serca – (stymulator serca, kardiostymulator) urządzenie elektroniczne służące do pobudzania rytmu serca, wszczepiane do ciała chorego;
- 10) terapia interferonowa – podawanie drogą pozajelitową interferonu celem leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C lub stwardnienia rozsianego.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzą w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego

INDEKS GNOM/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
§ 1; § 3
pkt 1–16 Tabeli operacji medycznych Załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

§ 36 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
w związku z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia
§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
§ 2 ust. 2, 4; § 4

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *operację medyczną* przeprowadzoną u *Ubezpieczonego* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, spowodowaną:
 - 1) *chorobą* lub
 - 2) *obrażeniami ciała*, powstałymi w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.
3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje operacji medycznych, wynikających z *chorób*, które zdiagnozowano, rozpoznano lub względem których prowadzono postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 5 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszych OWUD.
4. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o świadczenie lekowe w związku z przeprowadzeniem *operacji medycznej*. Rozszerzenie zakresu umowy dodatkowej potwierdzane jest w *polisie* lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia.

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

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

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

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

1. W przypadku *operacji medycznej* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości:
 - 1) 100% *sumy ubezpieczenia* – w przypadku *operacji medycznej* 1 klasy;
 - 2) 60% *sumy ubezpieczenia* – w przypadku *operacji medycznej* 2 klasy;
 - 3) 25% *sumy ubezpieczenia* – w przypadku *operacji medycznej* 3 klasy;
 - 4) 10% *sumy ubezpieczenia* – w przypadku *operacji medycznej* 4 klasy; zgodnie z Tabelą operacji medycznych, stanowiącą załącznik do niniejszych OWUD.
2. Niezależnie od liczby *operacji medycznych*, jeżeli zostały przeprowadzone w tym samym dniu i w okresie kolejnych 60 dni, *Ubezpieczonemu* przysłu-

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o świadczenie lekowe?

§ 3

W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z przeprowadzeniem *operacji medycznej* 1 lub 2 klasy, Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* jednorazowe świadczenie lekowe w wysokości wskazanej w *polisie* lub *dokumencie umowy ubezpieczenia*, o ile zakres *umowy dodatkowej* został rozszerzony o świadczenie lekowe.

Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie lekowe po dniu przyznania prawa do świadczenia w związku z *operacją medyczną* 1 lub 2 klasy.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 4

- Świadczenie z tytułu niniejszych OWUD nie zostanie wypłacone w związku z operacją medyczną:
 - w której *Ubezpieczony* był dawcą organów lub narządów;
 - będącą operacją kosmetyczną lub plastyczną z wyjątkiem operacji medycznej niezbędnej do usunięcia następstw *nieszczęśliwych wypadków* zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD lub choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;
 - przeprowadzoną w celu antykoncepcyjnym;
 - przeprowadzoną w celu implantowania zębów;

- wykonaną w celach diagnostycznych;
 - związaną z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową;
 - będącą następstwem zdarzeń wymienionych w § 19 OWU oraz § 20 OWU.
- Świadczenie z tytułu niniejszych OWUD nie przysługuje, jeżeli *Ubezpieczony* zmarł w trakcie operacji medycznej.

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

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci współmałżonka lub partnera

INDEKS GNSWP/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01

§ 1; § 2 ust. 1

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

§ 36 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
w związku z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01

§ 2 ust. 2

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *współmałżonka* lub *partnera*.

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

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

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

- Towarzystwo wypłaci maksymalnie jedno świadczenie w danym roku polisy z tytułu niniejszych OWUD.

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

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci współmałżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GNSWPW/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 1; § 2 ust. 1 i 2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 2 ust. 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *współmałżonka* lub *partnera*.

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

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć *współmałżonka* lub *partnera* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*, zaistniałego w okresie udzielenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

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

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

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

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci współmałżonka lub partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego

INDEKS GNWKWP/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
-------------------	--

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 1; § 2
---	---

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
--	---

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *współmałżonka* albo *partnera*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć *współmałżonka* albo *partnera* w następstwie *wypadku komunikacyjnego*, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

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

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

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

1. W przypadku śmierci *współmałżonka* albo *partnera* w następstwie *wypadku komunikacyjnego* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci współmałżonka lub partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

INDEKS GNSWPZ/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 1; § 2 ust. 1 i 2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 36 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 w związku z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia § 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 2 ust. 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *współmałżonka* lub *partnera*.

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

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *śmierć współmałżonka* lub *partnera* w następstwie *zawału serca* lub *udaru mózgu*, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

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

2. Świadczenie z tytułu *śmierci współmałżonka* lub *partnera* w następstwie *zawału serca* lub *udaru mózgu* zostanie wypłacone pod warunkiem, że śmierć nastąpiła przed upływem 1 miesiąca od daty wystąpienia *zawału serca* lub *udaru mózgu*.
3. Towarzystwo wypłaci maksymalnie jedno świadczenie w danym roku polisy z tytułu niniejszych OWUD.

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

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała współmałżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GNUUCWP/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 1; § 2 ust. 1 pkt 1–117 Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała Załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała współmałżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 2 ust. 2; § 3 ust. 2

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *współmałżonka* lub *partnera*.

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

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *uszczerbek lub uszkodzenie ciała współmałżonka* lub *partnera* powstałe w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

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

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

W jaki sposób ustalana jest kwota świadczenia?

§ 3

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

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

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu współmałżonka lub partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

INDEKS GNUWPZ/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01; § 1; § 2 ust. 1 i 2

pkt 1–14 Tabeli uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu Załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu współmałżonka lub partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

§ 36 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 w związku z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01

§ 2 ust. 3; § 3 ust. 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *współmałżonka* lub *partnera*.

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

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *uszczerbek na zdrowiu współmałżonka* lub *partnera*, powstały w następstwie *zawału serca* lub *udaru mózgu* zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja *uszczerbku na zdrowiu*, *zawału serca* i *udaru mózgu* znajduje się w § 43 OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

1. W przypadku *uszczerbku na zdrowiu współmałżonka* lub *partnera* powstałego w następstwie *zawału serca* lub *udaru mózgu* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD, za każdy 1% *uszczerbku na zdrowiu*.
2. Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli *uszczerbek na zdrowiu* nastąpił przed upływem 6 miesięcy od daty wystąpienia *zawału serca* lub *udaru mózgu*.
3. Suma świadczeń w danym roku polisy nie może być wyższa niż *suma ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.

! Za każdy 1% *uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczony* otrzyma świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD.

W jaki sposób ustalana jest kwota świadczenia?

§ 3

1. Procent *uszczerbku na zdrowiu* ustalany jest zgodnie z Tabelą uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu stanowiącą załącznik do niniejszych OWUD.
2. Procent *uszczerbku na zdrowiu* ustalany jest na podstawie dokumentacji medycznej po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, nie wcześniej jednak niż po upływie 4 miesięcy od daty wystąpienia *zawału serca* lub *udaru mózgu*. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie procentu *uszczerbku na zdrowiu*, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.
3. W przypadku powstania *uszczerbku na zdrowiu* w obrębie narządu, którego czynności były upośledzone przed wystąpieniem *zawału serca* lub *udaru mózgu*, ustalony procent *uszczerbku na zdrowiu* pomniejszany jest o procent *uszczerbku na zdrowiu*, wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.

! Podstawą wypłaty świadczenia jest dokumentacja medyczna, którą należy dostarczyć do Towarzystwa po zakończeniu procesu leczenia czy rehabilitacji. Jeśli *uszczerbek na zdrowiu* dotyczy narządu, którego czynności były upośledzone przed *zawałem serca* lub *udarem mózgu*, wypłacane świadczenie pomniejszane jest o procent uszczerbku, jaki wynika z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu. Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 19 OWU.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu współmałżonka lub partnera w szpitalu

INDEKS GNPWP/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01

§ 1; § 2 ust. 1; § 3 ust. 2;
§ 4 ust. 1, 2, 4, 5 i 10; § 5 ust. 1; § 7

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

§ 36 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
w związku z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
§ 2 ust. 2 i 3; § 3 ust. 3 i 4;
§ 4 ust. 3; § 5 ust. 2; § 6

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *współmałżonka lub partnera*.

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

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *pobyt współmałżonka lub partnera w szpitalu*, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD:

- 1) w celu leczenia *obrażeń ciała*, spowodowanych *nieszczęśliwym wypadkiem*, a także *wypadkiem komunikacyjnym i wypadkiem przy pracy*;
- 2) w celu leczenia *choroby*;
- 3) *związany z zawałem serca lub udarem mózgu*;
- 4) *związany z ciążą, powikłaniami poporodowymi, wyłączając pobyt w szpitalu w związku z porodem fizjologicznym*.

! Definicja *szpitala, obrażeń ciała, wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy, choroby, zawału serca oraz udaru mózgu* znajduje się w § 43 OWU.

3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:

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

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

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

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

§ 2

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

! Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie za każdy dzień *pobytu współmałżonka lub partnera w szpitalu*. Wysokość świadczenia zależy od przyczyny *pobytu w szpitalu*. Towarzystwo wypłaci świadczenie maksymalnie za 180 dni *pobytu w szpitalu*, pod warunkiem że *pobyt w szpitalu* rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

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

§ 3

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

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

§ 4

1. W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z pobytem współmałżonka lub partnera w szpitalu, trwającym co najmniej 10 dni, współmałżonek lub partner uzyskuje dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, o ile zakres umowy dodatkowej został rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych.
2. Współmałżonek lub partner ma prawo do skorzystania ze świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia dla każdego pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 10 dni z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Niezależnie od liczby pobytów współmałżonka lub partnera w szpitalu trwających co najmniej 10 dni, jeżeli pobyty te były spowodowane tą samą przyczyną, Towarzystwo przyzna tylko jeden dostęp do świadczeń ambulatoryjnych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
4. Zakres świadczeń ambulatoryjnych obejmuje:
 - 1) konsultacje lekarzy o następujących specjalnościach:
 - a) ortopeda,
 - b) chirurg ogólny,
 - c) okulista,
 - d) neurolog,
 - e) diabetolog,
 - f) internista,
 - g) kardiolog;
 - 2) badania laboratoryjne:
 - a) badania hematologiczne,
 - b) koagulologia,
 - c) glukoza,
 - d) lipidogram,
 - e) sód, potas,
 - f) mocznik,
 - g) kreatynina,
 - h) badania wątroby (transaminazy, bilirubina),
 - i) białko,
 - j) badanie ogólne moczu;
 - 3) zabiegi ambulatoryjne:
 - a) chirurgiczne i ortopedyczne (złamanie gipsu, szwów),
 - b) iniekcje domięśniowe,
 - c) iniekcje dożylnie;
 - 4) badania obrazowe:
 - a) RTG,
 - b) MR oraz tomograf,
 - c) USG w tym ECHO serca,
 - d) EKG,
 - e) spirometria.
5. Świadczenie obejmuje zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania przez To-

warzystwo prawa do świadczenia w związku z pobytem współmałżonka lub partnera w szpitalu, trwającym co najmniej 10 dni.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o świadczenie lekowe?

§ 5

1. W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z *pobytem w szpitalu* trwającym co najmniej 10 dni, Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* jednorazowe świadczenie lekowe w wysokości wskazanej w *polisie* lub *dokumencie umowy ubezpieczenia*, o ile zakres *umowy dodatkowej* został rozszerzony o świadczenie lekowe.
2. Niezależnie od liczby *pobytów* *współmałżonka* lub *partnera* w szpitalu trwających co najmniej 10 dni, jeżeli *pobyty* te były spowodowane tą samą przyczyną, Towarzystwo przyzna tylko jeden dostęp do świadczenia lekowego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

! Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie lekowe po dniu przyznania prawa do świadczenia w związku z *pobytem* *współmałżonka* lub *partnera* w szpitalu, trwającym co najmniej 10 dni.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 6

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

- 4) wykonanie *współmałżonkowi* lub *partnerowi* zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 5) leczenie chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych *współmałżonka* lub *partnera*;
 - 6) leczenie wad wrodzonych *współmałżonka* lub *partnera*.
2. Świadczenie nie jest należne za okres, w którym *współmałżonek* lub *partner* przebywał na przepustce w trakcie *pobytu w szpitalu*.

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

Co oznaczają poszczególne pojęcia?

§ 7

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

- a) 1 dzień w przypadku *pobytu w szpitalu* wyłącznie w celu leczenia doznanych *obrażeń ciała*,
- b) 4 dni w przypadku *pobytu w szpitalu* w celu leczenia *choroby*, *pobytu* związanego z *zawałem serca* lub *udarem mózgu*, *ciężą* lub powikłaniami poporodowymi, licząc od dnia porodu, wyłączając *pobyt w szpitalu* w związku z porodem fizjologicznym;

w rozumieniu niniejszych OWUD okres *pobytu w szpitalu* rozpoczyna się w dniu przyjęcia *współmałżonka* lub *partnera* do szpitala, a kończy się w dniu wypisania *współmałżonka* lub *partnera* ze szpitala; za dzień *pobytu w szpitalu* uznaje się każdą rozpoczętą dobę.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka lub partnera

INDEKS GNCWP/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01; § 1; § 2 ust. 1; § 3 ust. 1, 2 i 7; § 4; pkt 1)–29) Wykazu poważnych zachorowań Załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka lub partnera

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

§ 36 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 w związku z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia
§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01; § 5

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *współmałżonka* lub *partnera*.

Definicja *współmałżonka* i *partnera* znajduje się w § 43 OWU.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pierwszorazowe wystąpienie *poważnego zachorowania*, określonego w Wykazie poważnych zachorowań (w katalogu A), stanowiącym załącznik do niniejszych OWUD, rozumianego jako:

- 1) rozpoznanie *choroby*, określonej w Wykazie poważnych zachorowań, której pierwsze rozpoznanie miało miejsce w okresie udzielania ochrony z tytułu niniejszych OWUD;
- 2) wykonanie zabiegu, określonego w Wykazie poważnych zachorowań, który po raz pierwszy został przeprowadzony w okresie udzielania ochrony z tytułu niniejszych OWUD.

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

Zakres ubezpieczenia

Katalog A

- 1) angioplastyka wieńcowa
- 2) bakteryjne zapalenie opon mózgowych
- 3) choroba Alzheimera
- 4) choroba Creutzfeldta-Jakoba
- 5) choroba neuronu ruchowego
- 6) choroba Parkinsona

Katalog A

- 7) dystrofia mięśniowa
- 8) łagodny guz mózgu
- 9) nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)
- 10) niedokrwistość aplastyczna
- 11) niewydolność nerek
- 12) nowotwór złośliwy
- 13) oparzenia
- 14) operacja aorty brzusznej
- 15) operacja aorty piersiowej
- 16) pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych
- 17) przeszczep narządów
- 18) schyłkowa niewydolność wątroby
- 19) stwardnienie rozsiane
- 20) śpiączka
- 21) udar mózgu
- 22) utrata kończyn
- 23) utrata mowy
- 24) utrata słuchu
- 25) utrata wzroku
- 26) zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych
- 27) zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi
- 28) zapalenie mózgu
- 29) zawał serca

4. Zakres ochrony nie obejmuje:

- 1) *chorób* określonych w Wykazie poważnych zachorowań (w katalogu A), względem których prowadzono postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 5 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszych OWUD;
- 2) zabiegów określonych w Wykazie poważnych zachorowań (w katalogu A), wynikających z *chorób*, które zdiagnozowano, rozpoznano lub względem których prowadzono postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 5 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszych OWUD.

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

6. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o świadczenie lekowe w związku z *poważnym zachorowaniem współmałżonka lub partnera*. Rozszerzenie zakresu *umowy dodatkowej* potwierdzone jest w *polisie* lub innym dokumencie *umowy ubezpieczenia*.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

1. W przypadku wystąpienia u *współmałżonka lub partnera* *poważnego zachorowania*, Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości wskazanej w *polisie* lub innym dokumencie *umowy ubezpieczenia*.
2. Rodzaj oraz data wystąpienia u *współmałżonka lub partnera* *poważnego zachorowania* ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie rodzaju oraz daty wystąpienia u *współmałżonka lub partnera* *poważnego zachorowania*, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

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

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

§ 3

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

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

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

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

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

Konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji realizowane są w ciągu 5 dni roboczych, o ile *współmałżonek lub partner* nie wskaże

późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia. Gwarancja dostępności terminu dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji. Konsultacje *lekarzy specjalistów* nie wymagają skierowania lekarskiego.

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

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

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

6. W celu realizacji świadczenia ubezpieczeniowego *współmałżonek lub partner* zobowiązany jest:

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

7. *Współmałżonek lub partner* ma prawo do skorzystania z dowolnie wybranej przez siebie *placówki medycznej*, pod warunkiem uzyskania zgody Towarzystwa, za pośrednictwem infolinii medycznej, na realizację świadczenia poza siecią podstawową *Partnera Medycznego AXA*. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione koszty konsultacji *lekarzy specjalistów* do wysokości limitu refundacyjnego, określonego w *polisie* lub innym dokumencie *umowy ubezpieczenia*.

8. W przypadku opisanym w ust. 7 powyżej Towarzystwo zwróci *Ubezpieczonemu* poniesione koszty konsultacji *lekarzy specjalistów* do wysokości limitu refundacyjnego, w terminie 10 dni roboczych, licząc od dnia otrzymania prawidłowo wypełnionych dokumentów wskazanych w ust. 9.

9. W celu uzyskania zwrotu kosztów konsultacji *lekarzy specjalistów*, o których mowa w ust. 7, *Ubezpieczony* zobowiązany jest złożyć u *Partnera Medycznego AXA* wniosek o refundację kosztów (dostępny na www.axa.pl i w siedzibie Towarzystwa), wraz ze wskazanymi w nim dokumentami, oraz fakturę lub rachunek za wykonanie danej konsultacji.

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o świadczenie lekowe?

§ 4

W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z *poważnym zachorowaniem*, Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* jednorazowe świadczenie lekowe w wysokości wskazanej w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*, o ile zakres *umowy dodatkowej* został rozszerzony o świadczenie lekowe.

! Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie lekowe po dniu przyznania prawa do świadczenia w związku z *poważnym zachorowaniem*.

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

§ 5

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

- 1) angioplastyki wieńcowej, pomostowania (by-pass) naczyń wieńcowych, zawału serca – zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia u *współmałżonka lub partnera* tylko jednego z wymienionych *poważnych zachorowań*;
- 2) bakteryjnego zapalenia opon mózgowych, choroby neuronu ruchowego, dystrofii mięśniowej, łagodnego guza mózgu, udaru mózgu, zapalenia mózgu – zostanie wypłacone świadczenie z tytułu wystąpienia u *współmałżonka lub partnera* tylko jednego z wymienionych *poważnych zachorowań*;

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

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

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

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

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej współmałżonka lub partnera

INDEKS GNOMW/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOMW/17/06/01; § 1; § 3
pkt 1–16 Tabeli operacji medycznych
Załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej współmałżonka lub partnera

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

§ 36 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOMW/17/06/01
w związku z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia
§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOMW/17/06/01; § 2 ust. 2 i 4; § 4

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *współmałżonka* lub *partnera*.

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

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *operację medyczną* przeprowadzoną u *współmałżonka* lub *partnera* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, spowodowaną:

- 1) *chorobą* lub
- 2) *obrażeniami ciała*, powstałymi w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje operacji medycznych wynikających z *chorób*, które zdiagnozowano, rozpoznano lub względem których prowadzono postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 5 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszych OWUD.

4. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o świadczenie lekowe w związku z przeprowadzeniem *operacji medycznej*. Rozszerzenie zakresu umowy dodatkowej potwierdzone jest w *polisie* lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia.

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

1. W przypadku *operacji medycznej* *współmałżonka* lub *partnera* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości:

- 1) 100% *sumy ubezpieczenia* – w przypadku *operacji medycznej* 1 klasy;
- 2) 60% *sumy ubezpieczenia* – w przypadku *operacji medycznej* 2 klasy;
- 3) 25% *sumy ubezpieczenia* – w przypadku *operacji medycznej* 3 klasy;

4) 10% *sumy ubezpieczenia* – w przypadku *operacji medycznej* 4 klasy; zgodnie z Tabelą operacji medycznych, stanowiącą załącznik do niniejszych OWUD.

2. Niezależnie od liczby *operacji medycznych*, jeżeli zostały przeprowadzone w tym samym dniu i w okresie kolejnych 60 dni, *Ubezpieczonemu* przysługuje tylko jedno najwyższe świadczenie z tytułu przeprowadzonych *operacji medycznych* *współmałżonka* lub *partnera*, ustalone zgodnie z Tabelą operacji medycznych.

3. Klasa *operacji medycznej* i data jej przeprowadzenia potwierdzone są na podstawie dokumentacji medycznej. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie klasy operacji i daty jej przeprowadzenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

4. Suma świadczeń w danym *roku polisy* nie może być wyższa niż *suma ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o świadczenie lekowe?

§ 3

W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z przeprowadzeniem *operacji medycznej* 1 lub 2 klasy, Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* jednorazowe świadczenie lekowe w wysokości wskazanej w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*, o ile zakres *umowy dodatkowej* został rozszerzony o pokrycie kosztów świadczenia lekowego.

! Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie lekowe po dniu przyznania prawa do świadczenia w związku z *operacją medyczną* 1 lub 2 klasy.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 4

- Świadczenie z tytułu niniejszych OWUD nie zostanie wypłacone w związku z *operacją medyczną*:
 - w której *współmałżonek* lub *partner* był dawcą organów lub narządów;
 - będącą operacją kosmetyczną lub plastyczną z wyjątkiem *operacji medycznej* niezbędnej do usunięcia następstw *nieszczęśliwych wypadków* zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD lub choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;

- przeprowadzoną w celu antykoncepcyjnym;
 - przeprowadzoną w celu implantowania zębów;
 - wykonaną w celach diagnostycznych;
 - związaną z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową;
 - będącą następstwem zdarzeń wymienionych w § 19 OWU.
- Świadczenie z tytułu niniejszych OWUD nie przysługuje, jeżeli *współmałżonek* lub *partner* zmarł w trakcie *operacji medycznej*.

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

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka

INDEKS GNSD/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
§ 1; § 2

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

§ 36 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
w związku z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia
§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *dziecka*.

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

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

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

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

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GNWD/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 1; § 2 ust. 1 i 2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *dziecka*.

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

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

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

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

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

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

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GNUUCD/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01; § 1; § 2 ust. 1 i 2 pkt 1–117 Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego 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

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 2 ust. 3 i 4

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

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

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe i w jakiej wysokości?

§ 2

1. W przypadku *uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie zgodnie z wybranym wariantem ochrony ubezpieczeniowej, określonym w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*, tj.:
 - 1) w wariantcie 1 – w wysokości 1% *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD, za każdy 1% *uszczerbku lub uszkodzenia ciała*, lub
 - 2) w wariantcie 2 w formule świadczeń progresywnych – w wysokości będącej iloczynem ustalonego procentu *uszczerbku lub uszkodzenia ciała*, *sumy ubezpieczenia* wskazanej w *polisie* lub w dokumencie *umowy ubezpieczenia* oraz właściwego współczynnika progresji określonego w tabeli poniżej.

Tabela współczynnika progresji

Uszczerbek lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała	Współczynnik progresji
	0,5–19,5% uszczerbku lub uszkodzenia ciała	1
	20–49,5% uszczerbku lub uszkodzenia ciała	2
	50–79,5% uszczerbku lub uszkodzenia ciała	3
	80–100% uszczerbku lub uszkodzenia ciała	4

2. W przypadku kilku *uszczerbków lub uszkodzeń ciała*, wartości procentowe przypisane do poszczególnych *uszczerbków lub uszkodzeń ciała*, zgodnie z Tabelą uszczerbków lub uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, podlegają zsumowaniu w danym *roku polisy*, maksymalnie jednak do wartości 100%.

3. Suma świadczeń w związku z jednym *nieszczęśliwym wypadkiem* nie może przekroczyć:

- 1) w przypadku wariantu 1 – *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD;
- 2) w przypadku wariantu 2 w formule świadczeń progresywnych – wartości jaka wynika z wypłaty 100% *uszczerbku lub uszkodzenia ciała*.

4. Suma świadczeń w danym *roku polisy* nie może być wyższa niż:

- 1) w przypadku wariantu 1 – *suma ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD;
- 2) w przypadku wariantu 2 w formule świadczeń progresywnych – wartość jaka wynika z wypłaty 100% *uszczerbku lub uszkodzenia ciała*.

! Przykładowo: W przypadku utraty obu nerek, zgodnie z Tabelą uszczerbków lub uszkodzeń ciała w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* uszczerbek został określony w wysokości 100%, wówczas:

- 1) dla wariantu 1: wypłacone zostanie świadczenie odpowiadające 100% *sumy ubezpieczenia*;
- 2) dla wariantu 2: w formule świadczeń progresywnych wypłacone zostanie świadczenie w wysokości 4-krotnej wysokości *sumy ubezpieczenia*, jako że ustalony procent *uszczerbku lub uszkodzenia ciała* wynosi 100% i jest on przemnażany przez *sumę ubezpieczenia* oraz współczynnik progresji, który w przypadku 100% uszczerbku wynosi 4.

W jaki sposób ustalane jest świadczenie?

§ 3

1. Procent *uszczerbku lub uszkodzenia ciała* ustalany jest zgodnie z Tabelą uszczerbków lub uszkodzeń ciała *dziecka*, stanowiącą załącznik do niniejszych OWUD.
2. Podstawą rozpatrzenia zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia jest dostarczenie dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście zdarzenia. Procent *uszczerbku lub uszkodzenia ciała* ustalany jest na podstawie dokumentacji medycznej.
3. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie procentu *uszczerbku lub uszkodzenia ciała*, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

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

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka w szpitalu

INDEKS GNPWD/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 1; § 2 ust. 1; § 3 ust. 1, 2, 4, 5 i 10; § 4 ust. 1; § 6
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 36 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 w związku z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia § 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 2 ust. 2 i 3; § 3 ust. 3; § 4 ust. 2; § 5

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *dziecka*.

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

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *pobyt dziecka w szpitalu*, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD:

- 1) w celu leczenia *obrażeń ciała*, spowodowanych *nieszczęśliwym wypadkiem*, a także *wypadkiem komunikacyjnym*;
- 2) w celu leczenia *choroby*;
- 3) związany z *ciążą*, powikłaniami poporodowymi, wyłączając *pobyt w szpitalu* w związku z porodem fizjologicznym.

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

3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:

- 1) zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych w związku z *pobytem dziecka w szpitalu*, trwającym co najmniej 10 dni;
- 2) świadczenie lekowe w związku z *pobytem w szpitalu*, trwającym co najmniej 10 dni.

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

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

§ 2

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

medyczne do wskazanego przez siebie lekarza. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

! Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie za każdy dzień *pobytu dziecka w szpitalu*. Towarzystwo wypłaci świadczenie maksymalnie za 180 dni *pobytu w szpitalu*, pod warunkiem że *pobyt w szpitalu* rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

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

§ 3

1. W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia z tytułu *pobytu dziecka w szpitalu*, trwającego co najmniej 10 dni, *dziecko* uzyskuje dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, o ile niniejsza *umowa dodatkowa* została rozszerzona o zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych.
2. *Dziecko* ma prawo do skorzystania ze świadczeń ambulatoryjnych do wysokości *sumy ubezpieczenia* wskazanej w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia* w związku z każdym *pobytem w szpitalu* trwającym co najmniej 10 dni z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Niezależnie od liczby *pobytów dziecka w szpitalu* trwających co najmniej 10 dni, jeżeli *pobyty* te były spowodowane tą samą przyczyną, Towarzystwo przyzna tylko jeden dostęp do świadczeń ambulatoryjnych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
4. Zakres świadczeń ambulatoryjnych obejmuje:
 - 1) konsultacje lekarzy o następujących specjalnościach:
 - a) ortopeda,
 - b) chirurg ogólny,
 - c) okulista,
 - d) neurolog,
 - e) diabetolog,
 - f) internista,
 - g) kardiolog;
 - 2) badania laboratoryjne:
 - a) badania hematologiczne,
 - b) koagulologia,
 - c) glukoza,
 - d) lipidogram,
 - e) sól, potas,
 - f) mocznik,
 - g) kreatynina,
 - h) badania wątroby (transaminazy, bilirubina),
 - i) białko,
 - j) badanie ogólne moczu;
 - 3) zabiegi ambulatoryjne:
 - a) chirurgiczne i ortopedyczne (zdjęcie gipsu, szwów),
 - b) iniekcje domięśniowe,
 - c) iniekcje dożylnie;
 - 4) badania obrazowe:
 - a) RTG,
 - b) MR oraz tomograf,
 - c) USG w tym ECHO serca,
 - d) EKG,
 - e) spirometria.
5. Świadczenie obejmuje zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania przez Towarzystwo prawa do świadczenia w związku z *pobytem dziecka w szpitalu*, trwającym co najmniej 10 dni.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o świadczenie lekowe?

§ 4

1. W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z *pobytem w szpitalu* trwającym co najmniej 10 dni, Towarzystwo wypłaci jednorazowe świadczenie lekowe w wysokości wskazanej w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*, o ile zakres *umowy dodatkowej* został rozszerzony o świadczenie lekowe.
2. Niezależnie od liczby *pobytów dziecka w szpitalu* trwających co najmniej 10 dni, jeżeli *pobyty* te były spowodowane tą samą przyczyną, Towarzystwo przyzna tylko jeden dostęp do świadczenia lekowego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

! Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie lekowe po dniu przyznania prawa do świadczenia w związku z *pobytem dziecka w szpitalu*, trwającym co najmniej 10 dni.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 5

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

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

Co oznaczają poszczególne pojęcia?

§ 6

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

- 1 dzień w przypadku *pobytu w szpitalu* wyłącznie w celu leczenia doznanych *obrażeń ciała*,
- 4 dni w przypadku *pobytu w szpitalu* w celu leczenia *choroby*, pobytu związanego z *ciążą* lub powikłaniami poporodowymi, licząc od dnia porodu, wyłączając *pobyt w szpitalu* w związku z porodem fizjologicznym,

w rozumieniu niniejszych OWUD okres *pobytu w szpitalu* rozpoczyna się w dniu przyjęcia *dziecka* do szpitala, a kończy się w dniu wypisania *dziecka*; za dzień *pobytu w szpitalu* uznaje się każdą rozpoczętą dobę.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka

INDEKS GNCD/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01

§ 1; § 2 ust. 1 i 3; § 3 ust. 1, 2 i 7; § 4; § 6

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

§ 36 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 w związku z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01; § 2 ust. 2; § 5

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *dziecka*.

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

- Zakres ubezpieczenia obejmuje pierwszorazowe wystąpienie *poważnego zachorowania*, określonego w § 6 niniejszych OWUD, rozumianego jako:

- rozpoznanie *choroby*, określonej w § 6 niniejszych OWUD, której pierwsze rozpoznanie miało miejsce w okresie udzielania ochrony z tytułu niniejszych OWUD;
- wykonanie zabiegu, określonego w § 6 niniejszych OWUD, który po raz pierwszy został przeprowadzony w okresie udzielania ochrony z tytułu niniejszych OWUD.
- Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o Katalog chorób zakaźnych. W takim przypadku zakres ubezpieczenia obejmuje pierwszorazowe wystąpienie *poważnego zachorowania*, określonego w Katalogu chorób zakaźnych, stanowiącym załącznik do niniejszych OWUD, rozumianego jako:

- 1) rozpoznanie *choroby*, określonej w Katalogu chorób zakaźnych, którego pierwsze rozpoznanie miało miejsce w okresie udzielania ochrony z tytułu niniejszych OWUD;
- 2) wykonanie zabiegu, określonego w Katalogu chorób zakaźnych, który po raz pierwszy został przeprowadzony w okresie udzielania ochrony z tytułu niniejszych OWUD.

Towarzystwo wypłaci świadczenie za jedno poważne zachorowanie w ramach Katalogu chorób zakaźnych.

Katalog chorób zakaźnych

- 1) cholera
- 2) dur brzuszny
- 3) gorączka denga
- 4) malaria
- 5) schistosomatoza
- 6) żółta gorączka
- 7) operacyjnie leczony bąblowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej

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

4. Zakres ochrony nie obejmuje:

- 1) *chorób* określonych w § 6 niniejszych OWUD oraz w Katalogu chorób zakaźnych, względem których prowadzono postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 5 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszych OWUD;
 - 2) zabiegów określonych w § 6 niniejszych OWUD oraz w Katalogu chorób zakaźnych, wynikających z *chorób*, które zdiagnozowano, rozpoznano lub względem których prowadzono postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 5 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszych OWUD.
5. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji *lekarzy specjalistów* w związku z *poważnym zachorowaniem dziecka*. Rozszerzenie zakresu *umowy dodatkowej* potwierdzone jest w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*.
6. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o świadczenie lekowe w związku z *poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego*. Rozszerzenie zakresu *umowy dodatkowej* potwierdzone jest w *polisie* lub innym dokumencie *umowy ubezpieczenia*.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

1. W przypadku zdiagnozowania u *dziecka choroby* lub przeprowadzenia u *dziecka* zabiegu Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości wskazanej w *polisie* lub innym dokumencie *umowy ubezpieczenia*.
2. Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie za jedno *poważne zachorowanie dziecka* określone w § 6 niniejszych OWUD oraz, o ile zakres ubezpieczenia został rozszerzony o Katalog chorób zakaźnych, za jedno *poważne zachorowanie dziecka* określone w Katalogu chorób zakaźnych, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
3. Prawo do świadczenia z tytułu niniejszych OWUD zostanie przyznane pod warunkiem, że *dziecko* pozostawało przy życiu przez okres co najmniej 1 miesiąca od daty:
 - 1) zdiagnozowania *choroby* lub
 - 2) przeprowadzenia zabiegu.
4. Rodzaj i data zdiagnozowania *choroby* lub przeprowadzenia zabiegu potwierdzone są na podstawie dokumentacji medycznej. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie rodzaju i daty zdiagnozowania *choroby* lub przeprowadzenia zabiegu, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

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

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

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

§ 3

1. W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z *poważnym zachorowaniem dziecka* uzyskuje dostęp do konsultacji *lekarzy*

specjalistów, o ile zakres *umowy dodatkowej* został rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji *lekarzy specjalistów*.

2. Świadczenie w związku z rozszerzeniem zakresu ubezpieczenia o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji *lekarzy specjalistów* obejmuje zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji *lekarzy specjalistów*, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania przez Towarzystwo prawa do świadczenia w związku z *poważnym zachorowaniem dziecka*.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. *Dziecko* ma prawo do skorzystania z dowolnie wybranej przez *Uprawnionego placówki medycznej*, pod warunkiem uzyskania zgody Towarzystwa za pośrednictwem infolinii medycznej na realizację świadczenia poza siecią podstawową *Partnera Medycznego AXA*. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione koszty konsultacji *lekarzy specjalistów* do wysokości limitu refundacyjnego, określonego w *polisie* lub dokumencie ubezpieczenia.

8. W przypadku opisanym w ust. 7 powyżej Towarzystwo zwróci *Ubezpieczonemu* poniesione koszty konsultacji *lekarzy specjalistów*, do wysokości limitu refundacyjnego, w terminie 10 dni roboczych, licząc od dnia otrzymania prawidłowo wypełnionych dokumentów wskazanych w ust. 9.

9. W celu uzyskania zwrotu kosztów konsultacji *lekarzy specjalistów*, poniesionych zgodnie z ust. 7, *Ubezpieczony* zobowiązany jest złożyć u *Partnera Medycznego AXA* wniosek o refundację kosztów (dostępny na www.axa.pl i w siedzibie Towarzystwa), wraz ze wskazanymi w nim dokumentami, oraz fakturę lub rachunek za wykonanie danej konsultacji.

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o świadczenie lekowe?

§ 4

W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z poważnym zachorowaniem, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu jednorazowe świadczenie lekowe w wysokości wskazanej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, o ile zakres umowy dodatkowej został rozszerzony o świadczenie lekowe.

! Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie lekowe po dniu przyznania prawa do świadczenia w związku z poważnym zachorowaniem.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 5

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

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

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

Definicje

§ 6

Co oznaczają poszczególne pojęcia?

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

- 1) **ciężkie oparzenia** – głębokie termicznie i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
 - a) nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
 - b) nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
 - c) nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia;przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;
- 2) **cukrzyca** – choroba metaboliczna o wieloczynnikowej etiologii, charakteryzująca się przewlekłą hiperglikemią, która rozwija się w wyniku defektu wydzielania lub działania insuliny bądź też obu tych zaburzeń, wymagająca leczenia insuliną przez co najmniej 3 miesiące;
- 3) **dystrofia mięśniowa** – dystrofia mięśniowa typu Duchenne’a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii); rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną dotyczącą rozpoznania choroby;
- 4) **guzy śródczaszkowe** – niezłośliwe guzy śródczaszkowe będące przyczyną stałych ubytków neurologicznych; wykluczeniu podlegają torbiele, ziarniaki, malformacje śródczaszkowe, guzy przysadki;
- 5) **inwazyjna choroba pneumokokowa (IChP)** – pierwotne zakażenie wywołane przez pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae*), o dużym nasileniu objawów chorobowych, występujące u dzieci, przebiegające pod postacią chorób o charakterze miejscowym lub uogólnionym; ochroną ubezpieczeniową objęte są przypadki ciężkich zakażeń inwazyjnych, takich jak między innymi: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, kości i szpiku, stawów, wsierdza, osierdza, otrzewnej, ucha środkowego, sepsa pneumokokowa i inne pozostawiające trwałe następstwa pod postacią np. utraty słuchu, zaburzeń procesu uczenia się, opóźnień w nauce mowy, porażień lub innych ubytków neurologicznych; wykluczeniu podlegają zakażenia pneumokokowe o przebiegu lekkim, niepowikłane lub niepozostawiające trwałych następstw oraz pourazowe wtórne zakażenia pneumokokowe;

rozpoznanie IChP oraz jej trwałych następstw winno być jednoznacznie potwierdzone wynikami badań, w tym bakteriologicznych i zawarte w dokumentacji medycznej wydanej przez ośrodek służby zdrowia prowadzący leczenie;

- 6) **łagodny guz rdzenia** – niezłośliwy histologicznie guz śródrdzeniowy lub wewnątrzoponowy, rdzenia kręgowego lub rdzenia przedłużonego, wymagający usunięcia operacyjnego, a w przypadku jego zaniechania powodujący trwałe ubytki neurologiczne; rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa; wykluczone z odpowiedzialności są: nowotwory złośliwe, torbiele, ziarniaki, ropnie, krwinki, malformacje naczyniowe, guzy zewnątrzoponowe, guzy kości, gruźlica i urazy kręgosłupa, zmiany zwyrodnieniowe i dyskopatie;
- 7) **niewydolność nerek** – krańcowe stadium przewlekłej niewydolności nerek charakteryzujące się wskaźnikiem filtracji kłębuszkowej mniejszym niż 10 ml/min oraz wymagające za wskazań życiowych przewlekłego leczenia dializami lub przeszczepu nerek;
- 8) **niewydolność wątroby** – krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem; rozpoznanie wymaga potwierdzenia jednoznaczną dokumentacją medyczną; za stan przewlekły uważa się co najmniej 6-miesięczny okres trwania choroby będącej przyczyną krańcowej niewydolności wątroby;
- 9) **nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami** – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych niszczący zdrowe tkanki; choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego; ostateczny wynik badania histopatologicznego jednoznacznie potwierdzający nowotworek tło choroby przyjmuje się za datą zaistnienia choroby; wykluczeniu podlegają nowotwory „in situ”, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (w tym czerniak złośliwy do 1-B stopnia zaawansowania w klasyfikacji TNM), ziarnica złośliwa i chłoniaki w 1. stopniu zaawansowania;
- 10) **operacja zastawki serca** – przeprowadzana w okresie ochrony, operacja na otwartym sercu, mająca na celu każdy rodzaj plastyki zastawek jako konsekwencję wad zastawkowych serca; świadczenie nie obejmuje zabiegów wykonywanych wewnątrzkrążeniowo;
- 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 Towarzystwo; wykluczone z odpowiedzialności są niedowład kończyn;
- 12) **przeszczep narządu** – przeszczepienie dziecku jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie dziecka na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
 - a) serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
 - b) szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy;przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu; ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- 13) **przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B lub C trwające ponad 12 miesięcy i potwierdzone obecnością przeciwciał Anty HCV (IgG+), dodatnim wynikiem HCV RNA PCR oraz stwierdzonymi w badaniu biopsji wątroby cechami zapalenia wątroby, włóknienia lub marskości wątroby;
- 14) **sepsa (sepsis)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej powstały w wyniku krwiopochodnego rozsięwu zakażenia bakteryjnego, wirusowego lub grzybiczego, podczas którego we krwi krążą najczęściej bakterie, ich toksyny bądź toksyczne metabolity komórek gospodarza, i objawiający się niewydolnością lub poważną dysfunkcją narządów lub układów narządów; w rozumieniu niniejszych OWUD za sepsę uznaje się też rozwijający się w jej przebiegu wstrząs septyczny; wykluczeniu podlegają bakterie, wiremia i fungemia oraz przypadki sepsy wtórnej, rozwijającej się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych i/lub urazach; jednoznaczne rozpoznanie winno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie;
- 15) **śpiączka** – stan utraty przytomności charakteryzujący się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (oceny w skali śpiączki Glasgow na mniej niż 9 punktów) i koniecznością użycia sprzętu wspomagającego utrzymanie czynności życiowych (np. respiratora); stan ten winien trwać co najmniej 96 godzin oraz pozostawiać trwałe ubytki neurologiczne, a jego rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną, zawierającą między innymi końcową ocenę stanu neurologicznego;
- 16) **tężec** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (*Clostridium tetani*), wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych w postaci dożylniej antybiotykoterapii oraz surowicy przeciwczącej, stwierdzona przez lekarza specjalistę na podstawie wystąpienia jednego z następujących objawów:
 - a) bolesnych skurczów mięśniowych mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękościsk lub uśmiech sardoniczny),
 - b) bolesnych skurczów mięśni tułowia,
 - c) uogólnionych skurczóworaz 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;
- 17) **utrata kończyn** – całkowita, nieodwracalna, fizyczna utrata dwóch lub więcej kończyn wskutek choroby lub wypadku; warunkiem uznania roszczenia jest utrata kończyn co najmniej na wysokości nadgarstków lub stawów skokowo-goleniowych;
- 18) **utrata mowy** – całkowita, nieodwracalna, nieuleczalna, utrata zdolności mowy, powstała wskutek choroby lub urazu, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie i rokowanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa lub neurologa; wykluczona z odpowiedzialności jest utrata mowy spowodowana zaburzeniami psychicznymi;
- 19) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w następstwie choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy; rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o badania obiektywne słuchu; zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty słuchu, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
- 20) **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach, spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym;
- 21) **zapalenie mózgu** – jednoznacznie potwierdzone w trakcie pobytu w szpitalu rozpoznanie ostrego zapalenia tkanki mózgowej (półkul mózgowych, pnia mózgu lub mózdzku) skutkujące trwałym deficytem neurologicznym utrzymującym się przez co najmniej 6 miesięcy; wykluczone jest zapalenie mózgu w przebiegu infekcji HIV;
- 22) **zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – pierwotne ropne, włóknikowe, ziarniniakowe lub limfocytowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych; zakresem ubezpieczenia objęte są również przypadki poronnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych; rozpoznanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych musi być udokumentowane wynikami badań i zawarte w dokumentacji medycznej ośrodka medycznego prowadzącego leczenie, z określeniem właściwego numeru statystycznego klasyfikacji ICD-10.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia specjalistycznego dziecka

INDEKS GNLS/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 1; § 2; § 5
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 36 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 w związku z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia § 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 3; § 4

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *dziecka*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje poddanie się przez *dziecko* leczeniu specjalistycznemu, które miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.
3. Przez leczenie specjalistyczne, o którym mowa w ust. 2, rozumie się przeprowadzenie po raz pierwszy u danego *dziecka*, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, każdej z następujących procedur medycznych, z zastrzeżeniem § 3 oraz § 4:
 - 1) chemioterapii;
 - 2) radioterapii;
 - 3) terapii interferonowej;
 - 4) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora;
 - 5) wszczepienia rozrusznika serca;
 - 6) ablacji;
 - 7) dializoterapii w przewlekłej niewydolności nerek;
 - 8) dializoterapii w ostrej niewydolności nerek;
 - 9) embolizacji tętniaka tętnic mózgowych;
 - 10) leczenia metodą *Gamma Knife* lub *Cyber Knife*.
4. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje leczenia specjalistycznego, wynikającego z chorób, które zdiagnozowano, rozpoznano lub względem których prowadzono postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 5 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszych OWUD.

Definicje wyżej wskazanych typów leczenia specjalistycznego znajdują się w § 5 niniejszych OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

Towarzystwo wypłaci świadczenie w przypadku przeprowadzenia leczenia specjalistycznego w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD aktualnej w dniu:

- 1) podania pierwszej dawki leku – w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej;

- 2) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego – w przypadku radioterapii;
- 3) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora lub rozrusznika serca lub wykonania ablacji;
- 4) wykonania dializoterapii w przewlekłej niewydolności nerek;
- 5) wykonania dializoterapii w ostrej niewydolności nerek;
- 6) wykonania embolizacji tętniaka tętnic mózgowych;
- 7) wykonania zabiegu *Gamma Knife* lub *Cyber Knife*.

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

§ 3

W przypadku przeprowadzenia u *dziecka* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej co najmniej dwóch z następujących procedur medycznych:

- 1) chemioterapii, radioterapii lub leczenia metodą *Gamma Knife* lub *Cyber Knife* – zostanie wypłacone świadczenie z tytułu przeprowadzenia tylko jednej z wymienionych procedur medycznych;
- 2) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora, wszczepienia rozrusznika serca lub ablacji – zostanie wypłacone świadczenie z tytułu przeprowadzenia tylko jednej z wymienionych procedur medycznych;
- 3) dializoterapii w przewlekłej niewydolności nerek oraz dializoterapii w ostrej niewydolności nerek – zostanie wypłacone świadczenie z tytułu przeprowadzenia tylko jednej z wymienionych procedur medycznych.

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

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa względem poszczególnych Ubezpieczonych?

§ 4

Poza przypadkami wskazanymi w § 10 OWU „Wygąpienie ochrony ubezpieczeniowej” w przypadku wypłacenia przez Towarzystwo świadczenia z tytułu danego leczenia specjalistycznego odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w zakresie tego specjalistycznego leczenia.

! Świadczenie wypłacane jest w przypadku przeprowadzenia danej procedury medycznej po raz pierwszy u danego *dziecka* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, a w przypadku przeprowadzenia danego leczenia specjalistycznego odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w zakresie tej procedury medycznej. Przykładowo: Jeśli u *dziecka* po raz pierwszy w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD przeprowadzono *chemioterapię* i nigdy wcześniej, również przed rozpoczęciem ochrony z tytułu niniejszych OWUD, taka procedura medyczna nie została przeprowadzona oraz jeśli Towarzystwo wypłaciło świadczenie z tytułu *chemioterapii*, a następnie zostanie zgłoszone roszczenie z tytułu:

- 1) *ablacji* – to, o ile dokumentacja medyczna potwierdza zasadność takiego zgłoszenia, świadczenie zostanie wypłacone, ponieważ wcześniejsza wypłata świadczenia z tytułu *chemioterapii* nie wyklucza możliwości wypłaty świadczenia z tytułu *ablacji*;
- 2) *radioterapii* – to takie świadczenie nie zostanie wypłacone, ponieważ wcześniejsza wypłata świadczenia z tytułu *chemioterapii* wyklucza możliwość wypłaty świadczenia z tytułu *radioterapii*;
- 3) *chemioterapii* – to takie świadczenie nie zostanie wypłacone, ponieważ wcześniejsze wypłacenie świadczenia z tytułu *chemioterapii* spowodowało wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w zakresie tego specjalistycznego leczenia.

Co oznaczają poszczególne pojęcia?

§ 5

- 1) *ablacja* – zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej, który ma na celu usunięcie ogniska powodującego zaburzenia rytmu serca;
- 2) *chemioterapia* – leczenie choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy cytostatyków lub immunosupresantów według klasyfikacji ATC; leczenie powinno być zalecone przez lekarza specjalistę: onkologa lub hematologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje leczenia hormonalnego, w tym leczenia hormonalnego ze wskazań onkologicznych;

- 3) *dializoterapia w ostrej niewydolności nerek* – zastosowanie co najmniej jednokrotnie zabiegu hemodializy lub hemofiltracji w przebiegu ostrej niewydolności nerek; zakres ubezpieczenia nie obejmuje: zabiegów w przebiegu zatrucia alkoholem etylowym, metylowym lub glikolem etylenowym oraz niezaleconego przez lekarza zażycia: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych;
- 4) *dializoterapia w przewlekłej niewydolności nerek* – leczenie przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej, trwające przez okres co najmniej trzech miesięcy;
- 5) *embolizacja tętniaka tętnic mózgowych* – neuroradiologiczne leczenie tętniaków tętnic śródczaszkowych metodą embolizacji wewnątrznaczyniowej za pomocą spiral;
- 6) *Gamma Knife lub Cyber Knife* – leczenie metodą Gamma Knife lub Cyber Knife w przebiegu następujących chorób nienowotworowych: neuralgii nerwu trójdzielnego, drżenia samoistnego, malformacji naczyniowych;
- 7) *kardiowerter/defibrylator* – urządzenie elektroniczne z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną, celem leczenia zaburzeń rytmu serca pochodzenia komorowego lub epizodów nagłego zatrzymania krążenia;
- 8) *radioterapia* – leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego;
- 9) *rozrusznik serca* – (stymulator serca, kardiostymulator) urządzenie elektroniczne służące do pobudzania rytmu serca, wszczepiane do ciała chorego;
- 10) *terapia interferonowa* – podawanie drogą pozajelitową interferonu celem leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C lub stwardnienia rozsianego.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej dziecka

INDEKS GNOMD/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01

§ 1; § 2 ust. 1; § 3

pkt 1–16 Tabeli operacji medycznych Załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

§ 36 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01

w związku z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01

§ 2 ust. 2; § 4

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *dziecka*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *operację medyczną* przeprowadzoną u *dziecka* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, spowodowaną:
 - 1) *chorobą* lub
 - 2) *obrażeniami ciała*, powstałymi w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.
3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje operacji medycznych, wynikających z *chorób*, które zdiagnozowano, rozpoznano lub względem których prowadzono postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 5 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszych OWUD.
4. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o świadczenie lekowe w związku z przeprowadzeniem *operacji medycznej*. Rozszerzenie zakresu umowy dodatkowej potwierdzone jest w *polisie* lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia.

- 4) 10% *sumy ubezpieczenia* – w przypadku *operacji medycznej* 4 klasy; zgodnie z Tabelą operacji medycznych, stanowiącą załącznik do niniejszych OWUD.
2. Niezależnie od liczby *operacji medycznych*, jeżeli zostały przeprowadzone w tym samym dniu i w okresie kolejnych 60 dni, *Ubezpieczonemu* przysługuje tylko jedno najwyższe świadczenie z tytułu przeprowadzonych *operacji medycznych dziecka*, ustalone zgodnie z Tabelą operacji medycznych.
3. Klasa *operacji medycznej* i data jej przeprowadzenia potwierdzane są na podstawie dokumentacji medycznej. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie klasy operacji i daty jej przeprowadzenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.
4. Suma świadczeń w danym roku *polisy* nie może być wyższa niż *suma ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.

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

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

1. W przypadku *operacji medycznej* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości:
 - 1) 100% *sumy ubezpieczenia* – w przypadku *operacji medycznej* 1 klasy;
 - 2) 60% *sumy ubezpieczenia* – w przypadku *operacji medycznej* 2 klasy;
 - 3) 25% *sumy ubezpieczenia* – w przypadku *operacji medycznej* 3 klasy;

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o świadczenie lekowe?

§ 3

W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z przeprowadzeniem *operacji medycznej* 1 lub 2 klasy, Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* jednorazowe świadczenie lekowe w wysokości wskazanej w *polisie*

lub *dokumentem umowy ubezpieczenia*, o ile zakres *umowy dodatkowej* został rozszerzony o świadczenie lekowe.

! Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie lekowe po dniu przyznania prawa do świadczenia w związku z *operacją medyczną* 1 lub 2 klasy.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 4

1. Świadczenie z tytułu niniejszych OWUD nie zostanie wypłacone w związku z *operacją medyczną*:
 - 1) w której *dziecko* było dawcą organów lub narządów;
 - 2) będącą operacją kosmetyczną lub plastyczną, z wyjątkiem *operacji medycznej* niezbędnej do usunięcia następstw *nieszczęśliwych wypadków* zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD lub choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;

- 3) przeprowadzoną w celu antykoncepcyjnym;
 - 4) przeprowadzoną w celu implantowania zębów;
 - 5) wykonaną w celach diagnostycznych;
 - 6) związaną z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową;
 - 7) będącą następstwem zdarzeń wymienionych w § 19 OWU.
2. Świadczenie z tytułu niniejszych OWUD nie przysługuje, jeżeli *dziecko* zmarło w trakcie *operacji medycznej*.

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

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka

INDEKS GNUD/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
§ 1; § 2; § 3 ust. 1, 2, 7

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

§ 36 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
w związku z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia
§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest *urodzenie się dziecka*.
2. Za *urodzenie się dziecka* uznaje się również przysposobienie przez *Ubezpieczonego* *dziecka*, które urodziło się w okresie udzielania ochrony z tytułu niniejszych OWUD.

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

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

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

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

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

§ 3

1. W przypadku potwierdzenia przez Towarzystwo *urodzenia się dziecka wymagającego leczenia* *dziecko* uzyskuje dostęp do konsultacji *lekarzy*

specjalistów, o ile zakres umowy dodatkowej został rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji lekarzy specjalistów.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka wymagającego leczenia

INDEKS GNUDL/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01

§ 1; § 2; § 3 ust. 1, 2, 7

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

§ 36 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01

w związku z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest *urodzenie się dziecka wymagającego leczenia*.
2. Za *urodzenie się dziecka wymagającego leczenia* uznaje się również przysposobienie przez *Ubezpieczonego dziecka wymagającego leczenia*, które urodziło się w okresie udzielania ochrony z tytułu niniejszych OWUD.

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

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

1. W przypadku *urodzenia się dziecka wymagającego leczenia* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* jedno świadczenie z tytułu niniejszych OWUD. Wysokość świadczenia odpowiada:
 - 1) 100% *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD, w przypadku:
 - a) *urodzenia się dziecka*, które przy urodzeniu otrzymało 5–8 punktów w skali Apgar,
 - b) *urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną*,
 - c) *urodzenia się dziecka jako wcześniaka*;
 - 2) 150% *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD, w przypadku *urodzenia się dziecka*, które przy urodzeniu otrzymało 1–4 punktów w skali Apgar.

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

2. Jeżeli *dziecko wymagające leczenia* urodziło się z *wadą wrodzoną*, świadczenie zostanie wypłacone, pod warunkiem że:
 - 1) *dziecko* przeżyło co najmniej 30 dni od daty urodzenia;
 - 2) istnienie *wady wrodzonej* zostało potwierdzone odpowiednimi wynikami badań biochemicznych lub obrazowych.
3. Jeżeli *dziecko* wymagające leczenia urodziło się jako *wcześniak*, świadczenie zostanie wypłacone, pod warunkiem że *dziecko* żyło przynajmniej 2 tygodnie od dnia porodu.

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

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

§ 3

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się martwego noworodka

INDEKS GNSB/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01; § 1; § 2; § 3

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

§ 36 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
w związku z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia
§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

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

Co oznaczają poszczególne pojęcia?

§ 3

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

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców *Ubezpieczonego*

INDEKS GNSR/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01

§ 1; § 2

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

§ 36 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
w związku z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01

§ 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

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

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

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

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

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa względem poszczególnych *Ubezpieczonych*?

§ 3

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

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GNWSR/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 1; § 2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

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

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

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

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

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa względem poszczególnych Ubezpieczonych?

§ 3

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

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców współmałżonka

INDEKS GNST/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 1; § 2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 36 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 w związku z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia § 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01 § 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *rodziców współmałżonka*.

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

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

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

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

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa względem poszczególnych Ubezpieczonych?

§ 3

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

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GNWST/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
-------------------	--

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
---	---

	§ 1; § 2
--	----------

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
--	---

	§ 3
--	-----

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *rodziców współmałżonka*.

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

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

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 2

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

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

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

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa względem poszczególnych Ubezpieczonych?

§ 3

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

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz jego rodziny AXA 24

INDEKS GNŚO/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
§ 1; § 2; § 3 ust. 1, 3 i 4; § 5

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

§ 36 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
w związku z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia
§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
§ 3 ust. 5 i 6; § 4

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego, współmałżonka, partnera, dziecka, rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka lub partnera*.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń z tytułu niniejszych OWUD są:
 - 1) *Ubezpieczony;*
 - 2) *współmałżonek;*
 - 3) *partner;*
 - 4) *dziecko;*
 - 5) *rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka lub partnera – jedynie w zakresie świadczeń wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 14).*
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) *chorobę;*
 - 2) *obrażenia ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku;*
 - 3) *pogorszenie się stanu zdrowia w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 14);*
 - 4) *urodzenie się dziecka Ubezpieczonego.*
4. W przypadku zaistnienia *zdarzenia ubezpieczeniowego* Towarzystwo zobowiązuje się do zapewnienia *Ubezpieczonemu, współmałżonkowi, partnerowi oraz dziecku* świadczeń polegających na organizacji lub organizacji i pokryciu kosztów usług w zakresie i na zasadach opisanych w § 2 ust. 1, oraz rodzicowi *Ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka lub partnera – świadczeń w zakresie i na zasadach opisanych w § 2 ust. 1 pkt 17).*
5. *Suma ubezpieczenia z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, do której realizowane są świadczenia wymienione w § 2 ust. 1 pkt 1)–16), wynosi 6000 zł.*
6. *Suma ubezpieczenia* wymieniona w ust. 5 może być wykorzystywana wielokrotnie, pod warunkiem że odnosi się do różnych *zdarzeń ubezpieczeniowych*.
7. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie przyznane w związku z *chorobą, którą zdiagnozowano, rozpoznano lub względem której prowadzono postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 5 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszych OWUD.*

Jakie świadczenia zostaną przyznane?

§ 2

1. W przypadku zaistnienia *zdarzenia ubezpieczeniowego* świadczenia medyczne realizowane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej na poniżej określonych zasadach:
 - 1) **opieka po hospitalizacji** – jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia na skutek wystąpienia *zdarzenia ubezpieczeniowego* była hospitalizowana przez okres dłuższy niż 5 dni oraz zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez *lekarza prowadzącego* powinna pozostawać w pozycji leżącej po okresie *hospitalizacji*, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej albo domowej po zakończeniu *hospitalizacji*, w *miejscu zamieszkania*;
 - 2) **dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza** – jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia na skutek wystąpienia *zdarzenia ubezpieczeniowego* wymaga pozostawania w pozycji leżącej, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez *lekarza prowadzącego*, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów dostarczenia niezbędnych leków, zaleconych wcześniej przez *lekarza prowadzącego* na podstawie recept i odpowiednio pisemnych zaleceń, do *miejsca pobytu*; Towarzystwo nie pokrywa kosztów zakupu leków;
 - 3) **transport medyczny z osobą towarzyszącą z miejsca pobytu do placówki medycznej** – jeżeli zaistniała konieczność przewiezienia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia do *placówki medycznej* na skutek wystąpienia *zdarzenia ubezpieczeniowego*, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego do *placówki medycznej* wskazanej przez *lekarza prowadzącego*, w uzgodnieniu z *lekarzem Centrum Operacyjnego AXA*; o wyborze środka transportu decyduje *lekarz Centrum Operacyjnego AXA* w porozumieniu z *lekarzem prowadzącym*;
 - 4) **transport medyczny z osobą towarzyszącą z placówki medycznej do miejsca zamieszkania** – w przypadku gdy w następstwie *zdarzenia ubezpieczeniowego* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia przebywała w *placówce medycznej*, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego z *placówki medycznej* do *miejsca zamieszkania*; o wyborze środka transportu decyduje *lekarz Centrum Operacyjnego AXA* w porozumieniu z *lekarzem prowadzącym*;
 - 5) **transport medyczny z osobą towarzyszącą z placówki medycznej do placówki medycznej** – w przypadku gdy *placówka medyczna*, w której na skutek wystąpienia *zdarzenia ubezpieczeniowego* przebywa

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

osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jej stanu zdrowia albo gdy osoba uprawniona do otrzymania świadczenia skierowana została na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego do placówki medycznej odpowiadającej wymogom leczenia albo do placówki medycznej, w której zostaną wykonane badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny; świadczenie realizowane jest na piśmie zalecenie lekarza prowadzącego, po konsultacji z lekarzem Centrum Operacyjnego AXA i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia osoby uprawnionej;

- 6) **wizyta lekarska** – Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza pierwszego kontaktu do miejsca pobytu, jeżeli powyższe jest konieczne w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym, z zastrzeżeniem że w przypadku wizyt lekarskich organizowanych w związku z chorobą, w danym roku polisy przysługują prawo do 3 wizyt lekarskich w placówce medycznej oraz do 3 wizyt lekarskich w miejscu pobytu; powyższy limit dotyczy łącznie wszystkich wizyt lekarskich organizowanych na rzecz wszystkich osób uprawnionych; świadczenie jest organizowane, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;
- 7) **wizyta pielęgniarki** – Towarzystwo – na zlecenie lekarza prowadzącego – zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów honorariów i dojazdów pielęgniarki do miejsca pobytu, jeżeli powyższe jest konieczne w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym; świadczenie obejmuje organizację i pokrycie kosztów:
- wykonywania czynności związanych z utrzymaniem higieny,
 - wykonywania zabiegów leczniczych, w szczególności: okłady, opatrunki, rehabilitacja oddechowa, podawanie leków itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego,
 - wykonywania czynności diagnostycznych, w szczególności: pomiar ciśnienia i tętna, ważenie itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego,
 - wykonywania czynności pomagających w odżywianiu się;
- 8) **rehabilitacja** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, zgodnie ze wskazaniem lekarza specjalisty, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w miejscu zamieszkania albo zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej;
- 9) **wypożyczenie albo zakup sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, zgodnie ze wskazaniem lekarza specjalisty, powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Towarzystwo zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny; dodatkowo Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty transportu drobnego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania; Towarzystwo zapewnia dostęp do sprzętu rehabilitacyjnego oraz pokrywa w granicach sumy ubezpieczenia:
- koszty wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego;
 - koszty zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.
- Towarzystwo nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową przebiegu i skutków terapii prowadzonej w ramach rehabilitacji; Centrum Operacyjne AXA nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach;
- 10) **opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi** – w przypadku hospitalizacji osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w wyniku zdarzenia ubezpieczeniowego, w sytuacji gdy przewidywany jest dłuższy niż 3-dniowy okres hospitalizacji, Towarzystwo – na wniosek Ubezpieczonego – zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:
- przewozu dzieci Ubezpieczonego w towarzystwie osoby wyznaczonej przez Ubezpieczonego do miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy), albo
 - przejazdu osoby wyznaczonej przez Ubezpieczonego do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania (na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej) do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);
- warunkiem świadczenia wskazanych wyżej świadczeń jest podanie Centrum Operacyjnemu AXA przez Ubezpieczonego następujących danych osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi: imię i nazwisko, dane teleadresowe;
- Centrum Operacyjne AXA świadczy usługi organizacji opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi po uzyskaniu przez lekarza Centrum Operacyjnego AXA informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji oraz gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną przez Ubezpieczonego do opieki;
- w przypadku gdy Centrum Operacyjnemu AXA nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki, w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia przez Ubezpieczonego, pod wskazanym przez Ubezpieczonego adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowa-

nie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania usług, Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania – pod warunkiem że zostanie ono udostępnione – maksymalnie do 3 dni; jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Centrum Operacyjne AXA dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną;

powyższe usługi są realizowane na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić;

- 11) **korepetycje** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego dziecko nie może uczestniczyć w zajęciach dydaktycznych w placówce oświatowo-wychowawczej w związku z koniecznością hospitalizacji przez okres dłuższy niż 14 dni lub koniecznością przebywania w miejscu zamieszkania na zwolnieniu lekarskim powyżej 14 dni, Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty dojazdu korepetytora do miejsca hospitalizacji dziecka lub miejsca zamieszkania oraz koszty korepetycji w zakresie bieżącego programu nauczania w placówce oświatowo-wychowawczej w czasie nieobecności dziecka (z wyłączeniem materiału dydaktycznego o charakterze specjalistycznym lub zawodowym, w odniesieniu do całej grupy przedmiotów); dla uczniów szkół podstawowych, gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych zakres świadczenia obejmuje korepetycje z przedmiotów wybranych spośród: języka polskiego, matematyki, fizyki, chemii, biologii, języków obcych (angielskiego, niemieckiego, francuskiego, hiszpańskiego);
- 12) **opieka domowa po hospitalizacji** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia była hospitalizowana przez okres dłuższy niż 7 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego powinna przebywać po okresie hospitalizacji w pozycji leżącej, Towarzystwo zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium osoby wyznaczonej do pełnienia opieki domowej w miejscu zamieszkania – do 5 dni, maksymalnie po 4 godziny dziennie – w niżej wymienionym zakresie:
- zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby,
 - niezbędne porządki,
 - dostawa/przygotowanie posiłków,
 - opieka nad zwierzętami domowymi,
 - podlewanie kwiatów;
- niniejsze świadczenie przysługuje jedynie w przypadku, gdy w miejscu zamieszkania nie ma osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić; ubezpieczeniem objęta jest wyłącznie dostawa wyżej wymienionych artykułów bez kosztów zakupu samych produktów, które to koszty pokrywa Ubezpieczony;
- 13) **wizyta położnej w przypadku urodzenia się dziecka** – w przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonego, na wniosek Ubezpieczonego, współmałżonka lub partnera, Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty 1 wizyty (tj. dojazdu oraz honorarium) położnej, w miejscu zamieszkania;
- 14) **pomoc psychologa** – w przypadku gdy w wyniku pogorszenia 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,
- osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia niezbędna jest pomoc psychologa, Towarzystwo zapewnia pomoc psychologa polegającą na organizacji i pokryciu kosztów wizyt u psychologa; Towarzystwo nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową przebiegu i skutków terapii; Towarzystwo, na prośbę osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, zapewnia również usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego;
- 15) **pobyt opiekuna prawnego w szpitalu w razie hospitalizacji dziecka** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego dziecko jest hospitalizowane, Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty:
- pobytu z dzieckiem jednego prawnego opiekuna dziecka w szpitalu, w którym dziecko jest hospitalizowane, zgodnie z możliwościami i wymogami, jakimi dysponuje szpital; w ramach świadczenia Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty łóżka szpitalnego dla jednego prawnego opiekuna dziecka w placówce medycznej, w której dziecko jest hospitalizowane, o ile dana placówka medyczna oferuje taką możliwość; świadczenie będzie realizowane zgodnie z lokalnymi możliwościami przez cały czas hospitalizacji dziecka, jednakże nie dłużej niż do wyczerpania sumy ubezpieczenia, albo
 - pobytu jednego opiekuna prawnego dziecka w hotelu najbliższym miejsca hospitalizacji dziecka – w przypadku gdy nie ma możliwości zorganizowania pobytu opiekuna prawnego w szpitalu, pod warunkiem że szpital znajduje się w odległości powyżej 50 km od miejsca zamieszkania;

- 16) **organizacja i pokrycie kosztów przyjazdu członka rodziny Ubezpieczonego podczas jego (Ubezpieczonego) hospitalizacji** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 3 dni w szpitalu znajdującym się poza miejscowością wskazaną w adresie miejsca zamieszkania, na wniosek Ubezpieczonego Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty transportu osoby wskazanej przez Ubezpieczonego z miejsca jej pobytu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej do placówki medycznej, w której Ubezpieczony jest hospitalizowany, oraz koszty podróży powrotnej tej osoby do miejsca jej zamieszkania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej po zakończonej hospitalizacji Ubezpieczonego; 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;
- 17) **udzielenie pomocy medycznej rodzicowi Ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka lub partnera** – Towarzystwo gwarantuje rodzicowi Ubezpieczonego oraz rodzicowi współmałżonka lub partnera organizację i pokrycie kosztów następujących usług:
- opieka po hospitalizacji** – jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka lub partnera był hospitalizowany przez okres co najmniej 5 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego powinien leżeć po okresie hospitalizacji, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej albo domowej po zakończeniu hospitalizacji, w miejscu zamieszkania rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka lub partnera; Towarzystwo pokrywa koszty tego świadczenia do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
 - transport na wizytę kontrolną** – jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka lub partnera był hospitalizowany przez okres co najmniej 5 dni oraz zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego powinien udać się na wizytę kontrolną, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu na 1 wizytę kontrolną w roku z miejsca zamieszkania rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka lub partnera do placówki medycznej, Towarzystwo pokrywa również koszty transportu powrotnego z placówki medycznej do miejsca zamieszkania rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka lub partnera,
 - asysta** – jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka lub partnera wymaga transportu medycznego do placówki medycznej i z powrotem, Towarzystwo zapewni zorganizowanie i pokrycie honorarium osoby, która będzie towarzyszyć rodzicowi Ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka lub partnera podczas tego transportu oraz pomoże przy załatwieniu w placówce medycznej formalności związanych z rejestracją oraz wypisem ze szpitala; Towarzystwo pokrywa koszty tego świadczenia do łącznej kwoty 200 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
 - infolinia medyczna** – na wniosek rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka lub partnera Towarzystwo zapewni udzielenie pierwszej konsultacji z lekarzem Centrum Operacyjnego AXA drogą telefoniczną na podstawie informacji przekazanych przez rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka lub partnera; ogólna informacja, o której mowa powyżej, nie stanowi porady medycznej; Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zastosowania się do uzyskanych informacji; świadczenie jest realizowane, o ile stan zdrowia rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka lub partnera nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego;
- 18) **przekazanie pilnej wiadomości od Ubezpieczonego, współmałżonka, partnera lub dziecka** – na wniosek osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia Operator Centrum Operacyjnego AXA przekazuje wyznaczonej przez nią osobie każdą pilną wiadomość w związku z nagłym zdarzeniem ubezpieczeniowym, któremu uległa;
- 19) **infolinia medyczna** – Towarzystwo zapewnia dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z uprawnionym personelem medycznym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ustnej ogólnej informacji o danym schorzeniu, typowo stosowanym leczeniu, w tym o nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, a także o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń; Towarzystwo gwarantuje również dostęp do informacji na temat:
- jednostek chorobowych,
 - stanów wymagających nagłej pomocy,
 - zachowań prozdrowotnych,
 - leków, w tym objawów niepożądanych przy przyjmowaniu leków, oraz przyjmowania leków w trakcie ciąży,
 - ciąży – jej objawów, etapów rozwoju płodu, badań w czasie ciąży, zagrożeń, diety w trakcie ciąży i po porodzie,
 - przygotowania się do porodu,
 - pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
 - badania prenatalnych,
 - szkół rodzenia,
 - karmienia noworodka,
 - obowiązkowych szczepień dzieci,
 - pielęgnacji niemowląt,
 - transportu medycznego,
 - telefonów zaufania i grup wsparcia, udzielających na terenie Rzeczypospolitej Polskiej pomocy osobom dotkniętym alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na określone schorzenia (np. cukrzycę, chorobę serca), kobietom po mastektomii, rodzicom ciężko chorych dzieci,
 - placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy Centrum Operacyjnego AXA,
 - apteki znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
 - badania kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
 - szczepień, zagrożeń epidemiologicznych dla podróżnych,
 - placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - sposobu przygotowywania się do zabiegów lub badań medycznych,
 - domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby;
- informacje, o których mowa powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza Centrum Operacyjnego AXA i Towarzystwa.
2. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń przekroczy sumę ubezpieczenia określoną w OWUD, może ona zostać wykonana przez Centrum Operacyjne AXA, o ile Ubezpieczony, współmałżonek lub partner, przedstawiciel ustawy dziecka, a także dziecko gdy jest pełnoletnie wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowaną przez Towarzystwo sumą ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia określona w § 1 ust. 5 odnosi się łącznie do Ubezpieczonego, współmałżonka lub partnera i dziecka.
3. O celowości organizacji i pokrycia kosztów wszystkich wymienionych powyżej usług medycznych decyduje lekarz Centrum Operacyjnego AXA w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

W jaki sposób realizowane są świadczenia ubezpieczeniowe?

§ 3

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

4. Świadczenia odnoszące się do zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną Towarzystwa są realizowane przez czas maksymalnie 12 miesięcy, licząc od daty zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, w związku z którym dane świadczenie przysługuje, z zastrzeżeniem postanowień opisu świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 14).
5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy spełnienia świadczenia, zmniejszenia go lub – w przypadku zwrotu kosztów – pokrycia całkowitych kosztów, jakie Towarzystwo poniosłoby w przypadku organizowania usług we własnym zakresie, jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba występująca w jej imieniu umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie dopełniły któregokolwiek z obowiązków określonych wyżej, o ile przyczyniło się to do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Towarzystwu ustalenie okoliczności lub skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. Podanie nieprawdziwych danych, dotyczących okoliczności lub skutków zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, lub uchylenie się od udzielenia wyjaśnień, powoduje odmowę zwrotu kosztów. W przypadku podania nieprawdziwych informacji Towarzystwo może zażądać zwrotu poniesionych kosztów.
7. Wykonanie usług medycznych gwarantowanych w niniejszych OWUD może być opóźnione na skutek strajków, zamieszek, niepokojów społecznych, zamachów terrorystycznych, wojny domowej lub wojny o zasięgu międzynarodowym, promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, zaistnienia zdarzenia losowego lub zadziałania siły wyższej udokumentowanych przez Towarzystwo.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 4

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

- i) chorób przenoszonych drogą płciową, chorób wenerycznych,
- j) chorób przewlekłych,
- k) przerywania ciąży, sztucznego zapłodnienia lub każdego innego leczenia bezpłodności oraz kosztów środków antykoncepcyjnych,
- l) szczepień,
- m) leczenia dentystrycznego,
- n) niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Operacyjnego AXA.

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

Co oznaczają poszczególne pojęcia?

§ 5

- 1) **Centrum Operacyjne AXA** – jednostka zajmująca się organizacją i świadczeniem usług określonych w niniejszych OWUD, wskazana przez Towarzystwo i działająca w jego imieniu;
- 2) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona, lub choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje;
- 3) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
- 4) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, zamieszkujące wspólnie z Ubezpieczonym w miejscu zamieszkania, które nie ukończyło 25. roku życia;
- 5) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w celu przeprowadzenia leczenia;
- 6) **lekarz Centrum Operacyjnego AXA** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez Centrum Operacyjne AXA i uprawniona do występowania w imieniu Centrum Operacyjnego AXA;
- 7) **lekarz prowadzący** – lekarz sprawujący opiekę nad osobą objętą ochroną z ramienia placówki medycznej, w której osoba ta poddała się leczeniu;
- 8) **miejsce pobytu** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w którym Ubezpieczony, współmałżonek lub partner lub dziecko przebywa tymczasowo i które w ocenie przedstawiciela Centrum Operacyjnego AXA spełnia warunki realizacji świadczeń AXA 24;
- 9) **miejsce zamieszkania** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej wskazane przez Ubezpieczonego, współmałżonka lub partnera lub dziecko jako miejsce stałego zamieszkania;
- 10) **nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, współmałżonka lub partnera, dziecka lub (tylko dla świadczeń wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 17) rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka lub partnera, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa, w następstwie którego Ubezpieczony, współmałżonek lub partner, dziecko, rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka lub partnera niezależnie od swojej woli doznał uszkodzenia ciała, uszczerbku na zdrowiu lub zmarł;
- 11) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 12) **poronienie** – samoistne, przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 20 tygodni;
- 13) **sprzęt rehabilitacyjny** – niezbędny drobny sprzęt rehabilitacyjny określony i zalecony przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie, umożliwiający samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie; przez drobny sprzęt rehabilitacyjny rozumie się sprzęt, którego waga nie przekracza 20 kg;
- 14) **urodzenie martwego dziecka** – urodzenie martwego noworodka, zarejestrowanego w urzędzie stanu cywilnego, w akcie urodzenia którego Ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic tego dziecka;
- 15) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie umowy dodatkowej, polegające na wystąpieniu u osób objętych ochroną:
 - a) choroby,
 - b) obrażeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - c) pogorszenia się stanu zdrowia w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 14),
 - d) urodzenia się dziecka Ubezpieczonego – wyłącznie w zakresie świadczenia wizyty położnej w przypadku urodzenia się dziecka.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia świadczeń medycznych i opiekuńczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku AXA MEDI

INDEKS GNAM/17/06/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
§ 1; § 2; § 3 ust. 1, 2, 4 i 5; § 5

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

§ 36 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
w związku z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia
§ 37 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/17/06/01
§ 3 ust. 3 i 12; § 4

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie:

- 1) *Ubezpieczonego*, jeżeli *umowa dodatkowa* zawarta jest w formie indywidualnej,
- 2) *Ubezpieczonego, współmałżonka* albo *partnera, dziecka*, jeżeli *umowa dodatkowa* zawarta jest w formie rodzinnej.

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

- 1) *Ubezpieczony*, jeżeli *umowa dodatkowa* zawarta jest w formie indywidualnej,
- 2) *Ubezpieczony, współmałżonek* albo *partner, dziecko*, jeżeli *umowa dodatkowa* zawarta jest w formie rodzinnej.

3. Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- 1) pęknięcia lub złamania kości;
- 2) zwichnięcia lub skręcenia stawu;
- 3) urazy kręgosłupa;
- 4) urazy głowy (wstrząśnienie mózgu, pęknięcie kości czaszki);
- 5) urazy narządów wewnętrznych;
- 6) urazy oka,

powstałe w wyniku *nieszczęśliwego wypadku*, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

Jakie świadczenia zostaną przyznane?

§ 2

1. W przypadku zaistnienia *nieszczęśliwego wypadku* osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia Towarzystwo zobowiązuje się do organizacji lub organizacji i pokrycia kosztów świadczeń w zakresie i na zasadach opisanych poniżej.

2. O celowości organizacji i pokrycia kosztów wszystkich wymienionych poniżej usług medycznych decyduje *lekarz Centrum Operacyjnego AXA* w porozumieniu z *lekarzem prowadzącym*.

3. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń wymienionych w niniejszych OWUD przekroczy limity zdefiniowane dla danego świadczenia, może zostać wykonana przez *Centrum Operacyjne AXA*, o ile osoba uprawniona do otrzymania świadczenia wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Towarzystwo limitem dla określonego świadczenia.

4. Wszystkie poniżej wymienione świadczenia realizowane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

5. W przypadku zaistnienia *nieszczęśliwego wypadku* osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia przysługuje prawo do skorzystania z maksymalnie 20 spośród poniżej wymienionych świadczeń:

Pomoc medyczna

1) Konsultacja chirurga

Centrum Operacyjne AXA, w oparciu o pisemne zalecenie *lekarza prowadzącego*, zorganizuje i pokryje koszty wizyt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia u lekarza chirurga.

2) Konsultacja okulisty

Centrum Operacyjne AXA, w oparciu o pisemne zalecenie *lekarza prowadzącego*, zorganizuje i pokryje koszty wizyt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia u okulisty.

3) Konsultacja otolaryngologa

Centrum Operacyjne AXA, w oparciu o pisemne zalecenie *lekarza prowadzącego*, zorganizuje i pokryje koszty wizyt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia u otolaryngologa.

4) Konsultacja ortopedy

Centrum Operacyjne AXA, w oparciu o pisemne zalecenie *lekarza prowadzącego*, zorganizuje i pokryje koszty wizyt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia u ortopedy.

5) Konsultacja kardiologa

Centrum Operacyjne AXA, w oparciu o pisemne zalecenie *lekarza prowadzącego*, zorganizuje i pokryje koszty wizyt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia u kardiologa.

6) Konsultacja neurologa

Centrum Operacyjne AXA, w oparciu o pisemne zalecenie *lekarza prowadzącego*, zorganizuje i pokryje koszty wizyt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia u neurologa.

7) Konsultacja pulmonologa

Centrum Operacyjne AXA, w oparciu o pisemne zalecenie *lekarza prowadzącego*, zorganizuje i pokryje koszty wizyt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia u pulmonologa.

8) Konsultacja lekarza rehabilitacji

Centrum Operacyjne AXA, w oparciu o pisemne zalecenie *lekarza prowadzącego*, zorganizuje i pokryje koszty wizyt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia u lekarza rehabilitacji.

9) Konsultacja neurochirurga

Centrum Operacyjne AXA, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia u neurochirurga.

10) Konsultacja psychologa

Centrum Operacyjne AXA, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia u psychologa.

11) Zabiegi ambulatoryjne

Centrum Operacyjne AXA, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty zabiegów medycznych wykonanych na rzecz osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w warunkach ambulatoryjnych w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych, stanowiącej Załącznik do niniejszych OWUD.

12) Badania laboratoryjne

Centrum Operacyjne AXA, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty badań laboratoryjnych osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia 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.

13) Badania radiologiczne

Centrum Operacyjne AXA, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty badań radiologicznych osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych.

14) Badania ultrasonograficzne

Centrum Operacyjne AXA, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty badań ultrasonograficznych osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych.

15) Pakiet rehabilitacyjny

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia wymaga rehabilitacji – zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego – Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty jednego z poniższych świadczeń:

1) wizyt fizjoterapeuty w *miejscu pobytu* osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia albo

2) wizyty osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w poradni rehabilitacyjnej, znajdującej się najbliższej jej *miejsca pobytu* w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych.

Świadczenie Pakiet rehabilitacyjny składa się z maksymalnie 40 zabiegów/procedur medycznych. W ramach danego *nieszczęśliwego wypadku* świadczenie może być wykorzystane tylko jeden raz.

16) Tomografia komputerowa

Centrum Operacyjne AXA, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty tomografii komputerowej osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych. W ramach danego *nieszczęśliwego wypadku* świadczenie może być wykorzystane tylko jeden raz.

17) Rezonans magnetyczny

Centrum Operacyjne AXA, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty rezonansu magnetycznego osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych. W ramach danego *nieszczęśliwego wypadku* świadczenie może być wykorzystane tylko jeden raz.

Pomoc opiekuńcza

18) Opieka pielęgniarska

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia wymaga opieki pielęgniarskiej w *miejscu pobytu* – zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego – Centrum Operacyjne AXA zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia opieki pielęgniarskiej w zakresie zaleconym przez lekarza prowadzącego i możliwym do wykonania w *miejscu pobytu*. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej. Świadczenie obejmuje maksymalnie 4 wizyty pielęgniarki. W ramach danego *nieszczęśliwego wypadku* świadczenie może być wykorzystane tylko jeden raz.

19) Sprzęt rehabilitacyjny

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia – zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza Centrum Operacyjnego AXA wydanym w oparciu o dokumentację medyczną – powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty wypożyczenia albo zakupu oraz koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do *miejsca pobytu*. Maksymalny koszt zakupu lub wypożyczenia wynosi 800 zł. W ramach danego *nieszczęśliwego wypadku* świadcze-

nie może być wykorzystane tylko jeden raz. Centrum Operacyjne AXA nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach.

20) Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* Ubezpieczony – zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza Centrum Operacyjnego AXA wydanym w oparciu o dokumentację medyczną – powinien używać przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych, Centrum Operacyjne AXA zrefunduje koszty: zakupu, wypożyczenia lub naprawy przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych do limitu 1000 zł. W ramach danego *nieszczęśliwego wypadku* świadczenie może być wykorzystane tylko jeden raz.

21) Transport osoby wskazanej w przypadku hospitalizacji osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia wymaga hospitalizacji przez okres dłuższy niż 4 dni w placówce medycznej znajdującej się powyżej 50 km od *miejsca zamieszkania*, Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty transportu wskazanej przez nią osoby z *miejsca jej pobytu* na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej do *placówki medycznej*, w której osoba uprawniona do otrzymania świadczenia jest hospitalizowana, oraz koszty podróży powrotnej tej osoby do *miejsca jej zamieszkania* na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej po zakończonej hospitalizacji. Transport odbywa się:

- 1) taksówką (nie dalej jednak 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 do i z dworca lub lotniska.

22) Zakwaterowanie osoby wskazanej w przypadku hospitalizacji osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia wymaga hospitalizacji przez okres dłuższy niż 4 dni w placówce medycznej znajdującej się powyżej 50 km od *miejsca zamieszkania*, Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty zakwaterowania wskazanej przez nią osoby w hotelu o kategorii do trzech gwiazdek, znajdującym się najbliższej *miejsca hospitalizacji*. Świadczenie obejmuje zakwaterowanie przez maksymalnie 4 doby hotelowe i obejmuje nocleg wraz ze śniadaniem. W ramach danego *nieszczęśliwego wypadku* świadczenie może być wykorzystane tylko jeden raz.

23) Transport do placówki medycznej

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* zaistniała konieczność przewiezienia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia do *placówki medycznej*, Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty jej transportu wraz z osobą przez nią wskazaną z *miejsca pobytu* do odpowiedniej *placówki medycznej* dostosowanej do stanu zdrowia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia środkiem transportu. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego AXA w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

24) Transport pomiędzy placówkami medycznymi

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia 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*, Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty transportu osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia wraz z osobą przez nią wskazaną pomiędzy *placówkami medycznymi*. Świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, po konsultacji z lekarzem Centrum Operacyjnego AXA i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.

25) Transport z placówki medycznej

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia była hospitalizowana i wymaga transportu z *placówki medycznej* do *miejsca zamieszkania* zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego, Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu wraz z osobą przez nią wskazaną, środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego AXA w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

26) Transport na komisję lekarską oraz transport powrotny

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia musi udać się, zgodnie z otrzymanym wezwaniem, na komisję lekarską, Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty transportu tej osoby wraz z osobą przez nią wskazaną z *miejsca zamieszkania* do siedziby komisji lekarskiej oraz transportu powrotnego do *miejsca zamieszkania*, jeżeli ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, osoba uprawniona do otrzymania świadczenia nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub własnym samochodem. O wy-

borze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego AXA w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

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

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia była hospitalizowana przez okres dłuższy niż 4 dni i zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego przed upływem roku od dnia zakończenia hospitalizacji powinna udać się na wizytę kontrolną do placówki medycznej, Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty transportu na taką wizytę oraz transport powrotnego do miejsca zamieszkania, jeżeli ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, osoba uprawniona do otrzymania świadczenia nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub własnym samochodem. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego AXA w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

28) **Dostarczenie rzeczy osobistych do szpitala**

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia trafiła do szpitala, Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia niezbędnych artykułów pierwszej potrzeby, w szczególności: odzieży, przyborów toaletowych, okularów – jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników w niniejszym zakresie. Warunkiem skorzystania ze świadczenia jest udostępnienie przez osobę wskazaną przez uprawnionego do otrzymania świadczenia wyżej wymienionych przedmiotów przedstawicielowi Centrum Operacyjnego AXA. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu wyżej wymienionych artykułów.

29) **Dostarczenie lekarstw**

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia zostały zaordynowane leki przez lekarza prowadzącego i zgodnie z jego pisemnym zaleceniem lub zaleceniem lekarza Centrum Operacyjnego AXA, podjętym w oparciu o dokumentację medyczną, osoba uprawniona do otrzymania świadczenia (z uwagi na rodzaj obrażeń, jakich doznała) nie może opuszczać miejsca zamieszkania, Centrum Operacyjne AXA zorganizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia jej leków przepisanych przez lekarza prowadzącego. Świadczenie przysługuje w przypadku, gdy osoba uprawniona do otrzymania świadczenia nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników w wyżej wymienionym zakresie. Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Centrum Operacyjnego AXA recepty niezbędnej do wykupienia leków. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu wyżej wymienionych leków.

30) **Pomoc domowa po hospitalizacji**

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia była hospitalizowana przez okres dłuższy niż 4 dni i po zakończonej hospitalizacji konieczne jest zapewnienie jej pomocy w miejscu zamieszkania – zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza Centrum Operacyjnego AXA podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – Centrum Operacyjne AXA zorganizuje oraz pokryje koszty honorarium i dojazdu pomocy domowej do miejsca zamieszkania osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, pod warunkiem iż nie ma ona możliwości skorzystania z pomocy domowników. Świadczenie obejmuje pomoc w następującym zakresie:

- 1) zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby;
- 2) codzienne porządki domowe;
- 3) dostawa lub przygotowanie posiłków;
- 4) opieka nad zwierzętami domowymi;
- 5) podlewanie kwiatów.

Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu jakichkolwiek materiałów lub środków spożywczych związanych z zapewnieniem pomocy domowej. Świadczenie obejmuje maksymalnie 4 wizyty po 4 godziny w okresie kolejnych 14 dni. W ramach danego *nieszczęśliwego wypadku* świadczenie może być wykorzystane tylko jeden raz.

31) **Dostarczenie podstawowych artykułów spożywczych**

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia nie może opuszczać miejsca zamieszkania – zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza Centrum Operacyjnego AXA podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia do miejsca zamieszkania osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia podstawowych artykułów spożywczych, jeżeli nie ma ona możliwości skorzystania z pomocy domowników w tym zakresie.

Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu artykułów spożywczych.

32) **Opieka nad dziećmi**

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia jest hospitalizowana albo musi przebywać w pozycji leżącej, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego, a konieczne jest zapewnienie opieki dzieciom, Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty opieki w miejscu

zamieszkania przez podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem tego typu usług lub – w uzasadnionych stanem zdrowia osoby, której opieka ma dotyczyć, okolicznościach – przez pielęgniarkę. Świadczenie obejmuje sprawowanie opieki maksymalnie przez 4 kolejne dni po 24 godziny na dobę. W ramach danego *nieszczęśliwego wypadku* świadczenie może być wykorzystane tylko jeden raz. Jeżeli po upływie wskazanego powyżej okresu będzie istniała konieczność przedłużenia czasu opieki, Centrum Operacyjne AXA dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną.

Świadczenie jest realizowane za pisemną zgodą osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, w sytuacji gdy w miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić, a osoba uprawniona do otrzymania świadczenia zapewniła dostęp do miejsca pobytu dzieci.

33) **Opieka nad osobami niesamodzielnymi**

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia jest hospitalizowana albo musi przebywać w pozycji leżącej, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego, a konieczne jest zapewnienie opieki osobie niesamodzielną, Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty opieki w miejscu zamieszkania przez podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem tego typu usług lub – w uzasadnionych stanem zdrowia osoby, której opieka ma dotyczyć, okolicznościach – przez pielęgniarkę. Świadczenie obejmuje sprawowanie opieki maksymalnie przez 4 kolejne dni po 24 godziny na dobę. W ramach danego *nieszczęśliwego wypadku* świadczenie może być wykorzystane tylko jeden raz. Jeżeli po upływie wskazanego powyżej okresu będzie istniała konieczność przedłużenia czasu opieki, Centrum Operacyjne AXA dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną.

Świadczenie jest realizowane za pisemną zgodą osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, w sytuacji gdy w miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić, a osoba uprawniona do otrzymania świadczenia zapewniła dostęp do miejsca pobytu osoby niesamodzielną.

34) **Opieka nad zwierzętami**

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia jest hospitalizowana i przewidywany okres hospitalizacji przekracza 4 dni, a konieczne jest zapewnienie opieki nad zwierzęciem domowym, Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty opieki nad zwierzęciem domowym w miejscu zamieszkania w zakresie karmienia, wyprowadzania na spacer oraz utrzymania higieny. Świadczenie obejmuje sprawowanie opieki maksymalnie przez 4 dni. W ramach danego *nieszczęśliwego wypadku* świadczenie może być wykorzystane tylko jeden raz.

Jeżeli po upływie okresu wskazanego jako limit na *nieszczęśliwy wypadek* będzie istniała konieczność przedłużenia czasu opieki, Centrum Operacyjne AXA dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub schronisko dla zwierząt na koszt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów karny dla zwierząt lub środków do utrzymania higieny używanych podczas sprawowania opieki.

Świadczenie jest realizowane za pisemną zgodą osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, w sytuacji gdy w miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić, a osoba uprawniona do otrzymania świadczenia zapewniła dostęp do miejsca pobytu zwierzęcia.

35) **Transport dziecka do placówki oświatowo-wychowawczej**

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia – zgodnie z pisemną opinią lekarza prowadzącego – nie może opuszczać miejsca zamieszkania, Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty przewozu dziecka z miejsca zamieszkania na zajęcia do szkoły, przedszkola, żłobka i z powrotem po zakończeniu zajęć.

Świadczenie jest realizowane za pisemną zgodą osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić taki transport, a osoba uprawniona do otrzymania świadczenia zapewniła dostęp do miejsca przebywania dzieci.

W ubezpieczeniu w formie rodzinnej dodatkowo dostępne są następujące świadczenia:

36) **Pobyt prawnego opiekuna w szpitalu**

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* dziecko jest hospitalizowane, Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty:

- 1) pobytu razem z dzieckiem jednego prawnego opiekuna dziecka w szpitalu, w którym dziecko jest hospitalizowane, zgodnie z wymogami i możliwościami, jakimi dysponuje szpital, albo
- 2) pobytu jednego opiekuna prawnego dziecka w hotelu o kategorii do trzech gwiazdek najbliższej miejsca hospitalizacji dziecka – w przypadku, gdy nie ma możliwości zorganizowania pobytu prawnego opiekuna w szpitalu, pod warunkiem że szpital znajduje się w odległości powyżej 50 km od miejsca zamieszkania.

Świadczenie obejmuje pobyt prawnego opiekuna w szpitalu przez okres trwania hospitalizacji dziecka, jednak nie dłużej niż 4 doby. W ramach danego zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenie może być wykorzystane tylko jeden raz.

37) Korepetycje

Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku dziecko, na podstawie zwolnienia lekarskiego, nie może przez co najmniej 7 dni uczestniczyć w zajęciach dydaktycznych w placówce oświatowo-wychowawczej, Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty dojazdu korepetytora do miejsca hospitalizacji dziecka lub miejsca zamieszkania oraz koszty korepetycji w zakresie bieżącego programu nauczania w placówce oświatowo-wychowawczej, do której uczęszcza dziecko.

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

Świadczenie obejmuje maksymalnie 10 godzin, jednak nie więcej niż 2 godziny w ramach jednej wizyty.

W ramach danego nieszczęśliwego wypadku świadczenie może być wykorzystane tylko jeden raz.

! Każdej osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia przysługuje maksymalnie 20 świadczeń z zakresu Pomocy medycznej i Pomocy opiekuńczej na jeden nieszczęśliwy wypadek. 20 świadczeń stanowi limit całkowity na jeden nieszczęśliwy wypadek.

Podsumowanie

Świadczenia dostępne w przypadku nieszczęśliwego wypadku osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia	Opis	Ile razy osoba uprawniona do otrzymania świadczenia może skorzystać ze świadczenia w ramach jednego nieszczęśliwego wypadku
POMOC MEDYCZNA		
1) Konsultacja chirurga	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego	Do wykorzystania limitu całkowitego
2) Konsultacja okulisty	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego	Do wykorzystania limitu całkowitego
3) Konsultacja otolaryngologa	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego	Do wykorzystania limitu całkowitego
4) Konsultacja ortopedy	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego	Do wykorzystania limitu całkowitego
5) Konsultacja kardiologa	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego	Do wykorzystania limitu całkowitego
6) Konsultacja neurologa	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego	Do wykorzystania limitu całkowitego
7) Konsultacja pulmonologa	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego	Do wykorzystania limitu całkowitego
8) Konsultacja lekarza rehabilitacji	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego	Do wykorzystania limitu całkowitego
9) Konsultacja neurochirurga	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego	Do wykorzystania limitu całkowitego
10) Konsultacja psychologa	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego	Do wykorzystania limitu całkowitego
11) Zabiegi ambulatoryjne	Pakiet zabiegów ambulatoryjnych zaleconych przez lekarza prowadzącego, w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania limitu całkowitego
12) Badania laboratoryjne	Badania laboratoryjne zalecone przez lekarza prowadzącego, w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania limitu całkowitego
13) Badania radiologiczne	Badania radiologiczne zalecone przez lekarza prowadzącego, w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania limitu całkowitego
14) Ultrasonografia	Badania ultrasonograficzne zalecone przez lekarza prowadzącego, w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania limitu całkowitego
15) Pakiet rehabilitacyjny	Maksymalnie 40 zabiegów/procedur medycznych zaleconych przez lekarza prowadzącego, w zakresie procedur wymienionych w Tabeli procedur medycznych	1 raz
16) Tomografia komputerowa	Badanie tomografii komputerowej zalecone przez lekarza prowadzącego, w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych	1 raz
17) Rezonans magnetyczny	Badanie rezonansu magnetycznego zalecone przez lekarza prowadzącego, w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych	1 raz
POMOC OPIEKUŃCZA		
18) Opieka pielęgniarska	Organizacja oraz pokrycie kosztów dojazdu i honorarium pielęgniarki, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego. Świadczenie obejmuje maksymalnie 4 wizyty.	1 raz
19) Sprzęt rehabilitacyjny	Organizacja i pokrycie kosztu wypożyczenia albo zakupu oraz kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego. Maksymalny koszt zakupu/wypożyczenia wynosi 800 zł.	1 raz
20) Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	Organizacja i pokrycie kosztu zakupu, wypożyczenia lub naprawy przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego. Maksymalny koszt zakupu, wypożyczenia lub naprawy wynosi 1000 zł	1 raz
21) Transport osoby wskazanej w przypadku hospitalizacji osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia	Transport osoby wskazanej przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia do/z placówki medycznej w przypadku, gdy osoba uprawniona do otrzymania świadczenia wymaga hospitalizacji przez okres dłuższy niż 4 dni w placówce medycznej znajdującej się powyżej 50 km od miejsca zamieszkania.	Do wykorzystania limitu całkowitego
22) Zakwaterowanie osoby wskazanej w przypadku hospitalizacji osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia	Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania osoby wskazanej przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia w hotelu, w przypadku gdy osoba uprawniona do otrzymania świadczenia wymaga hospitalizacji przez okres dłuższy niż 4 dni w placówce medycznej znajdującej się powyżej 50 km od miejsca zamieszkania. Świadczenie obejmuje zakwaterowanie przez maksymalnie 4 doby hotelowe.	1 raz
23) Transport do placówki medycznej	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania limitu całkowitego

Świadczenia dostępne w przypadku nieszczęśliwego wypadku osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia	Opis	Ile razy osoba uprawniona do otrzymania świadczenia może skorzystać ze świadczenia w ramach jednego nieszczęśliwego wypadku	
24)	Transport pomiędzy placówkami medycznymi	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania limitu całkowitego
25)	Transport z placówki medycznej	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania limitu całkowitego
26)	Transport na komisję lekarską oraz transport powrotny	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania limitu całkowitego
27)	Transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania limitu całkowitego
28)	Dostarczenie rzeczy osobistych do szpitala	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania limitu całkowitego
29)	Dostarczenie lekarstw	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania limitu całkowitego
30)	Pomoc domowa po hospitalizacji	Zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego, organizacja oraz pokrycie kosztów honorarium i dojazdu pomocy domowej do miejsca zamieszkania osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, jeżeli była ona hospitalizowana przez okres dłuższy niż 4 dni. Świadczenie obejmuje maksymalnie 4 wizyty po 4 godziny każda w okresie kolejnych 14 dni.	1 raz
31)	Dostarczenie podstawowych artykułów spożywczych	Zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego, organizacja i pokrycie kosztów dostarczenia do miejsca zamieszkania osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia podstawowych artykułów spożywczych.	Do wykorzystania limitu całkowitego
32)	Opieka nad dziećmi	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad dziećmi, w przypadku gdy osoba uprawniona do otrzymania świadczenia jest hospitalizowana lub przebywa w pozycji leżącej. Świadczenie obejmuje sprawowanie opieki maksymalnie przez 4 kolejne dni po 24 godziny na dobę.	1 raz
33)	Opieka nad osobami niesamodzielnymi	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad osobami niesamodzielnymi, w przypadku gdy osoba uprawniona do otrzymania świadczenia jest hospitalizowana lub przebywa w pozycji leżącej. Świadczenie obejmuje sprawowanie opieki maksymalnie przez 4 kolejne dni po 24 godziny na dobę.	1 raz
34)	Opieka nad zwierzętami	Organizacja oraz pokrycie kosztów opieki nad zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania w zakresie karmienia, wyprowadzania na spacer oraz utrzymania higieny. Świadczenie obejmuje sprawowanie opieki maksymalnie przez 4 dni.	1 raz
35)	Transport dziecka do placówki oświatowo-wychowawczej	Organizacja i pokrycie kosztów przewozu dziecka z miejsca zamieszkania na zajęcia do szkoły, przedszkola, żłobka i z powrotem po zakończeniu zajęć, w przypadku gdy osoba uprawniona do otrzymania świadczenia zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego nie może opuścić miejsca zamieszkania.	Do wykorzystania limitu całkowitego
36)	Pobyt prawnego opiekuna w szpitalu	Organizacja i pokrycie kosztów pobytu opiekuna prawnego razem z dzieckiem w szpitalu. Świadczenie obejmuje pobyt prawnego opiekuna w szpitalu przez okres trwania hospitalizacji dziecka, jednak nie dłużej niż 4 doby.	1 raz
37)	Korepetycje	Organizacja i pokrycie kosztów dojazdu korepetytora oraz koszty korepetycji w zakresie bieżącego programu nauczania w placówce oświatowo-wychowawczej, w przypadku gdy dziecko w następstwie nieszczęśliwego wypadku nie może przez co najmniej 7 dni uczestniczyć w zajęciach dydaktycznych. Świadczenie obejmuje maksymalnie 10 godzin, jednak nie więcej niż 2 godziny w ramach jednej wizyty.	1 raz

! Przykład: Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, która w wyniku nieszczęśliwego wypadku złamała nogę, w ramach niniejszej umowy skorzystała z 8 następujących świadczeń: 3 konsultacji ortopedy (3 świadczeń), 1 konsultacji lekarza rehabilitacji, 1 rezonansu medycznego, założenia oraz zdjęcia gipsu (2 świadczeń), jak również 17 zabiegów rehabilitacyjnych w ramach pakietu rehabilitacyjnego (1 świadczenia).

6. Od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia przysługuje prawo do nielimitowanego korzystania z Telefonicznej Informacji Medycznej, w ramach której Centrum Operacyjne AXA zapewni telefoniczną rozmowę z wykwalifikowanym personelem, który udzieli ustnej, ogólnej informacji na temat:

- 1) stanów wymagających natychmiastowej pomocy medycznej i zasadach jej udzielania;
- 2) sposobów postępowania w przypadku ukąszeń;
- 3) jednostek chorobowych w tym chorób rzadkich, typowo stosowanego leczenia, nowoczesnych metod leczenia dostępnych na terytorium Rzeczypospolitej Polski;
- 4) zachowań prozdrowotnych;
- 5) profilaktyki zachorowań na grypę, profilaktyki antynikotynowej;
- 6) wyjaśnienia 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 terytorium Rzeczypospolitej Polski świadczących pomoc osobom dotkniętym alkoholizmem, narkomanią, nikotynizmem, osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe czy depresję, mających problemy zdrowotne, dla rodziców ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci, kobietom po mastektomii;

12) szczepień, zagrożeń epidemiologicznych dla podróżnych;

13) placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym: adresów, godzin pracy i numerów telefonów, placówek odpowiadających potrzebom osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz rekomendowanych przez lekarza Centrum Operacyjnego AXA;

14) danych teleadresowych aptek, placówek opieki społecznej, hospicjów i placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, szpitali prywatnych należących do sieci Partnera Medycznego AXA w tym: dostępności, zakresu świadczeń medycznych czy średnich cen usług medycznych.

Ponadto w ramach Telefonicznej Informacji Medycznej Centrum Operacyjne AXA zapewnia osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia możliwość telefonicznej konsultacji z lekarzem.

W jaki sposób realizowane są świadczenia ubezpieczeniowe?

§ 3

1. W celu uzyskania świadczeń osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba występująca w jej imieniu zobowiązana jest niezwłocznie skontaktować się z *Centrum Operacyjnym AXA*, którego numer telefonu podany jest w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*, i podać wszelkie dostępne informacje niezbędne do ustalenia uprawnień do uzyskania świadczeń, a w szczególności:
 - 1) imię, nazwisko *Ubezpieczonego*;
 - 2) numer PESEL *Ubezpieczonego*;
 - 3) adres *miejsca zamieszkania*;
 - 4) datę zajścia zdarzenia *ubezpieczeniowego*;
 - 5) telefon kontaktowy;
 - 6) krótki opis zaistniałego zdarzenia.
2. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia zobowiązana jest postępować zgodnie z dyspozycjami *Centrum Operacyjnego AXA*.
3. W przypadku niespełnienia warunków opisanych w ust. 1 Towarzystwo ma prawo do odmowy świadczenia, gdy informacje wymienione w ust. 1 są niezbędne do prawidłowej realizacji świadczenia.
4. W celu realizacji pierwszego świadczenia z zakresu pomocy medycznej i pomocy opiekuńczej w odniesieniu do danego *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba działająca w jej imieniu zobowiązane są wypełnić i przekazać do *Centrum Operacyjnego AXA* „Wniosek o realizację świadczeń”, do którego dołączają kopię:
 - 1) skierowania lub zalecenia *lekarza prowadzącego* do przeprowadzenia konsultacji, badań lub dodatkowych świadczeń;
 - 2) dotychczas zgromadzonej dokumentacji medycznej, z której wynika, że powstałe *obrażenia ciała* są następstwem *nieszczęśliwego wypadku*, wraz z dotychczas zgromadzonymi wynikami badań.
Ww. dokumenty należy przesłać do *Centrum Operacyjnego AXA* pocztą tradycyjną lub pocztą mailową na adres wskazany we wniosku o realizację świadczeń.
5. W celu realizacji kolejnych świadczeń z zakresu pomocy medycznej i pomocy opiekuńczej w odniesieniu do danego zdarzenia *ubezpieczeniowego* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba działająca w jej imieniu zobowiązane są przekazać do *Centrum Operacyjnego AXA* kopię skierowania lub zalecenia *lekarza prowadzącego* odnoszącego się do przeprowadzenia konsultacji, badań lub dodatkowych świadczeń.
6. W oparciu o przekazane przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia dokumenty, o których mowa w ust. 4 i 5 powyżej, *lekarz Centrum Operacyjnego AXA* w terminie 3 dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, podejmie decyzję, czy spełnione zostały medyczne przesłanki do udzielenia wnioskowanego świadczenia.
7. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia zobowiązana jest postępować zgodnie z dyspozycjami *Centrum Operacyjnego AXA*, a zwłaszcza przekazać inne dokumenty, o które wnioskuje *Centrum Operacyjne AXA*, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania.
8. W przypadku powzięcia przez Towarzystwo nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanego wniosku o realizację świadczeń *Centrum Operacyjne AXA*, w terminie 3 dni roboczych od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
9. Konsultacje u *lekarzy specjalistów* realizowane są w ciągu 5 dni roboczych, o ile osoba uprawniona do otrzymania świadczenia nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałaby skorzystać ze świadczenia. Gwarancja dostępności dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji.
10. Świadczenia medyczne realizowane są w *placówkach medycznych* należących do sieci medycznej *Partnera Medycznego AXA*.
11. Koszty świadczeń realizowanych zgodnie z opisem zawartym w niniejszych OWUD, z zakresu pomocy medycznej i pomocy opiekuńczej, pokrywane są przez *Centrum Operacyjne AXA* bezpośrednio na rzecz podmiotu lub *placówki medycznej* realizujących świadczenie.
12. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej *Ubezpieczony* nie mógł skontaktować się z *Centrum Operacyjnym AXA* i w związku z tym sam pokrył koszty usług medycznych, o których mowa w OWUD, Towarzystwo zwróci w całości bądź częściowo (w zależności od tego jaka część wydatków została przeznaczona na sfinansowanie świadczeń, do których zobowiązane było *Centrum Operacyjne AXA*) poniesione koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do *Centrum Operacyjnego AXA* najpóźniej w ciągu 14 dni kalendarzowych od daty ustania przyczyn uniemożliwiających skontaktowanie się z *Centrum Operacyjnym AXA* i przedstawienia dokumentów wskazanych przez *Centrum Operacyjne AXA*. Zwrot kosztów będzie następował po zweryfikowaniu ich zasadności przez *Centrum Operacyjne AXA*. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów, jakie poniosłoby w przypadku zapewnienia usług medycznych we własnym zakresie, w wysokości nie wyższej niż limity wskazane dla poszczególnych usług medycznych.

! W celu skorzystania ze świadczeń osoba uprawniona do otrzymania świadczenia powinna skontaktować się z *Centrum Operacyjnym AXA*, którego numer telefonu podany jest w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*.

Kiedy nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 4

1. Świadczenia z tytułu *umowy dodatkowej* nie zostaną przyznane w przypadku, gdy *nieszczęśliwy wypadek* będący przyczyną zdarzenia *ubezpieczeniowego* objętego zakresem ubezpieczenia na podstawie *umowy dodatkowej* jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 19 OWU, a także następstwem:
 - 1) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych;
 - 2) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka;
 - 3) znajdowania się pod wpływem narkotyków, niezaleconego przez lekarza zażycia leków, środków odurzających lub psychotropowych, jeżeli *Ubezpieczony* wiedział lub powinien wiedzieć o takim działaniu leku, na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informacje o wpływie leku na zdolności psychosomatyczne, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody;
 - 4) chorób psychicznych.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia, gdy udzielenie tego świadczenia zostało uniemożliwione lub opóźnione z powodu:
 - 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru;
 - 2) strajków, ataków terrorystycznych, skutków promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych, mogących powodować niemożliwość realizacji danych świadczeń przez usługodawców Towarzystwa;
 - 3) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek;
 - 4) ograniczonego lub niemożliwego dostępu do osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia lub do innych osób, w stosunku do których miało zostać spełnione świadczenie, bądź do *miejsca zamieszkania* albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie.
3. W przypadku, gdy udzielenie świadczenia określonego w OWUD wymaga wyrażenia przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia w przypadku niewyrażenia przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia pisemnej zgody, o której mowa powyżej, pod warunkiem iż niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało z niewyrażenia pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienie dokumentacji z leczenia.
4. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte organizacja i pokrycie kosztów leczenia *obrażeń ciała*, których zaistnienie nie jest bezpośrednio związane z *nieszczęśliwym wypadkiem*.
5. *Centrum Operacyjne AXA* nie ponosi odpowiedzialności za przebieg ani skutki organizowanych przez nie terapii, leczenia, zabiegów, badań ani rehabilitacji.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie skutki niezastosowania się przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia do decyzji i zaleceń *lekarza Centrum Operacyjnego AXA* bądź samowolne podejmowanie decyzji sprzecznych z zaleceniami *lekarza Centrum Operacyjnego AXA*.
7. 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.

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

Co oznaczają poszczególne pojęcia?

§ 5

- 1) **Centrum Operacyjne AXA** – jednostka zajmująca się organizacją i świadczeniem usług medycznych i opiekuńczych w imieniu Towarzystwa;
- 2) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione *Ubezpieczonego*, zamieszkujące wspólnie z *Ubezpieczonym* w *miejscu zamieszkania*, które nie ukończyło 25. roku życia;
- 3) **hospitalizacja** – leczenie w *szpitalu* trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny z uwzględnieniem czasu trwania *hospitalizacji* określonego w opisie świadczenia stanowiącego warunek realizacji poszczególnych świadczeń;

- 4) **lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z ramienia placówki medycznej, w której osoba uprawniona do otrzymania świadczenia poddała się leczeniu następstw *nieszczęśliwego wypadku*;
- 5) **lekarz Centrum Operacyjnego AXA** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez Centrum Operacyjne AXA i uprawniona do występowania w imieniu Centrum Operacyjnego AXA;
- 6) **miejsce pobytu** – znajdujące się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsce, w którym znajduje się osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, z wyjątkiem pobytu w *placówce medycznej*;
- 7) **miejsce zamieszkania** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej (RP) wskazane przez *Ubezpiezonego, współmałżonka* lub *dziecko* jako miejsce stałego zamieszkania;
- 8) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia – niezależnie od swojej woli oraz stanu zdrowia – doznała uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, skutkującego:
- 1) pęknięciem lub złamaniem kości;
 - 2) zwichnięciem lub skręceniem stawu;
 - 3) urazem kręgosłupa;
 - 4) urazem głowy (wstrząśnienie mózgu, pęknięcie kości czaszki);
 - 5) urazem narządów wewnętrznych;
 - 6) urazem oka;
- 9) **placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za *placówkę medyczną* nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków ani innych tego typu środków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa;
- 10) **osoba niesamodzielna** – osoba pozostająca z osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia w dniu wystąpienia *nieszczęśliwego wypadku* we wspólnym gospodarstwie domowym w *miejscu zamieszkania*, będąca dla *Ubezpiezonego*:
- 1) małżonkiem lub osobą pozostającą z nim w konkubinacie;
 - 2) *dzieckiem*, pasierbem, *dzieckiem* przysposobionym lub przyjętym na wychowanie;
 - 3) rodzicem, przysposabiającym, teściem, ojczymem, macochą;
 - 4) dziadkiem, babcią, wnukiem, rodzeństwem, zięciem, synową, która 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 i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji;
- 11) **sprzęt rehabilitacyjny** – niezbędny drobny sprzęt rehabilitacyjny określony i zalecony przez *lekarza specjalistę* prowadzącego leczenie, umożliwiający samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie; przez drobny sprzęt rehabilitacyjny rozumie się sprzęt, którego waga nie przekracza 20 kg;
- 12) **limit całkowity** – maksymalna ilość świadczeń do wykorzystania na jeden *nieszczęśliwy wypadek*; limit całkowity wynosi 20 świadczeń;
- 13) **zwierzę domowe** – stanowiący własność osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia kot należący do ras domowych lub pies – z wyłączeniem ras uznawanych za agresywne zgodnie z powszechnie obowiązującymi w dniu zaistnienia *zdarzenia ubezpieczeniowego* przepisami prawa.
- Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała

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

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

Pojęcia użyte w niniejszej Tabeli oznaczają:

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

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

A. USZKODZENIA GŁOWY

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):

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

2. Złamania kości czaszki:

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

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

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

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

a) z hospitalizacją od 1 do 2 dni	1
-----------------------------------	---

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

5. Uszkodzenie nerwów ruchowych:

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

B. USZKODZENIA TWARZY

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

6. Uszkodzenia powłok twarzy (rany i ubytki):

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

7. Uszkodzenia nosa:

a) złamanie kości nosa i przegrody nosa wieloodłamowe, z przemieszczeniem	5
b) złamanie kości przegrody nosa i przegrody nosa z przemieszczeniem	2
c) inne złamanie kości przegrody nosa lub przegrody nosa bez przemieszczenia	1
d) utrata części nosa operowana rekonstrukcyjnie	7

e) utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	30
8. Ukruszenie zęba (odbycie wizyty lekarskiej; świadczenie za maksymalnie 5 zębów)	0,5
9. Utrata zębów stałych (co najmniej korona) – za każdy ząb:	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za utratę zębów stałych nie może przekroczyć 20%.	
10. Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej:	
a) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania wieloodłamowe	4
c) inne złamania	1
11. Utrata szczęki lub żuchwy:	
a) częściowa	15
b) całkowita	40
12. Złamania żuchwy:	
a) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania wieloodłamowe	4
c) inne złamania	1
13. Ubytek podniebienia	15
14. Urazy języka:	
a) rana języka zaopatrzona chirurgicznie szwami	1
b) częściowa utrata języka	3
c) całkowita utrata języka	50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU (nie podlegają sumowaniu)	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
---	---

15. Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
a) jednego oka	15
b) obu oczu	30
16. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych, drażących, urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:	
a) bez zaburzeń ostrości wzroku	2
b) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	5
c) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku obu oczu (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	15
d) z całkowitą utratą widzenia jednego oka	35
e) z całkowitą utratą widzenia obu oczu	100
f) utrata gałki ocznej	40
17. Ubytki pola widzenia:	
a) dwuskroniowe	60
b) dwunosowe	30
c) jednoimiennie	30
d) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	5
18. Bezsoczewkowość pourazowa:	
a) w jednym oku	15
b) w obu oczach	30
19. Uszkodzenie przewodów łzowych wymagające korekcji operacyjnej:	
a) w jednym oku	5
b) w obu oczach	15
20. 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
21. Jaskra wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy	3
22. 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 odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
--------------------------------------	---

23. 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
24. 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.

25. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:	
a) jednostronne	5
b) dwustronne	20

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

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI TCHAWICY I PRZĘŁYKU	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
--	---

26. Uszkodzenie gardła, krtani, tchawicy leczone operacyjnie	7
27. Uszkodzenie przełyku:	
a) leczone operacyjnie	7
b) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	30
28. Uszkodzenie skóry szyi:	
a) rany skóry od 5 do 10 cm długości	1
b) rany skóry powyżej 10 cm długości	3
c) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2

F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
--	---

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) krwiaki 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 odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

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	3
b) uszkodzenia leczone operacyjnie	5
c) 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 odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

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 endoskopowo	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 endoskopowo	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 i/lub rekonstrukcyjnie	15

I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

50. Uszkodzenie kręgosłupa szyjnego:

a) skręcenie	2
b) zwichnięcie	4
c) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
d) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1

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

51. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th10):

a) skręcenie	1
b) zwichnięcie	2

c) złamanie trzonów i łuków kręgow łeczone zachowawczo (každy)	4
d) złamanie trzonów i łuków kręgow łeczone operacyjnie (každy)	7
e) złamanie wyrostków kołczystrych i poprzecznych (každy)	1

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

52. Uszkodzenia kręgołupa w odcinku piersiowo-łędźwiowym (Th11-L5):

a) skręcenie	2
b) zwichnięcie	4
c) złamanie trzonów i łuków kręgow łeczone zachowawczo (každy)	5
d) złamanie trzonów i łuków kręgow łeczone operacyjnie (každy)	7
e) złamanie wyrostków kołczystrych i poprzecznych (každy)	1

Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgołupa w odcinku piersiowo-łędźwiowym nie może przekroczyć 40%.

J. USZKODZENIA MIEDNICY

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

53. Rozejście się spojenia łonowego	5
54. Zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego	10
55. 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
56. Złamanie panewki stawu biodrowego:	
a) tylnej kolumny, tylnej krawędzi	15
b) przedniej kolumny, przedniej krawędzi	7
c) zwichnięcie centralne I°	7
d) zwichnięcie centralne II°	15
e) zwichnięcie centralne III°	30
f) uszkodzenia pourazowe łeczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
57. 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 i/lub kości krzyżowej bez przemieszczenia	5
d) wielomiejscowe złamania kości miednicy i/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 odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

ŁOPATKA

58. Złamania łopatki:

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

OBOJCZYK

59. Złamania obojczyka:

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1

60. Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego:

a) zwichnięcie I°	1
b) zwichnięcie II°	3
c) zwichnięcie III°	5

BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY

61. Uszkodzenia stawu ramiennolopatkowego (zwichnięcia, złamania – głowy, nasady bliźszej kości ramiennej; skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku:

a) skręcenie	1
b) zwichnięcie wymagające repozycji przez lekarza	3
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e) inne złamania	2
f) złamania łeczone protezoplastyką	15

62. Utrata kończyny w stawie ramiennolopatkowym

65

63. Utrata kończyny wraz z łopatką

70

RAMIĘ

64. Złamanie trzonu kości ramiennej:

a) złamania wieloodłamowe, otwarte	12
b) złamania otwarte	10
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	7
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e) inne złamania	2

65. Izolowane uszkodzenia skóry, mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów:

a) rany powyżej 7 cm długości	1
b) uszkodzenie mięśnia dwugłowego zaopatrzone chirurgicznie	4
c) uszkodzenie innych mięśni ramienia zaopatrzone chirurgicznie	3

66. Utrata kończyny w obrębie ramienia

60

STAW ŁOKCIOWY

67. Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliźsza kości promieniowej i łokciowej):

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
c) inne złamania	2

68. Inne uszkodzenia łokcia:

a) skręcenie	1
b) zwichnięcie	3

PRZEDRAMIĘ

69. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia:

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	7
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2

70. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia:

a) złamania wieloodłamowe, otwarte, lub złamania Monteggia, Galeazziego	9
b) złamania otwarte	7
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5

d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4	e) utrata wskaźnika z kością śródreżca	11
e) inne złamania	2	80. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaźnika (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich):	
71. Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien:		a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
a) rany skórne powyżej 7 cm długości	1	b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
b) uszkodzenia mięśni zaopatrzone chirurgicznie	2	c) inne złamania	1
c) uszkodzenia ścięgien zaopatrzone chirurgicznie (każde)	2	d) rany powyżej 3 cm	1
72. Utrata kończyny w obrębie przedramienia		e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
73. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka		f) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	1
NADGARSTEK		PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY	
74. Uszkodzenia nadgarstka:		81. Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:	
a) złamania mnogie kości nadgarstka z przemieszczeniem	7	a) palec III – utrata paliczka paznokciowego	2
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4	b) palec III – utrata dwóch paliczków	5
c) inne złamania	2	c) palec III – utrata trzech paliczków	8
d) zwichnięcia	5	d) utrata palca III z kością śródreżca	9
e) skręcenia	1	e) palec IV – utrata paliczka paznokciowego	1
75. Utrata ręki na poziomie nadgarstka		f) palec IV – utrata dwóch paliczków	2
ŚRÓDREŻCZE		g) palec IV – utrata trzech paliczków	3
76. Złamania kości śródreżca:		h) utrata palca IV z kością śródreżca	4
a) I kość śródreżca:		i) palec V – utrata paliczka paznokciowego	1
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6	j) palec V – utrata dwóch paliczków	2
ii) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4	k) palec V – utrata trzech paliczków	3
iii) inne złamania	2	l) utrata palca V z kością śródreżca	4
b) II kość śródreżca:		82. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	4	a) palec III:	
ii) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2	i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
iii) inne złamania	1	ii) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) III, IV, V kość śródreżca:		iii) inne złamania	1
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	2	iv) rany powyżej 4 cm	1
ii) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	1	v) uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
iii) inne złamania	1	vi) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	1
KCIUK		b) palec IV:	
77. Utrata w zakresie kciuka:		i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
a) utrata częściowa lub całkowita opuszki	1	ii) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
b) utrata paliczka paznokciowego	6	iii) inne złamania	1
c) utrata obu paliczków bez kości śródreżca	10	iv) rany powyżej 5 cm, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	1
d) utrata obu paliczków z kością śródreżca	15	c) palec V:	
78. Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich):		i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6	ii) inne złamania	1
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4	iii) rany powyżej 5 cm, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	1
c) inne złamania	2	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.	
d) rany kciuka powyżej 3 cm	1	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.	
e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2	L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ	
f) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	2	STAW BIODROWY	
g) zwichnięcia w stawie śródreżczo-paliczkowym	2	83. Utrata kończyny dolnej:	
PALEC WSKAZUJĄCY		a) przez wyluszczenie jej w stawie biodrowym	70
79. Utrata w obrębie wskaźnika – w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaźnika, upośledzenia funkcji ręki:		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
a) utrata częściowa lub całkowita opuszki	1		
b) utrata paliczka paznokciowego	2		
c) utrata paliczka środkowego	8		
d) utrata trzech paliczków	10		

b) amputacja na poziomie uda 60

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

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

UDO

85. Złamanie kości udowej:

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

86. 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

87. 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) 1
c) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe 20
d) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów 10
e) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem 5
f) inne złamania 3

88. 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

89. 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) zwinięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwinięcia nawykowe lub nastawione przez chorego) 4

90. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego 50

PODUDZIE

91. Złamanie kości podudzia:

a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe 15
b) złamania otwarte 12
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów 10
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem 5
e) inne złamania 3

92. Izolowane złamanie kości strzałkowej:

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów 3
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem 2
c) inne złamania 1

93. 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

94. 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

95. Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego:

a) skręcenie stawu skokowego bez unieruchomienia (konieczne leczenie* przez minimum 2 tygodnie) 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

96. Złamania kości skokowej:

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów 8
b) złamania wieloodłamowe 5
c) inne złamania 3

97. Złamania kości piętowej:

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów 10
b) złamania wieloodłamowe 8
c) inne złamania 4

98. Utrata kości skokowej i/lub piętowej:

a) częściowa utrata 25
b) całkowita utrata 40

99. Uszkodzenie kości stępu – każda

(sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 10%):

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów 6
b) złamania wieloodłamowe 4
c) inne złamania 2

100. 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

101. Inne uszkodzenia okolicy stępu, śródstopia i stopy:	
a) rany powyżej 5 cm grzbietu stopy	1
b) rany podeszwy stopy	2
102. Utrata stopy w całości	45
103. Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40
104. Utrata stopy w środkowej części stępu	35
105. Utrata stopy w okolicy stępowo-śródstopnej	25
PALCE STOPY	
106. 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
107. Złamania palucha:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	4
b) złamania otwarte	3
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
d) inne złamania	1
108. 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
109. Utrata palców stopy II-V (każdy)	2
110. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)	3
111. Utrata palca V z kością śródstopia	4
112. Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, skręcenia (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. PORAZENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
---	---

113. 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-skrónego:	
i) częściowe	3
ii) całkowite	15
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia:	

i) częściowe	5
ii) całkowite	30
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego 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
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) spłotu lędźwiowo-krzyżowego:	
i) częściowe	10
ii) całkowite	60
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego:	
i) częściowe	2
ii) całkowite	10

* 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).

Niniejsza Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała została zatwierdzona uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

N. INNE	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
114. Inne stłuczenia (odbycie wizyty lekarskiej)	0,5
115. Inne rany (odbycie wizyty lekarskiej)	0,5
116. Inne oparzenia I i II stopnia	0,5
117. Odmrożenia (odbycie wizyty lekarskiej)	0,5

Tabela uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu współmałżonka lub partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

Ocena uszczerbku po udarze mózgu

1. Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego (uwzględniając skalę Lovetta lub skalę Ashwortha):	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a) porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha)	100%
b) głęboki niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych znacznie upośledzający sprawność kończyn (2–3° wg skali Lovetta lub 4–3° wg skali Ashwortha)	60–80%
c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha)	40–60%
d) nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych (4° lub 4/5° wg skali Lovetta lub 2/1–1° wg skali Ashwortha), dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostatecznej precyzji ruchów itp.	5–35%
e) porażenie kończyny górnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha) z niedowładem kończyny dolnej (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha):	
– prawej	70–90%
– lewej	60–80%
f) niedowład kończyny górnej (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha) z porażeniem kończyny dolnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha):	
– prawej	70–90%
– lewej	60–80%
g) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha):	
– prawa	50–60%
– lewa	40–50%
h) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (2–2/3° wg skali Lovetta lub 4–3° wg skali Ashwortha):	
– prawa	30–50%
– lewa	20–40%
i) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha):	
– prawa	10–30%
– lewa	5–20%
j) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha)	40–50%
k) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (2–2/3° wg skali Lovetta lub 4–3° wg skali Ashwortha)	25–40%
l) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (3–3/4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha)	15–25%
m) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (4–4/5° wg skali Lovetta lub 2/1–1° wg skali Ashwortha)	5–15%

Uwaga: W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego oceniać dodatkowo wg poz. 11, uwzględniające całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi należy oceniać wg poz. od 1j do 1m, oddzielnie dla każdej kończyny.

Skala Lovetta

0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej
1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej
2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu za pomocą i przy odciążeniu odcinka ruchomego – 20% prawidłowej siły mięśniowej

3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej
4° – zdolność do wykonywania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej
5° – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej

Skala Ashwortha

1° – brak wzmożonego napięcia mięśniowego
2° – nieznaczny wzrost napięcia mięśniowego występujący w trakcie zgięcia lub prostowania kończyny
3° – bardziej zaznaczony wzrost napięcia mięśniowego, ale dotknięta część łatwo poddaje się zginaniu
4° – wyraźny wzrost napięcia mięśniowego, ruch bierny trudny do wykonania
5° – sztywność badanego odcinka podczas zgięcia i prostowania

2. Zespoły pozapiramidowe:

	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie upośledzający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100%
b) znacznego stopnia zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność ustroju i samoobsługę, niewymagający opieki osób trzecich	41–80%
c) średniego stopnia zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność ustroju i samoobsługę	21–40%
d) nieznacznego stopnia zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność ustroju	11–20%
e) zaznaczony zespół pozapiramidowy	5–10%

3. Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły mózdkowe:

	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100%
b) utrudniające w dużym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	41–80%
c) utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	11–40%
d) utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową, dyskretnie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	1–10%

4. Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu:

	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a) padaczka z bardzo częstymi napadami – 3 napady w tygodniu i więcej	30–40%
b) padaczka z napadami – powyżej 2 napadów na miesiąc	20–30%
c) padaczka z napadami – 2 i mniej napadów na miesiąc	10–20%
d) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	1–10%

Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna względnie szpitalna potwierdzająca rozpoznanie, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego (podejrzanie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu). Ocena częstości napadów po leczeniu. W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg poz. 5.

5. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) – w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych:

	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a) ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne utrudniające znacznie lub uniemożliwiające samodzielną egzystencję	80–100%
b) encefalopatia ze znacznymi zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym	50–80%
c) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu	25–50%
d) encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi i/lub niewielkim deficytem neurologicznym	10–25%

Uwaga: Rozpoznanie encefalopatii powinno być potwierdzone występowaniem trwałego deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, udokumentowane badaniem neurologicznym, psychiatrycznym, psychologicznym (testami psychologicznymi, np. tzw. triady psychoorganicznej i in.) oraz zmianami w obrazie EEG, TK (CT) lub RM (NMR).

6. Zaburzenia adaptacyjne, nerwice tzw. zespoły cerebrasteniczne i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych:

	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a) utrwalone skargi subiektywne związane z urazem głowy – w zależności od stopnia zaburzeń (ból głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, drażliwość, nadpobudliwość utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu mimo leczenia)	1–5%
b) zespół stresu pourazowego, utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym lub ciężkim uszkodzeniem ciała – w zależności od stopnia zaburzeń, wymagające stałego leczenia psychiatrycznego	6–20%

7. Zaburzenia mowy:

	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	100%
b) afazja całkowita motoryczna	60%
c) afazja w znacznym stopniu utrudniająca porozumiewanie się	40–59%
d) afazja w umiarkowanym i niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	20–39%
e) afazja nieznacznej stopnia, afazja amnestyczna, dyskretne zaburzenia mowy, dysfazja	10–19%

8. Zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnątrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):

	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a) znacznie upośledzające czynność ustroju	31–50%
b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20–30%

9. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerwy: okoruchowy, blozkowy, odwodzący):

	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a) z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	20–35%
b) z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	10–20%
c) z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	5–10%
d) zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	1–10%

10. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia:

	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a) czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)	1–10%
b) ruchowe	1–10%

c) czuciowo-ruchowe 3–20%

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

11. Uszkodzenie nerwu twarzowego:

a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	20%
b) obwodowe częściowe w zależności od nasilenia dolegliwości	3–19%
c) izolowane uszkodzenie centralne	2–10%

Uwaga: Współistnienie uszkodzenia nerwu twarzowego z pęknięciem kości skalistej oceniać wg poz. 48. Uszkodzenie centralne nerwu twarzowego, współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu, oceniać wg poz. 1 lub 5.

12. Utrwalone uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodów pokarmowych:

	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a) niewielkiego stopnia	5–10%
b) średniego stopnia	10–25%
c) dużego stopnia	25–50%

13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
3–15%

14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
5–20%

Uwaga: Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu, należy oceniać wg poz. 5.

Ocena uszczerbku po zawale mięśnia sercowego

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

a) z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	5%
b) I klasa NYHA, EF 50-55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	6–15%
c) II klasa NYHA, EF 45%-55%, 7-10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	16–25%
d) III klasa NYHA, EF 35%-45%, 5-7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	26–55%
e) IV klasa NYHA, EF <35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	56–90%

Uwaga: Stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/lub badania EKG wyśiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych podpunktów muszą być spełnione co najmniej dwa z następujących kryteriów: klasyfikacja NYHA, EF, MET i zaburzeń kurczliwości.

Klasyfikacja NYHA – klasyfikacja nowojorskiego towarzystwa kardiologicznego wyróżnia następujące stany czynnościowe serca:

Klasa I – Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.

Klasa II – Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.

Klasa III – Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.

Klasa IV – Choroba serca, która przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.

Definicja EF – frakcja wyrzutowa lewej komory

Frakcja wyrzutowa lewej komory – objętość krwi wyrzucana z lewej komory w czasie skurczu serca. Frakcja wyrzutowa jest wyrażana w procentach – stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa wyraża zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności hemodynamicznej serca;

Wykaz poważnych zachorowań

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

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

KATALOG A

- 1) **angioplastyka wieńcowa** – pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych z zastosowaniem angioplastyki balonowej, 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 w sposób jednoznaczny przez lekarza neurologa oraz wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego;
- 3) **choroba Alzheimera** – upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnych spowodowane nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzone testami klinicznymi i kwestionariuszami 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* lub *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 Towarzystwo jest stwierdzenie przez specjalistę neurologa pełnoobjawowej choroby Creutzfeldta-Jakoba przy jednoczesnej niepełnosprawności w wyżej wymienionych czynnościach życia codziennego;
- 5) **choroba neuronu ruchowego** – jednoznaczne rozpoznanie choroby neuronu ruchowego postawione przez lekarza neurologa i potwierdzone badaniami neurologicznymi;
- 6) **choroba Parkinsona** – samoistna postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem: drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej i niestabilności postawy, i skutkująca niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się w domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie; rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa;
- 7) **dystrofia mięśniowa** – jednoznaczne rozpoznanie dystrofii mięśniowej przez lekarza neurologa, skutkującej trwałym deficytem neurologicznym i niezdolnością do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch z następujących czynności życia codziennego bez pomocy:
 - a) kąpiel/prysznic,
 - b) ubieranie/rozbieranie,
 - c) jedzenie/picie,
 - d) korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,
- e) kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła, wózka inwalidzkiego lub samodzielne poruszanie się z punktu A do punktu B lub za pomocą wózka inwalidzkiego, lub za pomocą kul;
- 8) **łagodny guz mózgu** – wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwałe ubytki neurologiczne; wykluczeniu podlegają: krwaki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych;
- 9) **nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)** – wzrost ciśnienia w tętnicy płucnej o nieznaną etiologię, prowadzący do przerostu i niewydolności prawej komory serca; konsekwencją choroby jest wystąpienie przewlekłej, nierokującej poprawy, niewydolności serca sklasyfikowanej jako IV stopień według NYHA (New York Heart Classification); klasa IV wg NYHA oznacza, że najmniejszy wysiłek powoduje pojawienie się zmęczenia, duszności, kołatania serca lub bólu dławicowego, a dolegliwości te występują także w spoczynku; zakres ubezpieczenia nie obejmuje tych wszystkich przypadków, w których nadciśnienie płucne ma charakter wtórny (w tym w szczególności jest związane z chorobami płuc, przewlekłą niewydolnością oddechową, zatorowością płucną, niewydolnością lewej komory serca i wadami zastawek serca); ponadto muszą być spełnione jednocześnie wszystkie poniższe kryteria:
 - a) średnie ciśnienie w tętnicy płucnej równe lub wyższe od 30 mmHg,
 - b) naczyniowy opór płucny > 3 (mmHg/L)/min,
 - c) ciśnienie zaklinowania we włośniczkach płucnych < 15 mmHg;rozpoznanie choroby musi być postawione w sposób jednoznaczny przez kardiologa lub pulmonologa, w oparciu o obowiązujące standardy medyczne i wyniki badań dodatkowych, w tym cewnikowanie serca;
- 10) **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, współmałżonek* lub *partner* musi być leczony przez okres 3 kolejnych miesięcy częstymi przetoczeniami preparatów krwio-pochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne lub u *Ubezpieczonego, współmałżonka* lub *partnera* musiał zostać wykonany przeszczep szpiku kostnego lub przeszczep komórek macierzystych krwi pępowinowej; rozpoznanie musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez lekarza hematologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przejściowych lub odwracalnych postaci niedokrwistości aplastycznej;
- 11) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, stanowiące bezwzględne wskazanie do rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii; fakt rozpoczęcia dializoterapii oraz konieczność jej stosowania muszą być potwierdzone przez lekarza nefrologa; ostra niewydolność nerek wymagająca okresowej dializoterapii nie jest objęta zakresem ubezpieczenia;
- 12) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histo-

Definicja równoważnika metabolicznego – MET, stosowanego przy ocenie próby wysiłkowej

MET-y (MET – równoważnik metaboliczny jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu, ok. 3,5 ml tlenu na kilogram masy ciała na minutę) uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (w ml/min) przez iloczyn: masy ciała (w kg) x 3,5. Liczbę 3,5 przyjmuje się jako wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.

patologa; zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów; z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- a) rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy, rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne,
 - b) wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji),
 - c) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤ 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
 - d) nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawnomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry,
 - e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
- 13) **oparzenia** – termicznie i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
- a) nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
 - b) nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
 - c) nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia;
- przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;
- 14) **operacja aorty brzusznej** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty brzusznej, polegający na otwartym wszczepieniu protezy naczyniowej; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- 15) **operacja aorty piersiowej** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty piersiowej, polegający na otwartym wszczepieniu protezy naczyniowej; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- 16) **pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego; operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych, wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
- 17) **przeszczep narządów** – przeszczepienie *Ubezpieczonemu, współmałżonkowi lub partnerowi* jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie *Ubezpieczonego współmałżonka lub 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; ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- 18) **schyłkowa niewydolność wątroby** – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby przebiegająca z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:
- a) stałej żółtaczki,
 - b) wodobrzusza,
 - c) encefalopatii wątrobowej;
- rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę; zakres ubezpieczenia nie obejmuje niewydolności wątroby będącej skutkiem nadużywania leków, narkotyków lub alkoholu;
- 19) **stwardnienie rozsiane** – choroba, u której podłoża leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; rozpoznanie choroby, postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza neurologa, musi być potwierdzone:
- a) istnieniem trwałych deficytów neurologicznych z ewidentnymi zaburzeniami ruchowymi lub czuciowymi, utrzymującymi się stale przez okres 6 miesięcy,

b) wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego i nieprawidłowym wynikiem badania wzrokowych i słuchowych potencjałów wywołanych oraz badaniem rezonansu magnetycznego (MRI), potwierdzającym istnienie rozszanych ognisk demielinizacji w ośrodkowym układzie nerwowym;

- 20) **śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby naturalne, utrzymujący się przez okres co najmniej 96 godzin, wymagający intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia; skutkiem tego stanu musi być dodatkowo zaistnienie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni od momentu wystąpienia utraty przytomności i nierokującego możliwości poprawy; zakres ubezpieczenia nie obejmuje śpiączki farmakologicznej lub pozostającej w związku z nadużyciem alkoholu lub narkotyków, lub będącej skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej;
- 21) **udar mózgu** – nagle, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmożgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 3 miesięcy od chwili rozpoznania udaru mózgu; rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR); zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
- a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - b) uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem,
 - c) patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika,
 - d) przebytego bezobjawowo udaru mózgu, rozpoznanego na podstawie badań obrazowych;
- 22) **utrata kończyn** – amputacja lub całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn z powodu choroby; w przypadku amputacji zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
- a) w zakresie kończyn dolnych – amputację na poziomie stawów skokowych lub proksymalnie od nich,
 - b) w zakresie kończyn górnych – amputację na wysokości nadgarstków lub proksymalnie od nich;
- 23) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia w następstwie choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby faldów głosowych; zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi oraz utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
- 24) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu spowodowana zachorowaniem; rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
- 25) **utrata wzroku** – całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie;
- 26) **zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych** – zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS) potwierdzone przez pozytywny wynik dwu testów: testu na przeciwciała anty-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 dentyścyczną w zarejestrowanych zakładach opieki zdrowotnej,
 - b) w drodze kontaktu *Ubezpieczonego, współmałżonka* lub *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 zaistnienie zdarzenia, które doprowadziło do zakażenia wirusem HIV, swojemu pracodawcy lub innemu właściwemu organowi, w ciągu 24 godzin od jego zajścia,
- c) testy krwi dokumentujące brak HIV czy przeciwciał HIV zostały przeprowadzone w przeciągu 5 dni od momentu wypadku,
- d) serokonwersja potwierdzająca zarażenie HIV lub AIDS została stwierdzona wynikiem testu HIV, przeprowadzonego w ciągu 180 dni od dnia wypadku,
- e) po przebytej ekspozycji *Ubezpieczony*, *współmałżonek* lub *partner* zgodził się poddać terapii antywirusowej zgodnej z obowiązującymi standardami medycznymi,
- f) w przypadku gdy przed datą zdarzenia będą dostępne szczepienia przeciw wirusowi HIV, a ich użycie będzie rekomendowane w zawodzie *Ubezpieczonego*, były one u niego wykonane;

świadczenie nie zostanie wypłacone w przypadku gdy leczenie zakażenia wirusem HIV stanie się dostępne; leczenie oznacza każde leczenie, które spowoduje, że wirus HIV stanie się nieaktywny lub niezakaźny lub przywróci funkcję układu odpornościowego; *Ubezpieczony*, *współmałżonek* lub *partner* jest zobowiązany do umożliwienia Towarzystwu dostępu do wszelkich wyników badań oraz do poddania się badaniu krwi na wniosek Towarzystwa;

27) **zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi** – zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) potwierdzone pozytywnym wynikiem dwóch testów: testu na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR; do wystąpienia zakażenia wirusem HIV musi dojść w następstwie przetoczenia krwi, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich warunków podanych poniżej:

- a) przetoczenie krwi było niezbędne z punktu widzenia medycznego,
- b) przetoczenie krwi miało miejsce po najpóźniejszej z poniższych dat: zawarcia, rozszerzenia zakresu lub wznowienia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu OWUD,
- c) przetoczona krew pochodziła z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie miało miejsce w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia,
- d) *Ubezpieczony*, *współmałżonek* lub *partner* nie choruje na ciężką postać talasemii (thalassaemia maior) lub hemofilię; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są wszystkie inne niż przetoczenie krwi drogi zakażenia wirusem HIV, w tym w szczególności jeśli do zakażenia doszło w następstwie kontaktów seksualnych lub dożylnego przyjmowania narkotyków; *Ubezpieczony*, *współmałżonek* lub *partner* jest zobowiązany do umożliwienia Towarzystwu dostępu do wszelkich wyników badań oraz do poddania się na jego wniosek dodatkowym badaniom krwi;

28) **zapalenie mózgu** – oznacza ciężkie zapalenie tkanki mózgowej, które powoduje poważne następstwa neurologiczne i całkowitą i trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej jednej lub więcej czynności dnia codziennego:

- a) kąpiel/prysznic,
 - b) ubieranie/rozbieranie,
 - c) jedzenie/picie,
 - d) korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,
 - e) kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła, wózka inwalidzkiego lub samodzielne poruszanie się z punktu A do punktu B lub za pomocą wózka inwalidzkiego lub przy pomocy kul;
- wykluczone jest zapalenie mózgu w wyniku infekcji HIV;

29) **zawał serca** – 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 współistnieniem co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
- b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;

ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;

KATALOG B

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

- 30) **choroba Leśniowskiego-Crohna** – ostateczne 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;
- 31) **kardiomiopatia** – oznacza upośledzenie funkcji lewej komory o różnej etiologii, skutkujące znaczną i nieodwracalną niewydolnością serca w stopniu co najmniej 4 według skali Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); rozpoznanie powinno być postawione przez kardiologa; wykluczenie: kardiomiopatia w wyniku nadużywania alkoholu lub narkotyków;
- 32) **niedowład (paraliż)** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana urazem lub chorobą; niedowład musi mieć charakter nierokujący poprawy i występować przez okres co najmniej 3 miesięcy; rozpoznanie i zakres zmian muszą być potwierdzone przez lekarza neurologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi lub będących skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej;
- 33) **piórunujące 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;
- 34) **poważny uraz głowy** – martwica tkanki mózgowej z powodu urazu, skutkująca trwałym deficytem neurologicznym i niezdolnością do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch z następujących czynności życia codziennego bez pomocy osób trzecich:
 - a) kąpiel/prysznic,
 - b) ubieranie/rozbieranie,
 - c) jedzenie/picie,
 - d) korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,
 - e) kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła, wózka inwalidzkiego lub samodzielne poruszanie się z punktu A do punktu B, lub wózkiem inwalidzkim lub za pomocą kul;
- 35) **schyłkowa niewydolność oddechowa** – schyłkowe stadium choroby płuc powodujące przewlekłą niewydolność oddychania; choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:
 - a) natężona pierwszosekundowa objętość wydechu (FEV1) poniżej 1 litra w 3 badaniach wykonanych w odstępie 3 miesięcy,
 - b) pacjent wymaga przewlekłej tlenoterapii z powodu hipoksemii,
 - c) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej poniżej 55 mmHg ($pO_2 < 55$ mmHg),
 - d) duszność spoczynkowa;
 rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę pulmonologa;
- 36) **toczeń rumieniowaty układowy** – ostateczne rozpoznanie choroby potwierdzone przez reumatologa, skutkujące wystąpieniem wszystkich poniższych powikłań:
 - a) trwałe deficyt neurologiczny potwierdzony występowaniem paraliżu, zaburzeń mowy lub trudności z polykaniem,
 - b) trwałe zaburzenie czynności funkcjonowania nerek potwierdzone przez wskaźnik filtracji kłębuszkowej poniżej 30 ml/min/1,73 m² i
 - c) badanie moczu stwierdzające białkomocz lub krwimocz;
 do celów tej definicji zostają wyłączone: drgawki, bóle głowy, zmęczenie lub inne objawy; nie będą one traktowane jako stały deficyt neurologiczny;

- 37) **twardzina** – rozpoznanie musi być jednoznacznie ustalone przez biopsję i potwierdzenie serologiczne, a stan zaawansowania musi osiągnąć poziom układowy z zajęciem serca, płuc lub nerek; wyłączone są:
- miejscowa twardzina (twardzina liniowa lub plackowata),
 - eozynofilowe zapalenie powięzi i zespół CREST;
- 38) **wymiana lub plastyka zastawki serca** – przeprowadzona na otwartym sercu z otwarciem klatki piersiowej wymiana lub naprawa chorobowo zmienionej co najmniej jednej zastawki serca; konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez lekarza kardiologa i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych; operacje wykonane przy użyciu technik śródnaczyniowych są wyłączone z zakresu ubezpieczenia;

KATALOG C

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

- 39) **bakteryjne zapalenie wsierdzia** – 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 wsierdzia (IZW); rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę chorób wewnętrznych lub lekarza specjalistę kardiologa, w oparciu o objawy kliniczne, wyniki badań bakteriologicznych i obrazowych; przypadki choroby zdiagnozowane u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 40) **borelioza** – choroba zakaźna przenoszona przez kleszcze, spowodowana infekcją bakteryjną krętkami *Borrelia burgdorferi*, przebiegająca ze zmianami skórnymi, objawiającymi się rumieniem, oraz objawami narządowymi, takimi jak: zapalenie stawów, zapalenie mięśnia sercowego, lub objawami neurologicznymi i skutkująca koniecznością hospitalizacji; pierwsze rozpoznanie choroby prowadzące do leczenia szpitalnego powinno być postawione przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych, potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego i podane w karcie wypisu ze szpitala wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;
- 41) **choroba Huntingtona** – jednoznaczne rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Huntingtona (pląsawicy Huntingtona), postępującej choroby genetycznej ośrodkowego układu nerwowego, objawiającej się niekontrolowanymi ruchami i postępującym otępieniem;
- 42) **gruźlica** – zakażenie prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*), będące w stadium aktywnej choroby z zajęciem płuc i co najmniej jednej spośród wymienionych struktur pozapłucnych: opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu, rozpoznane przez lekarza specjalistę na podstawie objawów charakterystycznych dla aktywnej choroby, badań obrazowych i bakteriologicznych oraz wymagające hospitalizacji w celu przeprowadzenia diagnostyki i rozpoczęcia leczenia przeciwprątkowego; pozytywny wynik skórnej próby tuberkulinowej nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwprątkowe; nie stanowi też poważnego zachorowania bezobjawowa, nieaktywna gruźlica płuc, ujawniona jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej;
- 43) **masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** – nagłe zamknięcie światła tętnicy płucnej, rozpoznane przez lekarza specjalistę w oparciu o objawy kliniczne, w tym niedociśnienie, wyniki badań obrazowych i biochemicznych, wymagające wykonania zabiegu embolektomii przy otwartej klatce piersiowej, czyli nacięcia tętnicy i usunięcia materiału zatorowego z pnia tętnicy płucnej w trakcie zabiegu operacyjnego wykonywanego w trybie pilnym; zatory płucne leczone przy użyciu metod mikrochirurgicznych, technik śródnaczyniowych bądź środków farmakologicznych nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 44) **odkleszczowe zapalenie mózgu** – jednoznaczne rozpoznanie przez specjalistę neurologa, w trakcie hospitalizacji, wirusowej choroby ośrodkowego układu nerwowego przenoszonej przez kleszcze, potwierdzonej badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego; rozpoznanie – A 84 – według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 musi być podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego;
- 45) **operacja bąblowca mózgu** – operacja chirurgiczna polegająca na usunięciu torbieli bąblowcowej mózgu, spowodowanej tasiemcem z rodzaju *Echinococcus*; rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone badaniem mikroskopowym;
- 46) **operacja ropnia mózgu** – operacja chirurgiczna, polegająca na usunięciu zmiany w mózgu rozpoznanej w oparciu o badania obrazowe i badanie histopatologiczne jako ropień;
- 47) **sepsa (posocznica)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną, powodujący niedociśnienie o wartościach skurczowych poniżej 90 mmHg i prowadzący do niewydolności narządowej co najmniej dwóch spośród następujących narządów i układów: ośrodkowego układu nerwowego, układu krążenia, układu oddechowego, układu krwiotwórczego, nerek, wątroby; przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy stanowią poważne zachorowanie w rozumieniu niniejszej definicji; rozpoznanie musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej, dożylnym podawaniem antybiotyków i preparatów podwyższających ciśnienie tętnicze; obecność drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 48) **tężec** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (*Clostridium tetani*), wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych w postaci dożylnych antybiotykoterapii oraz surowicy przeciwtężcowej, stwierdzona przez lekarza specjalistę na podstawie wystąpienia jednego z następujących objawów:
- bolesnych skurczów mięśniowych mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękościsk lub uśmiech sardoniczny),
 - bolesnych skurczów mięśni tułowia,
 - uogólnionych skurczów
- oraz objawów klinicznych takich jak: nadpobudliwość, drażliwość, niepokój, gorączka, potliwość, tachykardia, arytmia, labilne ciśnienie tętnicze; rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi;
- 49) **wścieklizna** – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem wścieklizny (*Rabies virus*), przebiegająca klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, rozpoznana przez lekarza specjalistę w oparciu o objawy kliniczne i wykrycie wirusa wścieklizny w próbkach materiału pobranego ze śliny lub skóry bądź wykrycie przeciwciał przeciwko wirusowi wścieklizny w osoczu krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym, wymagająca zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych;
- 50) **zakażona martwica trzustki** – zabieg operacyjny wykonany pierwszorazowo z powodu jednoznacznie rozpoznanej w badaniu histopatologicznym zakażonej martwicy trzustki w przebiegu jej ostrego zapalenia, polegający na usunięciu martwiczych fragmentów narządu i tkanek okołotrzustkowych;
- 51) **zgorzel gazowa** – jednoznaczne rozpoznanie w warunkach szpitalnych, w oparciu o badania bakteriologiczne, ciężkiej przyrannej infekcji spowodowanej bakteriami z rodzaju *Clostridium*, ze znacznym miejscowym uszkodzeniem tkanek, wytwarzaniem gazu w tkankach i uogólnioną toksemią.

Katalog chorób zakaźnych

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

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

- 1) **operacyjnie leczony bąblowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej** – operacja chirurgiczna przeprowadzona poprzez otwarcie klatki piersiowej lub jamy brzusznej, polegająca na usunięciu torbieli bąblowcowej, spowodowanej tasiemcem z rodzaju *Echinococcus*; rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone badaniem mikroskopowym;
- 2) **cholera** – ostra choroba zakaźna wywołana przez przecinkowce cholery (*Vibrio cholerae*); jednoznaczne rozpoznanie przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych musi być oparte na stwierdzeniu objawów klinicznych – wymiotów i biegunki oraz izolacji *Vibrio cholerae* z materiału klinicznego, wykazaniu obecności antygeny O1 lub O139 w izolacie i wykazaniu obecności enetrotoksyny cholery lub genu enterotoksyny cholery w izolacie;
- 3) **dur brzuszny** – ostra ogólnoustrojowa choroba zakaźna wywołana przez pałeczkę duru brzuszego; jednoznaczne rozpoznanie przez lekarza chorób zakaźnych musi być oparte na izolacji pałeczek *Salmonella typhi* z materiału klinicznego pochodzącego od osoby, u której stwierdzono długotrwałą gorączkę i co najmniej jeden z poniższych objawów:
 - a) bóle głowy,
 - b) bradykardia,
 - c) kaszel,
 - d) biegunka, zaparcie, ból brzucha;z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki bezobjawowego nosicielstwa *Salmonella typhi* lub *Salmonella paratyphi*;
- 4) **gorączka denga** – ostra tropikalna choroba zakaźna wywołana wirusem dengi, przebiegająca z wysoką gorączką u osoby, u której stwierdzono występowanie co najmniej dwóch z następujących objawów klinicznych:
 - a) bóle głowy,
 - b) ból pozagałkowy,
 - c) bóle mięśni,
 - d) bóle stawów,
 - e) wysypka,
 - f) objawy krwotoczne,
 - g) leukopenia;
- 5) jednoznaczne rozpoznanie kliniczne lekarza specjalisty chorób zakaźnych musi zostać potwierdzone przynajmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:
 - izolacja wirusa dengi z surowicy, osocza lub leukocytów,
 - wykryciem kwasów nukleinowych metodą PCR,
 - wykryciem antygenów wirusa,
 - co najmniej 4-krotny wzrost miana przeciwciał IgM lub IgG przy wykluczeniu reakcji krzyżowych z innymi flawiwirusami;
- 5) **malaria** – ostra lub przewlekła choroba zakaźna wywołana przez pierwotniaka z gatunku *Plasmodium*, objawiająca się dreszczami i wysoką gorączką oraz innymi objawami – bólami głowy, mięśni, nudnościami, wymiotami, biegunką, dusznością, zaburzeniami neurologicznymi; jednoznaczne rozpoznanie postawione na podstawie objawów klinicznych przez specjalistę chorób zakaźnych musi być potwierdzone wynikiem jednego z poniższych badań wskazujących na:
 - a) obecność zarodźców malarii w rozmazach krwi,
 - b) obecność kwasów nukleinowych *Plasmodium* spp. we krwi,
 - n) obecność antygeny *Plasmodium* spp.;
- 6) **schistosomatoza (bilharczoza)** – choroba pasożytnicza, wywołana przez przywry krwi z rodzaju *Schistosoma*; rozpoznanie kliniczne potwierdzone jednoznacznie w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego w oparciu o objawy: gorączkę, kaszel, ból brzucha, biegunkę, powiększenie wątroby i śledziony, musi być potwierdzone wynikiem badania parazytologicznego, serologicznego lub histopatologicznego;
- 7) **żółta gorączka** – ostra choroba zakaźna wywołana wirusem z rodziny *Flaviviridae*; rozpoznanie kliniczne musi być oparte na potwierdzeniu pobytu w regionie, w którym podejrzewa się lub stwierdzono występowanie przypadków żółtej gorączki w okresie jednego tygodnia przed zachorowaniem, i stwierdzeniu przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych, żółtaczkę lub krwawienia z wielu miejsc u osoby z gorączką; rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone co najmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:
 - a) izolacja wirusa żółtej gorączki z materiału klinicznego,
 - b) wykrycie kwasu nukleinowego wirusa żółtej gorączki,
 - c) wykrycie antygeny wirusa żółtej gorączki,
 - d) wykazanie obecności swoistych przeciwciał przeciw wirusowi żółtej gorączki.

Tabela operacji medycznych

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

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

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

Rodzaj operacji

1. UKŁAD NERWOWY

KLASA OPERACJI

0101	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	I
0102	Wycięcie zmiany tkanki mózgowej	I
0103	Stereotaktyczna abłacja tkanki mózgowej	I
0104	Kraniotomia z usunięciem ropnia nadtwardówkowego	I
0105	Kraniotomia z usunięciem krwaka nadtwardówkowego	I
0106	Kraniotomia z usunięciem ropnia podtwardówkowego	I
0107	Kraniotomia z usunięciem krwaka podtwardówkowego	I
0108	Kraniotomia z usunięciem krwaka śródmózgowego	I
0109	Lobotomia	I
0110	Trepanacja czaszki	I
0111	Wszczepienie stymulatora mózgu	II
0112	Wentrykulostomia	II
0113	Endoskopowa wentrykulocysternostomia	II
0114	Talamotomia	II
0115	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	II
0116	Przeszczep nerwu czaszkowego	I
0117	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	I
0118	Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	II
0119	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	II
0120	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	I
0121	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	I
0122	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	I
0123	Usunięcie zmiany opony mózgu	I
0124	Dekortykacja opon	II
0125	Rekonstrukcja opony twardej	II
0126	Proste szycie opony twardej	II
0127	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	II
0128	Drenaż przestrzeni podoponowej	II
0129	Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	I
0130	Operacja korzenia nerwu rdzeniowego	II
0131	Wycięcie nerwu obwodowego	IV
0132	Zniszczenie nerwu obwodowego	IV
0133	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	IV
0134	Wycięcie nerwiaka obwodowego (Mortona)	IV
0135	Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną	IV
0136	Sympatektomia szyjna	II
0137	Sympatektomia piersiowa	II
0138	Sympatektomia lędźwiowa	II

2. UKŁAD ENDOKRYNOLOGICZNY ORAZ GRUCZOŁ SUTKOWY

KLASA OPERACJI

0201	Wycięcie przysadki mózgowej	I
0202	Rozdzielenie szypuły przysadki	II
0203	Zniszczenie przysadki mózgowej	II
0204	Eksploracja w zakresie szyszynki	II

0205	Nacięcie szyszynki	II
0206	Wycięcie szyszynki	II
0207	Całkowite wycięcie tarczycy	II
0208	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	III
0209	Wycięcie zmiany tarczycy	III
0210	Wycięcie cieśni tarczycy	III
0211	Wycięcie tarczycy językowej	III
0212	Wycięcie przytarczyc	II
0213	Wycięcie grasicy	II
0214	Całkowite wycięcie nadnercza	II
0215	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	III
0216	Wycięcie zmiany w nadnerczu	III
0217	Częściowe wycięcie sutka	IV
0218	Kwadrantektomia	III
0219	Całkowite wycięcie sutka	II
0220	Całkowita rekonstrukcja sutka	II
0221	Nacięcie sutka*	IV
0222	Miejscowe wycięcie zmiany sutka	IV
0223	Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	IV

3. OKO

KLASA OPERACJI

0301	Wycięcie gałki ocznej	II
0302	Usunięcie zmiany oczodołu	III
0303	Protezowanie gałki ocznej	II
0304	Rewizja protezy gałki ocznej	III
0305	Operacyjna plastyka oczodołu	II
0306	Nacięcie oczodołu	III
0307	Rozcięcie kąta szpary powiekowej	III
0308	Usunięcie zmiany powieki	III
0309	Wycięcie nadmiaru powieki	III
0310	Rekonstrukcja powieki	III
0311	Korekcja deformacji powieki	III
0312	Korekcja opadania powieki	III
0313	Nacięcie powieki	IV
0314	Ochronne zeszywanie szpary powiekowej	III
0315	Nacięcie torbieli łzowej z drenażem	III
0316	Usunięcie zmiany w zakresie gruczołu łzowego	III
0317	Częściowe wycięcie gruczołu łzowego	III
0318	Całkowite wycięcie gruczołu łzowego	III
0319	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	II
0320	Nacięcie kanalika łzowego	III
0321	Nacięcie otworu łzowego	III
0322	Nacięcie woreczka łzowego	III
0323	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	II
0324	Repozycja mięśnia okoruchowego	II
0325	Usunięcie mięśnia okoruchowego	II
0326	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	II
0327	Usunięcie zmiany spojówki	III

0328	Operacja naprawcza spojówki	III	0519	Rekonstrukcja krtani	I
0329	Nacięcie spojówki	IV	0520	Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	III
0330	Wycięcie zmiany rogówki	III	0521	Częściowe wycięcie tchawicy	II
0331	Plastyka rogówki	III	0522	Plastyka tchawicy	II
0332	Operacja naprawcza rogówki	III	0523	Protezowanie tchawicy metodą otwartą	II
0333	Nacięcie rogówki	IV	0524	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	IV
0334	Usunięcie zmiany twardówki	III	0525	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	II
0335	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem	III	0526	Częściowe usunięcie oskrzela	III
0336	Fotokoagulacja w odwarstwieniu siatkówki	III	0527	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	IV
0337	Nacięcie twardówki	III	0528	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	IV
0338	Wycięcie tęczówki	III	0529	Przeszczep płuca	I
0339	Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	II	0530	Całkowite wycięcie płuca	I
0340	Nacięcie tęczówki	III	0531	Częściowe wycięcie płuca	II
0341	Usunięcie ciała rzęskowego	III	0532	Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	II
0342	Zewnętrzne usunięcie soczewki	III	0533	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	II
0343	Wewnętrzne usunięcie soczewki	III	0534	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	III
0344	Nacięcie torebki soczewki oka	III			
0345	Wprowadzenie sztucznej soczewki	II			
0346	Operacja ciała szklistego	III			
0347	Zniszczenie zmiany siatkówki	III			
4. UCHO	KLASA OPERACJI		6. JAMA USTNA I GÓRNA CZĘŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO	KLASA OPERACJI	
0401	Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego	II	0601	Częściowe wycięcie wargi	IV
0402	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	IV	0602	Usunięcie zmiany wargi	IV
0403	Plastyka ucha zewnętrznego	III	0603	Korekcja deformacji wargi	III
0404	Drenaż ucha zewnętrznego	IV	0604	Całkowite wycięcie języka	II
0405	Otwarcie wyrostka sutkowatego	III	0605	Usunięcie zmiany języka	IV
0406	Operacja naprawcza błony bębenkowej	III	0606	Nacięcie języka	IV
0407	Drenaż ucha środkowego	III	0607	Usunięcie zmiany podniebienia	IV
0408	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	III	0608	Korekcja deformacji podniebienia	III
0409	Usunięcie zmiany ucha środkowego	III	0609	Wycięcie migdałków podniebiennych	IV
0410	Operacja trąbki Eustachiusza	II	0610	Wycięcie migdałka gardłowego	IV
0411	Operacja ślimaka	II	0611	Wycięcie migdałka językowego	IV
0412	Operacja aparatu przedsionkowego	II	0612	Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	IV
5. UKŁAD ODDECHOWY	KLASA OPERACJI		0613	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	III
0501	Całkowite wycięcie nosa	II	0614	Wycięcie ślinianki podżuchwowej	III
0502	Plastyka nosa	III	0615	Wycięcie ślinianki przyusznej	III
0503	Operacja przegrody nosa	IV	0616	Usunięcie zmiany ślinianki	III
0504	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	IV	0617	Nacięcie gruczołu ślinowego	IV
0505	Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego	IV	0618	Przeszczepienie przewodu ślinowego	III
0506	Operacja nosa zewnętrznego	IV	0619	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	III
0507	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	III	0620	Podwiązanie przewodu ślinowego	III
0508	Endoskopowa operacja zatok obocznych nosa	IV	0621	Poszerzenie przewodu ślinowego	III
0509	Operacja zatoki czołowej	IV	0622	Inne operacje przewodu ślinowego	III
0510	Operacja zatoki klinowej	IV	0623	Wycięcie przelyku i żołądka	I
0511	Operacja zatoki nosa	IV	0624	Całkowite wycięcie przelyku	I
0512	Wycięcie gardła	II	0625	Częściowe wycięcie przelyku	III
0513	Szycie rany gardła	IV	0626	Usunięcie zmiany przelyku metodą otwartą	II
0514	Usunięcie zrostów w gardle	III	0627	Zespoleenie omijające przelyku	II
0515	Rozszerzanie nosogardzieli	III	0628	Rewizja zespolenia przelyku	III
0516	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	III	0629	Operacja naprawcza przelyku	II
0517	Wycięcie krtani	II			
0518	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	II			

0630	Wytworzenie przetoki przełykowej	II	0709	Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą	II
0631	Nacięcie przełyku	IV	0710	Zespoleenie omijające okrężnicy	II
0632	Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą	II	0711	Wyłonienie jelita ślepego	III
0633	Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	II	0712	Nacięcie okrężnicy	III
0634	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową	III	0713	Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy	III
0635	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoscopu	III	0714	Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	II
0636	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	II	0715	Endoskopowe wycięcie polipa jelita grubego	IV
0637	Operacja antyrefluksowa	III	0716	Endoskopowa ablacja guza jelita grubego	IV
0638	Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	IV	0717	Endoskopowe opanowanie krwotoku z jelita grubego	IV
0639	Całkowite wycięcie żołądka	I	0718	Endoskopowe zniszczenie innych zmian lub tkanek jelita grubego	IV
0640	Częściowe wycięcie żołądka	II	0719	Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoscopu	IV
0641	Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą	II	0720	Wycięcie odbytnicy	I
0642	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie żołądka	IV	0721	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	II
0643	Wycięcie polipów żołądka	IV	0722	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	II
0644	Operacja plastyczna żołądka	II	0723	Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	III
0645	Poszerzenie odźwiernika przez nacięcie	III	0724	Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	III
0646	Endoskopowe poszerzenie odźwiernika	III	0725	Wycięcie odbytu	II
0647	Zespoleenie żołądkowo-dwunastnicze	II	0726	Wycięcie zmiany odbytu	IV
0648	Zespoleenie żołądkowo-czce	II	0727	Operacja naprawcza odbytu	III
0649	Gastrostomia	III	0728	Klipsowanie hemoroidów	IV
0650	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	III	0729	Podwiązanie hemoroidów	IV
0651	Endoskopowe opanowanie krwawienia z wrzodu żołądka	III	0730	Odprowadzenie hemoroidów	IV
0652	Pyloromyotomia	II	0731	Wstrzyknięcie do hemoroidów	IV
0653	Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	IV	0732	Kauteryzacja hemoroidów	IV
0654	Wycięcie dwunastnicy	II	0733	Krioterapia hemoroidów	IV
0655	Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	II	0734	Drenaż przez okolicę krocza	III
0656	Zespoleenie omijające dwunastnicy	II	0735	Wycięcie zatoki włosowej	IV
0657	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	III	0736	Nacięcie ropnia okołoodbytniczego	IV
0658	Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	III	8. INNE NARZĄDY JAMY BRZUSZNEJ		KLASA OPERACJI
0659	Wycięcie jelita czczego	II	0801	Przeszczep wątroby	I
0660	Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	II	0802	Częściowe wycięcie wątroby	II
0661	Jejunostomia	III	0803	Usunięcie zmiany wątroby	II
0662	Zespoleenie omijające jelita czczego	III	0804	Nacięcie wątroby	III
0663	Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	III	0805	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu	III
0664	Wycięcie jelita krętego	II	0806	Przeznaczyniowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych	III
0665	Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	II	0807	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	IV
0666	Zespoleenie omijające jelita krętego	III	0808	Zespoleenie pęcherzyka żółciowego	III
0667	Rewizja zespolenia jelita krętego	IV	0809	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	IV
0668	Wytworzenie ileostomii	III	0810	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	IV
0669	Rewizja ileostomii	IV	0811	Przezskórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	IV
0670	Śródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	III	0812	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	III
0671	Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	III	0813	Usunięcie zmiany dróg żółciowych	III
7. DOLNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO		KLASA OPERACJI	0814	Zespoleenie przewodu wątrobowego	II
0701	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	IV	0815	Zespoleenie przewodu żółciowego wspólnego	II
0702	Drenaż ropnia okołowyrostkowego	IV	0816	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	II
0703	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	I	0817	Nacięcie przewodu żółciowego	III
0704	Całkowite wycięcie okrężnicy	II	0818	Przezdwnastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	III
0705	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	II	0819	Przezdwnastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	III
0706	Resekcja poprzeczniczy	II	0820	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	III
0707	Lewostronna hemikolektomia	II	0821	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	IV
0708	Wycięcie esicy	II	0822	Endoskopowe operacje przewodu trzustkowego	III

0823	Przezkórna rewizja połączenia przewodu żółciowego	IV	0937	Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	I
0824	Przezkórna implantacja protezy przewodu żółciowego	IV	0938	Przezkórna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	II
0825	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	IV	0939	Zespoleenie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
0826	Alloprzeszczep trzustki	I	0940	Zespoleenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
0827	Heteroprzeszczep trzustki	I	0941	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	I
0828	Autoprzeszczep komórek z wysepek Langerhansa	I	0942	Przezkórna operacja tętnicy płucnej	II
0829	Alloprzeszczep komórek z wysepek Langerhansa	I	0943	Przeznaczeniowa zamknięcie przewodu tętniczego Botalla	II
0830	Przeszczep komórek wysepek Langerhansa (inny niż wymienione)	I	0944	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	I
0831	Całkowite wycięcie trzustki	I	0945	Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych	I
0832	Wycięcie głowy trzustki	II	0946	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	II
0833	Usunięcie zmiany trzustki	II	0947	Plastyka aorty	I
0834	Zespoleenie przewodu trzustkowego	I	0948	Przeznaczeniowa operacja aorty	II
0835	Otwarty drenaż trzustki	II	0949	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	I
0836	Nacięcie trzustki	III	0950	Przeznaczeniowa operacja tętnicy szyjnej	II
0837	Całkowite wycięcie śledziony	II	0951	Operacja tętniaka tętnicy mózgu	I
9. SERCE, NACZYNIĄ TĘTNICZE ORAZ ŻYŁNE			KLASA OPERACJI		
0901	Przeszczep płuc i serca	I	0952	Przeznaczeniowa operacja tętnicy mózgowej	II
0902	Korekcja całkowita tetralogii Fallota	I	0953	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	I
0903	Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie splotu żylnego (op. Mustarda)	I	0954	Przeznaczeniowa operacja tętnicy podobojczykowej	II
0904	Korekcja całkowitego nieprawidłowego splotu żylnego	I	0955	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	I
0905	Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo-komorowej	I	0956	Przeznaczeniowa operacja tętnicy nerkowej	II
0906	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	I	0957	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	I
0907	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	I	0958	Przeznaczeniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	II
0908	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	II	0959	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	I
0909	Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja przegrody serca	II	0960	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	I
0910	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	I	0961	Rewizja po rekonstrukcji tętnicy biodrowej	III
0911	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	I	0962	Przeznaczeniowa operacja tętnicy biodrowej	II
0912	Plastyka przedsionka serca	I	0963	Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych	I
0913	Walwuloplastyka mitralna	I	0964	Rekonstrukcja tętnicy udowej	I
0914	Walwuloplastyka aortalna	I	0965	Rewizja po rekonstrukcji tętnicy udowej	III
0915	Plastyka zastawki trójdzielnej	I	0966	Przeznaczeniowa operacja tętnicy udowej	II
0916	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	I	0967	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	III
0917	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	I	0968	Wycięcie innej tętnicy	II
0918	Rewizja plastyki zastawki serca	II	0969	Operacja naprawcza innej tętnicy	II
0919	Otwarta walwulotomia	I	0970	Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna innych tętnic	III
0920	Zamknięta walwulotomia	II	0971	Zespoleenie tętniczo-żyłne	III
0921	Przezkórna operacja dotycząca zastawki serca	II	0972	Zespoleenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	I
0922	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	II	0973	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	II
0923	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	I	0974	Operacja żyłaków kończyny dolnej z usunięciem żyły odpiszczelowej	IV
0924	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu	I	0975	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	III
0925	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy	I	0976	Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna naczyń żylnego	IV
0926	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z tętnicą piersiową wewnętrzną	I	10. UKŁAD MOCZOWY		
0927	Otwarta koronaroplastyka	I	KLASA OPERACJI		
0928	Przezkórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej	II	1001	Przeszczep nerki	I
0929	Otwarta operacja układu bódźoprzewodzącego serca	I	1002	Całkowite wycięcie nerki	II
0930	Wszczepienie systemu wspomagania serca	II	1003	Częściowe wycięcie nerki	III
0931	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	II	1004	Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	III
0932	Inny stały sposób stymulacji serca	II	1005	Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	III
0933	Wycięcie osierdzia	I	1006	Nacięcie nerki	III
0934	Drenaż osierdzia	II	1007	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	IV
0935	Nacięcie osierdzia	II	1008	Operacja nerki przez nefrostomię	III
0936	Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	I	1009	Wycięcie moczowodu	II
			1010	Wytworzenie przetoki moczowodowej	III
			1011	Reimplantacja moczowodu	III

1012	Operacja naprawcza moczowodu	III	1206	Nacięcie kanału pochwy	IV
1013	Nacięcie moczowodu	III	1207	Wycięcie pochwy	III
1014	Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop	IV	1208	Nacięcie zrostów pochwy	III
1015	Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop	IV	1209	Usunięcie zmiany pochwy	IV
1016	Operacja w zakresie ujścia moczowodu	IV	1210	Operacja plastyczna pochwy	III
1017	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	II	1211	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	III
1018	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	IV	1212	Plastyka sklepienia pochwy	III
1019	Powiększenie pęcherza	III	1213	Operacja w obrębie zatoki Douglasa	III
1020	Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skórnej	III	1214	Wycięcie szyjki macicy	III
1021	Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	IV	1215	Wycięcie zmiany szyjki macicy	IV
1022	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	III	1216	Konizacja szyjki macicy	IV
1023	Brzusno-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	III	1217	Zniszczenie zmiany w zakresie macicy	IV
1024	Brzuszną plastyka ujścia pęcherza u kobiety	III	1218	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	II
1025	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	IV	1219	Wycięcie macicy drogą przezpochwową	III
1026	Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	IV	1220	Terapeutyczna operacja endoskopowa macicy	IV
1027	Wycięcie prostaty metodą otwartą	II	1221	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	II
1028	Wycięcie prostaty metodą endoskopową	III	1222	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	III
1029	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	IV	1223	Częściowe wycięcie jajowodu	IV
1030	Wycięcie cewki moczowej	III	1224	Wszczępienie protezy jajowodu	III
1031	Operacja naprawcza cewki moczowej	IV	1225	Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	IV
1032	Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	IV	1226	Nacięcie jajowodu	IV
1033	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	IV	1227	Endoskopowe leczenie jajowodu	IV
11. NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE		KLASA OPERACJI	1228	Operacja dotycząca strzępków jajowodu	IV
1101	Usunięcie moszny	II	1229	Częściowe wycięcie jajnika	IV
1102	Obustronne wycięcie jąder	II	1230	Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	IV
1103	Usunięcie zmiany jądra	IV	1231	Operacja naprawcza jajnika	IV
1104	Wycięcie torbieli Morgagniego	IV	1232	Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	IV
1105	Wycięcie przyczepka jądra	IV	1233	Nacięcie jajnika	IV
1106	Jednostronne wycięcie jądra	III	1234	Otwarcie torbieli jajnika	IV
1107	Obustronne sprowadzenie jąder	III	1235	Operacja więzadła szerokiego macicy	III
1108	Jednostronne sprowadzenie jądra	IV	1236	Operacja innego więzadła macicy	III
1109	Proteżowanie jądra	II	13. SKÓRA		KLASA OPERACJI
1110	Operacja wodniaka jądra	IV	1301	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	III
1111	Operacja najądrza	III	1302	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
1112	Wycięcie nasieniowodu	III	1303	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-powięziowego	III
1113	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	III	1304	Przeszczep płata skóry owłosionej	III
1114	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	IV	1305	Przeszczep płata skórno-powięziowego z unerwieniem	III
1115	Operacja pęcherzyków nasiennych	II	1306	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-powięziowego	III
1116	Amputacja prącia	I	1307	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	III
1117	Usunięcie zmiany prącia	III	1308	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
1118	Nacięcie prącia	IV	1309	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	III
1119	Uwolnienie (wycięcie) zrostów prącia	III	1310	Przeszczep płata śluzówki	III
1120	Uwolnienie bolesnego wzvodu prącia	IV	1311	Siatkowy autoprzeszczep skóry	III
1121	Operacja plastyczna prącia	III	1312	Przeszczep śluzówki	III
1122	Proteżowanie prącia	II	1313	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	IV
1123	Operacja napletka	IV	1314	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	IV
12. ŻEŃSKI UKŁAD ROZRODCZY		KLASA OPERACJI	1315	Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	IV
1201	Operacja lechtaczki	III	14. TKANKI MIĘKKIE		KLASA OPERACJI
1202	Operacja gruczolu Bartholína	III	1401	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	II
1203	Wycięcie sromu	III	1402	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	II
1204	Wycięcie zmiany sromu	IV	1403	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	II
1205	Operacja naprawcza w obrębie sromu	IV	1404	Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu	III

1405	Otwarcie klatki piersiowej	II	1456	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	III
1406	Operacja naprawcza pękniętej przepony	I	1457	Wycięcie lub biopsja otwarta węzła chłonnego	IV
1407	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	IV	1458	Drenaż węzła chłonnego	III
1408	Jednostronna lub obustronna operacja prostej przepukliny pachwinowej	IV	1459	Operacja przewodu limfatycznego	III
1409	Operacja skośnej przepukliny pachwinowej	IV	1460	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	IV
1410	Operacja prostej przepukliny pachwinowej (wszczep)	IV	15. KOŚCI ORAZ STAWY		KLASA OPERACJI
1411	Operacja skośnej przepukliny pachwinowej (wszczep)	IV	1501	Otwarcie szwów czaszkowych	I
1412	Operacja przepukliny pachwinowej – inne	IV	1502	Podniesienie złamanego fragmentu czaszki	I
1413	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	III	1503	Wytworzenie płata kostnego czaszki	II
1414	Jednostronna operacja przepukliny udowej (wszczep)	IV	1504	Przeszczep kostny do kości czaszki	II
1415	Obustronna operacja przepukliny udowej (wszczep)	IV	1505	Założenie płytki (sztucznej) do czaszki	II
1416	Jednostronna operacja przepukliny udowej	IV	1506	Inna plastyka kości czaszki	II
1417	Obustronna operacja przepukliny udowej – inna	IV	1507	Otwarcie czaszki	I
1418	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	III	1508	Całkowite wycięcie żuchwy	II
1419	Plastyka przepukliny pępkowej	IV	1509	Całkowite wycięcie żuchwy z jednoczasową rekonstrukcją	II
1420	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	IV	1510	Częściowe wycięcie żuchwy	III
1421	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	III	1511	Częściowe wycięcie kości twarzy – inne	III
1422	Operacja przepukliny ściany jamy brzusznej z otwarciem worka	III	1512	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	III
1423	Operacja naprawcza przepukliny kulszowej	III	1513	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	III
1424	Operacja naprawcza przepukliny kulszowo-odbytniczej	III	1514	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	III
1425	Operacja naprawcza przepukliny lędźwiowej	III	1515	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	III
1426	Operacja naprawcza przepukliny zasłonowej	III	1516	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	I
1427	Operacja naprawcza przepukliny sieciowej	III	1517	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	II
1428	Operacja naprawcza przepukliny zaotrzewnowej	III	1518	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	I
1429	Operacja dotycząca pępka	IV	1519	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa piersiowego	II
1430	Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej)	III	1520	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy	II
1431	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	III	1521	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego	III
1432	Otwarcie jamy otrzewnej	III	1522	Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa	II
1433	Operacja dotycząca sieci	III	1523	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	I
1434	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	III	1524	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	II
1435	Operacja dotycząca krezki okrężnicy	III	1525	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	I
1436	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej metodą otwartą	III	1526	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	II
1437	Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej	IV	1527	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	II
1438	Usunięcie zrostów otrzewnowych	IV	1528	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	III
1439	Przeszczep powięzi	III	1529	Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	II
1440	Wycięcie powięzi brzucha	III	1530	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	I
1441	Usunięcie zmiany powięzi	III	1531	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	II
1442	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	IV	1532	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	II
1443	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	III	1533	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	II
1444	Operacja kaletki maziowej	IV	1534	Usunięcie zmiany kręgosłupa	II
1445	Przełożenie ścięgna	IV	1535	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
1446	Wycięcie ścięgna	IV	1536	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
1447	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	IV	1537	Całkowita rekonstrukcja kciuka	III
1448	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	III	1538	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	III
1449	Uwolnienie ścięgna	IV	1539	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	III
1450	Zmiana długości ścięgna	IV	1540	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	II
1451	Wycięcie pochewki ścięgna	IV	1541	Wycięcie kości ektopowej	III
1452	Przeszczep mięśnia	III	1542	Usunięcie zmiany kości	II
1453	Wycięcie mięśnia	IV			
1454	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia)	IV			
1455	Uwolnienie przykurczu mięśnia	IV			

1543	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	III	1576	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu	II
1544	Kątowe okolostawowe rozdzielanie kości	III	1577	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	II
1545	Rozdzielenie trzonu kości	II	1578	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	II
1546	Rozdzielenie kości stopy	III	1579	Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu	II
1547	Drenaż kości	III	1580	Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu	II
1548	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość ramienna	II	1581	Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	II
1549	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość promieniowa/łokciowa	II	1582	Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	II
1550	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kości nadgarstka/kości śródreżcza	II	1583	Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	II
1551	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – paliczki ręki	IV	1584	Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	II
1552	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kości miednicy	II	1585	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	III
1553	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość udowa	II	1586	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym	III
1554	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość piszczelowa/kość strzałkowa	II	1587	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym	III
1555	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kości stępu/kości śródstopia (noga)	III	1588	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	III
1556	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – paliczki stopy	IV	1589	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	II
1557	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – inne niewyszczególnione kości	IV	1590	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	II
1558	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – kość ramienna	III	1591	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	II
1559	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – kość promieniowa/łokciowa	III	1592	Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	III
1560	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – kości nadgarstka/kości śródreżcza	III	1593	Protezowanie ścięgna	III
1561	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – paliczki ręki	IV	1594	Wzmocnienie ścięgna protezą	III
1562	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną kości miednicy	II	1595	Rekonstrukcja więzadła stawu kolanowego	III
1563	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – kość udowa	II	1596	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	II
1564	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – kość piszczelowa/kość strzałkowa	III	1597	Uwolnienie przykurczu stawu	III
1565	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną kości stępu/kości śródstopia (noga)	III	1598	Operacja struktur okolostawowych palucha	III
1566	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – paliczki (stopy)	IV	1599	Terapeutyczna endoskopia chrząstki półksiężycowatej	III
1567	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – inne niewyszczególnione kości	IV	1600	Terapeutyczna endoskopia innych chrząstek stawowych	III
1568	Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	II	1601	Terapeutyczna endoskopia innych struktur stawowych	III
1569	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	II	1602	Terapeutyczna endoskopia stawu kolanowego	III
1570	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	IV	1603	Terapeutyczna endoskopia innego stawu	III
1571	Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną	IV	16. RÓŻNE	KLASA OPERACJI	
1572	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	III	1701	Reimplantacja kończyny górnej	II
1573	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu	II	1702	Reimplantacja kończyny dolnej	II
1574	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu	II	1703	Reimplantacja innego narządu	II
1575	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu	II	1704	Wszczepienie protezy kończyny	I
			1705	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	II
			1706	Amputacja ręki na wysokości nadgarstka	III
			1707	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	II
			1708	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia stopy	III
			1709	Amputacja palucha	III
			1710	Przeszczep szpiku kostnego	II

* W przypadku gdy rekonstrukcja sutka przeprowadzana jest wieloetapowo, poszczególnych etapów leczenia rekonstrukcyjnego nie traktuje się jako odrębnych operacji medycznych.

Niniejsza Tabela operacji medycznych została zatwierdzona uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka

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

Pojęcia użyte w niniejszej Tabeli oznaczają:

rana – uszkodzenie pełnej grubości skóry zaopatrzone chirurgicznie poprzez założenie szwów lub klamer (z wyjątkiem uszkodzeń języka oraz oparzeń); maksymalne sumaryczne świadczenie z tytułu odniesionych ran w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 6% sumy ubezpieczenia;

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

A. USZKODZENIA GŁOWY

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

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:

a) sklepienia (za każdą kość)	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. Uszkodzenie nerwów ruchowych:

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

B. USZKODZENIA TWARZY

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

6. Uszkodzenia powłok twarzy:

a) rany skóry twarzy	2
b) oparzenia powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5

7. Uszkodzenia nosa:

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

8. Ukruszenie zęba (odbyte wizyty lekarskiej; świadczenie za maksymalnie 5 zębów)

	0,5
--	-----

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

	1
--	---

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

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

11. Utrata szczęki lub żuchwy:

a) częściowa	15
b) całkowita	40

12. Złamania żuchwy:

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

13. Ubytek podniebienia

	15
--	----

14. Urazy języka:

a) rany języka zaopatrzone chirurgicznie szwami	1
b) częściowa utrata języka	3
c) całkowita utrata języka	50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

(nie podlegają sumowaniu)

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

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

a) jednego oka	15
b) obu oczu	30

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

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

17. Ubytki pola widzenia:

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

18. Bezsoczewkowość pourazowa:

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

19. Uszkodzenie przewodów łzowych wymagające korekcji operacyjnej:

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

20. 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

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

	3
--	---

22. Wytrzeszcz tętniący pourazowy

	40
--	----

Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siat-

kówki lub nerwu wzrokowego. Ocenę końcową należy pomniejszyć o ewentualne wcześniejsze upośledzenie ostrości wzroku. W przypadku uszkodzenia narządu wzroku kolejne należne świadczenie wypłacane z tytułu tego samego nieszczęśliwego wypadku pomniejszane jest o kwotę już wypłaconego świadczenia.

D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

23. 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

24. 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.

25. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:

a) jednostronne	5
b) dwustronne	20

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

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI TCHAWICY I PRZĘŁYKU

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

26. Uszkodzenie gardła, krtani, tchawicy leczone operacyjnie

27. Uszkodzenie przełyku:

a) leczone operacyjnie	7
b) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	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 KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

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

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 optucnej:

a) krwiak optucnej lub odma optucnej niewymagające drenażu	2
b) krwiak optucnej lub odma optucnej wymagające drenażu	5
c) krwiak optucnej lub odma optucnej 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 odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

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	3
b) uszkodzenia leczone operacyjnie	5
c) 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 odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

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 endoskopowo	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 endoskopowo	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 i/lub rekonstrukcyjnie	15	

I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

50. Uszkodzenie kręgosłupa szyjnego:	
a) skręcenie	2
b) zwichnięcie	4
c) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
d) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1

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

51. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th10):

a) skręcenie	1
b) zwichnięcie	2
c) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	4
d) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1

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

52. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11–L5):

a) skręcenie	2
b) zwichnięcie	4
c) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5

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

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

J. USZKODZENIA MIEDNICY

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

53. Rozejście się spojenia łonowego

5

54. Zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego

10

55. 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

56. Złamanie panewki stawu biodrowego:

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

57. 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 i/lub kości krzyżowej bez przemieszczenia	5
d) wielomiejscowe złamania kości miednicy i/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

K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

ŁOPATKA

58. Złamania łopatki:

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

OBOJCZYK

59. Złamania obojczyka:

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1

60. Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego:

a) zwichnięcie I°	1
b) zwichnięcie II°	3
c) zwichnięcie III°	5

BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY

61. Uszkodzenia stawu ramienno-łopatkowego (zwichnięcia, złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej; skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku:	
a) skręcenie	1
b) zwichnięcie wymagające repozycji przez lekarza	3
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e) inne złamania	2
f) złamania leczone protezoplastyką	15
62. Utrata kończyny w stawie ramienno-łopatkowym	65
63. Utrata kończyny wraz z łopatką	70
RAMIĘ	
64. Złamanie trzonu kości ramiennej:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	12
b) złamania otwarte	10
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	7
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e) inne złamania	2
65. Izolowane uszkodzenia skóry, mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów:	
a) rany skórne	1
b) uszkodzenie mięśnia dwugłowego zaopatrzone chirurgicznie	4
c) uszkodzenie innych mięśni ramienia zaopatrzone chirurgicznie	3
66. Utrata kończyny w obrębie ramienia	60
STAW ŁOKCIOWY	
67. Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
c) inne złamania	2
68. Inne uszkodzenia łokcia:	
a) skręcenie	1
b) zwichnięcie	3
PRZEDRAMIĘ	
69. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	7
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
70. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, lub złamania Monteggia, Galeazziego	9
b) złamania otwarte	7
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e) inne złamania	2
71. Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien:	
a) rany skórne	1
b) uszkodzenia mięśni zaopatrzone chirurgicznie	2
c) uszkodzenia ścięgien zaopatrzone chirurgicznie (każde)	2
72. Utrata kończyny w obrębie przedramienia	55
73. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka	50

NADGARSTEK

74. 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
75. Utrata ręki na poziomie nadgarstka	50
ŚRÓDRĘCZE	
76. Złamania kości śródreżca:	
a) I kość śródreżca:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
ii) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
iii) inne złamania	2
b) II kość śródreżca:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	4
ii) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii) inne złamania	1
c) III, IV, V kość śródreżca:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	2
ii) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii) inne złamania	1
KCIUK	
77. Utrata w zakresie kciuka:	
a) utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b) utrata paliczka paznokciowego	6
c) utrata obu paliczków bez kości śródreżca	10
d) utrata obu paliczków z kością śródreżca	15
78. Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	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 śródreżczo-paliczkowym	2
PALEC WSKAZUJĄCY	
79. Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:	
a) utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b) utrata paliczka paznokciowego	2
c) utrata paliczka środkowego	8
d) utrata trzech paliczków	10
e) utrata wskaziciela z kością śródreżca	11
80. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
d) rany	1
e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	1

PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY

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

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

82. 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, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-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, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	1
c) palec V:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
ii) inne złamania	1
iii) rany, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	1

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

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

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

STAW BIODROWY

83. Utrata kończyny dolnej:

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

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

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

UDO

85. Złamanie kości udowej:

a) złamania wieloodłamowe, otwarte	15
------------------------------------	----

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

86. 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

87. 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)	1
c) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiżdżeniowe	20
d) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
e) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
f) inne złamania	3

88. 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

89. 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 repozycji przez lekarza (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	4

90. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego

PODUDZIE

91. Złamanie kości podudzia:

a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiżdżeniowe	15
b) złamania otwarte	12
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e) inne złamania	3

92. Izolowane złamanie kości strzałkowej:

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1

93. Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien:

a) rany skórne	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
---	---

94. 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

95. Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego:

a) skręcenie stawu skokowego bez unieruchomienia (konieczne leczenie* przez min. 2 tygodnie)	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
--	---

96. Złamania kości skokowej:

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
--	---

b) złamania wieloodłamowe	5
---------------------------	---

c) inne złamania	3
------------------	---

97. Złamania kości piętowej:

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
--	----

b) złamania wieloodłamowe	8
---------------------------	---

c) inne złamania	4
------------------	---

98. Utrata kości skokowej i/lub piętowej:

a) częściowa utrata	25
---------------------	----

b) całkowita utrata	40
---------------------	----

99. Uszkodzenie kości stępu – każda

(sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 10%):

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
--	---

b) złamania wieloodłamowe	4
---------------------------	---

c) inne złamania	2
------------------	---

100. 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
------------------	---

101. Inne uszkodzenia okolicy stępu, śródstopia i stopy:

a) rany	1
---------	---

102. Utrata stopy w całości	45
-----------------------------	----

103. Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40
---	----

104. Utrata stopy w środkowej części stępu	35
--	----

105. Utrata stopy w okolicy stępowo-środo-stopnej	25
---	----

PALCE STOPY

106. 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
-------------------------------	---

107. Złamania palucha:

a) złamania wieloodłamowe, otwarte	4
------------------------------------	---

b) złamania otwarte	3
---------------------	---

c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
--	---

d) inne złamania	1
------------------	---

108. 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
--------------------------	---

109. Utrata palców stopy II-V (każdy)	2
---------------------------------------	---

110. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)	3
--	---

111. Utrata palca V z kością śródstopia	4
---	---

112. Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, skręcenia

(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 odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

113. 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
---------------	----

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 (górnjej):	
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

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

N. INNE

**Wysokość świadczenia
odpowiadająca procentowi
sumy ubezpieczenia**

114. Inne stłuczenia (odbycie wizyty lekarskiej)	0,5
115. Inne rany (odbycie wizyty lekarskiej)	0,5
116. Inne oparzenia I i II stopnia	0,5
117. Odmrożenia (odbycie wizyty lekarskiej)	0,5

* 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).

Niniejsza Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka została zatwierdzona uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/12/06/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Tabela procedur medycznych

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia świadczeń medycznych i opiekuńczych AXA MEDI

1. ZABIEGI AMBULATORYJNE

1) Ambulatoryjne zabiegi chirurgiczne	Proste nacięcie i usunięcie ciała obcego, tkanek podskórnych; Nacięcie i drenaż krwiaka, zbiornika płynu surowiczego lub innego zbiornika płynu; Usunięcie szwów; Zmiana opatrunku; Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; mały staw lub kaletka (np. palce u rąk lub nóg); Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; średniej wielkości staw lub kaletka (np. staw skroniowo-żuchwowy, barkowo-obojczykowy, nadgarstek, staw łokciowy lub skokowy, kaletka maziowa wyrostka łokciowego); Nakłucie stawu, aspiracja i/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 i/lub kończyn; Proste zamknięcie powierzchownych ran twarzy, uszu, powiek, nosa, warg i/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 (opatrunek 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-obojczykowe; 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; łopatką, całkowite; bark; stawy barkowo-obojczykowe; 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; Kineziotaping; 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 (termozele); 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 łędźwiowy 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 łędźwiowy 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
