

Masz auto i spokój w pakiecie.

Ogólne warunki
ubezpieczenia

Ubezpieczenie
Assistance w Podróży



Spis treści

I. Postanowienia wstępne i definicje 2

II. Ubezpieczenie Assistance w Podróży 3

 Przedmiot ubezpieczenia 3

 Zawarcie umowy ubezpieczenia 3

 Czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela 3

 Zakres ubezpieczenia 3

 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela 8

 Składka 9

 Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego 9

 Zasady zwrotu kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego 10

 Rozwiązanie umowy ubezpieczenia 10

III. Postanowienia końcowe 10

 Zawiadomienia oraz oświadczenia woli 10

 Sposób dochodzenia roszczeń, reklamacje 10

IV. Informacja prawna 11

FORMULARZ DO OWU

Poniższy Formularz sporządzony jest 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	§ 2.1 § 5.1 ust. 1 § 5.2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 6.1, 6.2 § 8.2 ust. 3 § 9.1 ust. 5

I. POSTANOWIENIA WSTĘPNE I DEFINICJE

§ 1.1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Assistance w Podróż” (zwane dalej OWUA) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (zwana dalej Ubezpieczycielem) z osobami fizycznymi (zwanymi dalej Ubezpieczającymi), w zakresie obejmującym świadczenie usług assistance szczegółowo opisanych w § 5.1 i § 5.2.
2. Umowa ubezpieczenia „Assistance w Podróż” (zwana dalej „Umową ubezpieczenia”) może być zawarta przez Ubezpieczającego również na cudzy rachunek.
3. W porozumieniu z Ubezpieczającym, po dokonaniu indywidualnej oceny ryzyka w Umowie ubezpieczenia mogą być zastosowane postanowienia dodatkowe lub odmienne od określonych w OWUA.

§ 1.2

Pojęcia użyte w niniejszych OWUA otrzymują znaczenie określone zgodnie z poniższymi definicjami:

1. **awaria** – zdarzenie losowe powodujące unieruchomienie pojazdu, wynikające z przyczyn wewnętrznych pochodzenia mechanicznego, pneumatycznego, hydraulicznego, elektrycznego lub elektronicznego (w tym awarie alarmu), które miało miejsce w okresie ubezpieczenia; za awarię nie uważa się uszkodzenia ogumienia lub braku paliwa;
2. **brak paliwa** – unieruchomienie pojazdu w związku ze zużyciem, wyczerpaniem lub kradzieżą paliwa z pojazdu;
3. **CAA** – Centrum Alarmowe Assistance, tj. podmiot zajmujący się organizacją i świadczeniem usług określonych w OWUA w zakresie Ubezpieczenia „Assistance w Podróż”;
4. **choroba przewlekła** – zdiagnozowany przed zawarciem Umowy ubezpieczenia stan chorobowy, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, leczony stale lub okresowo lub będący przyczyną hospitalizacji bezpośrednio w okresie 12 miesięcy przed zawarciem Umowy ubezpieczenia;
5. **kierowca** – osoba kierująca pojazdem w momencie zajścia zdarzenia assistance;
6. **kradzież pojazdu** – działanie sprawcy wyczerpujące znamiona następujących czynów zabronionych: kradzieży (określonej w art. 278 kk), kradzieży z włamaniem (określonej w art. 279 kk), rozboju (określonego w art. 280 kk) lub zaboru w celu krótkotrwałego użycia (określonego w art. 289 kk), w wyniku którego doszło do zaboru pojazdu, jego części lub wyposażenia. Pojęcie kradzieży nie obejmuje przypadków, gdy sprawca wszedł w posiadanie klucza lub innych urządzeń służących do otwarcia lub uruchomienia pojazdu za przyzwoleniem lub wskutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub innej osoby upoważnionej do używania pojazdu;
7. **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie ubezpieczenia w związku z ruchem pojazdu, podczas wsiadania do lub wysiadania z pojazdu, podczas naprawy pojazdu na trasie jazdy lub podczas parkowania pojazdu, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swej woli, doznał uszkodzenia ciała wymagającego pomocy medycznej i zmuszającego go do przerwania podróży lub hospitalizacji, lub w następstwie którego Ubezpieczony zmarł;
8. **okres eksploatacji pojazdu** – okres liczony od dnia 31 grudnia roku produkcji pojazdu do pierwszego dnia okresu ubezpieczenia;
9. **osoba bliska** – członek najbliższej rodziny Ubezpieczonego, tj. rodzice, współmałżonek, dzieci (w tym również przysposobione) i rodzeństwo, osoba pozostająca z Ubezpieczonym w konkubinacie lub związku partnerskim;
10. **pasażer** – każda osoba podróżująca pojazdem w momencie zajścia zdarzenia assistance, z wyłączeniem osób przewożonych odpłatnie oraz autostopowiczów;
11. **placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład opieki lecznictwa zamkniętego lub otwartego, którego zadaniem jest świadczenie poprzez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodzienniej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych. W rozumieniu OWUA za placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu środków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA, placówki rehabilitacyjnej lub ośrodka rehabilitacyjnego;
12. **pojazd** – wskazany w polisie samochód osobowy, którego okres eksploatacji w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia „Assistance w Podróż” nie przekracza 15 lat, dopuszczony do ruchu, posiadający ważne badania techniczne, zarejestrowany w Polsce, stosownie do przepisów ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym, a w przypadku umów zawieranych na okres określony w § 3.1 ust. 1 pkt 4) – dodatkowo niewykorzystywany do celów zarobkowych lub w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą. Pod tym pojęciem rozumie się także pojazdy z nadwoziem samochodów osobowych, zarejestrowane jako pojazdy ciężarowe oraz samochody terenowe o dopuszczalnej masie całkowitej (DMC) do 3,5 tony;
13. **szpital** – działający zgodnie z prawem zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony dla chorych, wymagających opieki leczniczej, zabiegów operacyjnych lub zabiegów diagnostycznych (zapewniający chorym całodobową opiekę średniego i wyższego personelu medycznego). W rozumieniu OWUA za szpital nie uważa się ośrodków opieki społecznej, ośrodków dla psychicznie chorych, hospicjów, ośrodków dla leczenia uzależnień od narkotyków, alkoholu i innych tego typu środków, ośrodków sanatoryjnych, placówek rehabilitacyjnych lub ośrodków rehabilitacyjnych, ośrodków wypoczynkowych oraz placówek i ośrodków SPA;
14. **świadczenie assistance** – należne z tytułu zajścia zdarzenia assistance świadczenie, określone w § 5.1 i § 5.2;
15. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, która zawarła z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia;
16. **Ubezpieczony** – właściciel pojazdu, posiadacz pojazdu, kierowca lub pasażer pojazdu (odpowiednio do opisu poszczególnych świadczeń assistance);
17. **unieruchomienie pojazdu** – stan pojazdu, który uniemożliwia dalsze jego używanie na drogach publicznych w sposób bezpieczny lub zgodny z przepisami ruchu drogowego z powodu stanu technicznego, w jakim ten pojazd się znalazł w wyniku awarii, wypadku, braku paliwa lub uszkodzenia ogumienia, mających miejsce w okresie ubezpieczenia. Unieruchomienie pojazdu obejmuje sytuacje, kiedy pojazd nie może się poruszać samodzielnie, jak też wówczas, gdy zostały uszkodzone elementy wpływające na bezpieczeństwo, takie jak oświetlenie, hamulce, lusterka, pasy bezpieczeństwa. Unieruchomieniem pojazdu nie jest:
 - 1) unieruchomienie pojazdu, wynikające z przetwarzania pojazdu polegającego na załadunku ponad dopuszczalną masę całkowitą pojazdu lub przekroczeniu gabarytów załadunku ponad dopuszczalny limit dla pojazdu lub przewożenia liczby osób ponad limit wynikający z dowodu rejestracyjnego pojazdu,
 - 2) odstawienie pojazdu do warsztatu naprawczego bez udziału CAA w celu dokonania napraw nie wynikających ze zdarzenia assistance, w tym wcześniej umówionych, wykonywanie przeglądów i badań technicznych oraz usuwanie ewentualnych usterek wykrytych w czasie ich trwania, wykonanie napraw blacharsko-lakierniczych lub montaż dodatkowego wyposażenia pojazdu,
 - 3) faktyczne uniemożliwienie ruchu pojazdu nie skutkujące powstaniem uszkodzeń technicznych pojazdu;
18. **uszkodzenie ogumienia** – brak powietrza w oponie lub oponach – z przyczyn, takich jak przebicie lub wystrzelenie opony lub dętki, niesprawne wentyle lub innych przyczyn, z powodu których uchodzi powietrze z opony lub dętki;
19. **warsztat partnerski** – warsztat współpracujący z Ubezpieczycielem w zakresie wstępnej likwidacji szkód oraz napraw pojazdów. Lista warsztatów partnerskich zamieszczona jest na stronie internetowej www.uniqa.pl;
20. **wypadek** – zdarzenie niezależne od woli Ubezpieczonego, które miało miejsce w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, w wyniku którego unieruchomieniu lub zniszczeniu uległ pojazd wskazany w polisie na skutek kolizji z udziałem innych uczestników ruchu drogowego (w tym kolizji z udziałem zwierząt), kolizji z przedmiotami i osobami znajdującymi się na zewnątrz pojazdu, pożaru lub wybuchu wynikających z działania czynnika termicznego lub chemicznego pochodzącego z zewnątrz lub wewnątrz pojazdu, działania sił przyrody, działania osób trzecich;

21. **zdarzenie assistance** – zaistniałe w okresie ochrony ubezpieczeniowej:
- 1) awaria, lub
 - 2) wypadek, lub
 - 3) brak paliwa, lub
 - 4) kradzież pojazdu, lub
 - 5) nieszczęśliwy wypadek, lub
 - 6) uszkodzenie ogumienia.

II. UBEZPIECZENIE ASSISTANCE W PODRÓŻY

Przedmiot ubezpieczenia

§ 2.1

Przedmiotem ubezpieczenia jest zorganizowanie lub zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń assistance wynikających z poszczególnych wariantów Umowy ubezpieczenia na rzecz Ubezpieczonych, w przypadku wystąpienia w okresie ubezpieczenia określonych w OWUA zdarzeń assistance i następstw zdarzeń assistance, objętych ochroną ubezpieczeniową w związku z korzystaniem z pojazdu.

§ 2.2

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w następujących wariantach, od których uzależniony jest zakres świadczeń assistance:
 - 1) WARIANT EKONOMICZNY;
 - 2) WARIANT STANDARDOWY;
 - 3) WARIANT PREMIUM.
2. Umowa ubezpieczenia w ramach wariantów, o których mowa w ust. 1, może zostać zawarta w następujących wariantach terytorialnych:
 - 1) POLSKA (PL);
 - 2) POLSKA i EUROPA (EUR), z wyłączeniem krajów byłego ZSRR, za wyjątkiem Litwy, Łotwy i Estonii.
3. Świadczenia assistance przysługujące w ramach poszczególnych wariantów, o których mowa w ust. 1 i 2 wskazane są w § 5.1 oraz w § 5.2 OWUA.

Zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 3.1

1. Według wyboru Ubezpieczającego Umowa ubezpieczenia może być zawarta na okres ubezpieczenia wynoszący odpowiednio:
 - 1) 7 dni, lub
 - 2) 15 dni, lub
 - 3) 30 dni, lub
 - 4) 1 rok.
2. Dane przekazywane przez Ubezpieczającego, o które Ubezpieczyciel zapytuje podczas zawierania Umowy ubezpieczenia, obejmują w szczególności:
 - 1) dane pojazdu;
 - 2) dane osobowe Ubezpieczającego;
 - 3) dane mające wpływ na wysokość składki, o których mowa w § 7.1 ust. 2.
3. Na podstawie uzyskanych od Ubezpieczającego informacji Ubezpieczyciel przygotowuje ofertę zawarcia Umowy ubezpieczenia, która będzie zawierała informacje o zakresie ochrony ubezpieczeniowej, wysokość składki oraz termin i sposób jej płatności. Oferta zostanie doręczona Ubezpieczającemu wraz z OWUA. Oferta będzie ważna do dnia wskazanego w niej jako dzień zapłaty składki.
4. Umowa ubezpieczenia zostanie zawarta z chwilą zapłaty składki w terminie wskazanym w ofercie.

5. Umowa ubezpieczenia potwierdzana jest polisą wskazującą w szczególności zakres ubezpieczenia i okres ubezpieczenia ustalony przez Strony.
6. Na ten sam pojazd, w tym samym czasie może zostać zawarta tylko jedna Umowa ubezpieczenia.
7. Umowa ubezpieczenia, może być zawarta wyłącznie przy użyciu następujących form płatności:
 - 1) płatność gotówką u przedstawiciela Ubezpieczyciela uprawnionego, na podstawie stosownego pełnomocnictwa do jej pobierania;
 - 2) płatność przelewem bankowym na rachunek bankowy Ubezpieczyciela;
 - 3) płatność elektroniczna za pośrednictwem agenta rozliczeniowego w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych.

Czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela

§ 4.1

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się w terminie określonym w polisie jako początek ochrony ubezpieczeniowej, nie wcześniej jednak niż po zawarciu Umowy ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia oraz w innych przypadkach określonych w OWUA w § 10.1.
3. W razie zbycia pojazdu prawa z Umowy ubezpieczenia mogą być przeniesione na nabywcę pojazdu za uprzednią zgodą Ubezpieczyciela.
4. W razie przeniesienia praw, o których mowa w ust. 3, na nabywcę pojazdu przechodzą także obowiązki, które ciążyły na zbywcy pojazdu, chyba że Strony za zgodą Ubezpieczyciela umówiły się inaczej. Pomimo tego przejścia obowiązków zbywca pojazdu odpowiada solidarnie z nabywcą pojazdu za zapłatę składki przypadającej za czas do chwili przejścia własności pojazdu na nabywcę.
5. Jeżeli prawa, o których mowa w ust. 4, nie zostały przeniesione na nabywcę pojazdu, Umowa ubezpieczenia wygasa z chwilą przejścia własności pojazdu na nabywcę.

Zakres ubezpieczenia

§ 5.1

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej dla następstw zdarzeń assistance objętych ochroną ubezpieczeniową w wariantach ubezpieczenia, o których mowa w § 2.2. ust. 1 i wariantach terytorialnych, o których mowa w § 2.2 ust. 2, wybranych przez Ubezpieczającego podczas zawierania Umowy ubezpieczenia, do wysokości określonej limitami odpowiedzialności dla poszczególnych świadczeń assistance wskazanych w Tabeli świadczeń i limitów oraz w § 5.2.
2. Użyte w Tabeli świadczeń i limitów skróty oznaczają zdarzenie assistance, określone w OWUA, których następstwa uprawniają do skorzystania z danego świadczenia assistance:
A – awaria; **W** – wypadek; **BP** – brak paliwa; **K** – kradzież pojazdu; **NW** – nieszczęśliwy wypadek; **UO** – uszkodzenie ogumienia.
Ilekroć w Tabeli świadczeń i limitów umieszczono znak „—”, oznacza to, że dane świadczenie assistance nie przysługuje.
3. W razie, gdy w Tabeli świadczeń i limitów oraz § 5.2 nie wskazano limitu na zdarzenie assistance, oznacza to, że CAA pokrywa koszty świadczenia do wysokości faktycznych kosztów jego realizacji przez CAA.
4. Przeliczenie limitów podanych w euro w § 5.2 ust. 15, zostanie dokonane na walutę kraju, w którym realizowane jest świadczenie, według średniego kursu złotego ogłaszanego przez NBP w dniu realizacji świadczenia w stosunku do euro i waluty kraju, w którym realizowane jest świadczenie assistance.

Tabela świadczeń i limitów

Rodzaj świadczenia/usługi	Ekonomiczny	Standardowy	Premium
Naprawa na miejscu wypadku lub awarii	PL/EUR W, A	PL/EUR W, A	PL/EUR W, A
Holowanie pojazdu po wypadku	PL/EUR – 150 km W	PL/EUR – 250 km W	PL – bez limitu, EUR – 500 km W
Holowanie pojazdu po awarii	PL/EUR – 150 km A	PL/EUR – 250 km A	PL/EUR – 500 km A
Wymiana koła	PL/EUR UO	PL/EUR UO	PL/EUR UO
Nocleg dla podróżnych	PL/EUR – 2 doby W, A, K	PL/EUR – 3 doby W, A, K	PL/EUR – 3 doby W, A, K
Transport podróżnych	PL/EUR – maks. 100 km od miejsca zdarzenia W, A, K	PL/EUR – bez limitu km W, A, K	PL/EUR – bez limitu km W, A, K
Dostarczenie paliwa	PL/EUR BP	PL/EUR BP	PL/EUR BP
Samochód zastępczy	–	PL/EUR 2 doby – w wariancie 7 dni 3 doby – w wariancie 15, 30 dni i 1 rok W, A, K	PL/EUR – 3 doby W, A, K
Parkowanie pojazdu	–	PL/EUR – 3 doby W, A, K	PL/EUR – 3 doby W, A, K
Odbiór pojazdu	–	PL/EUR W, A, K	PL/EUR W, A, K
Złomowanie pojazdu	–	PL/EUR W, A, K	PL/EUR W, A, K
Transport zwłok	–	EUR NW	EUR NW
Usługa tłumacza przez telefon	–	EUR W, A, K, NW, BP, UO	EUR W, A, K, NW, BP, UO
Pomoc medyczna na terenie Polski	PL limity określone w § 5.2 ust. 14 NW	PL limity określone w § 5.2 ust. 14 NW	PL limity określone w § 5.2 ust. 14 NW
Pomoc medyczna za granicą	EUR limity określone w § 5.2 ust. 15 NW	EUR limity określone w § 5.2 ust. 15 NW	EUR limity określone w § 5.2 ust. 15 NW
Pomoc informacyjna, w tym telefoniczna informacja prawna	PL/EUR W, A, K, NW, BP, UO	PL/EUR W, A, K, NW, BP, UO	PL/EUR W, A, K, NW, BP, UO

§ 5.2

Ubezpieczyciel, za pośrednictwem CAA, w przypadku zdarzenia assistance określonego w Tabeli świadczeń i limitów, o której mowa w § 5.1, zorganizuje lub zorganizuje i pokryje koszty realizacji świadczeń assistance wskazanych w ww. Tabeli do wysokości limitów w niej określonych dla poszczególnych wariantów ubezpieczenia:

1. Naprawa na miejscu wypadku lub awarii

- CAA zorganizuje i pokryje koszty naprawy pojazdu unieruchomionego w wyniku wypadku lub awarii, w zakresie niezbędnym do kontynuowania jazdy, o ile będzie to możliwe na miejscu zdarzenia;
- O możliwości naprawy na miejscu zdarzenia decyduje obecny na miejscu przedstawiciel CAA;
- W ramach świadczenia pokryte zostaną wyłącznie koszty dojazdu i robocizny przedstawiciela CAA (z wyłączeniem kosztów części lub materiałów użytych do naprawy);
- W razie awarii pojazdu świadczenie naprawy pojazdu na miejscu zdarzenia realizowane będzie pod warunkiem, że zdarzenie objęte ochroną miało miejsce w odległości większej niż 25 km od miejsca zamieszkania kierowcy;
- W okresie ubezpieczenia bez względu na ilość zdarzeń assistance, Ubezpieczonemu przysługuje w wariancie:
 - EKONOMICZNYM – maksymalnie jedno świadczenie naprawy na miejscu wypadku oraz jedno świadczenie naprawy na miejscu awarii,

b) STANDARDOWYM – maksymalnie dwa świadczenia naprawy na miejscu wypadku oraz dwa świadczenia naprawy na miejscu awarii,

c) PREMIUM – maksymalnie dwa świadczenia naprawy na miejscu wypadku oraz dwa świadczenia naprawy na miejscu awarii. Jednakże w przypadku wariantu terytorialnego POLSKA ograniczenie co do ilości przysługującego świadczenia Naprawa na miejscu wypadku nie ma zastosowania.

2. Holowanie pojazdu po wypadku

- CAA zorganizuje i pokryje koszty holowania pojazdu unieruchomionego w wyniku wypadku z zachowaniem limitów określonych w Tabeli świadczeń i limitów, jeżeli nie jest możliwe dokonanie jego naprawy na miejscu zdarzenia:
 - w wariancie EKONOMICZNYM – do najbliższego warsztatu danej marki w kraju zdarzenia assistance lub do wskazanego przez kierowcę warsztatu partnerskiego w Polsce,
 - w wariantach STANDARDOWYM lub PREMIUM – do wskazanego przez kierowcę warsztatu mogącego dokonać naprawy pojazdu w kraju zdarzenia, albo do miejsca zamieszkania kierowcy w Polsce;
- Jeżeli holowanie pojazdu do warsztatu odbywa się poza godzinami pracy tego warsztatu i pojazd został przetransportowany na parking, Ubezpieczonemu przysługuje drugie holowanie pojazdu do warsztatu w ramach jednego zdarzenia assistance, z zastrzeżeniem, że limit kilometrowy wskazany w Tabeli świadczeń i limitów, obowiązuje łącznie dla obu holowań;

- 3) W okresie ubezpieczenia bez względu na ilość zdarzeń assistance, Ubezpieczonemu przysługuje w wariantach:
 - a) EKONOMICZNYM – maksymalnie jedno świadczenie,
 - b) STANDARDOWYM – maksymalnie dwa świadczenia,
 - c) PREMIUM – maksymalnie dwa świadczenia. Jednakże w przypadku wariantu terytorialnego POLSKA ograniczenie co do ilości przysługującego świadczenia Holowania pojazdu po wypadku nie ma zastosowania.
3. **Holowanie pojazdu po awarii**
 - 1) CAA zorganizuje i pokryje koszty holowania pojazdu unieruchomionego w wyniku awarii z zachowaniem limitów określonych w Tabeli świadczeń i limitów, jeżeli nie jest możliwe dokonanie jego naprawy na miejscu zdarzenia:
 - a) w wariantach EKONOMICZNYM – do najbliższego warsztatu danej marki w kraju zdarzenia assistance lub do wskazanego przez kierowcę warsztatu partnerskiego w Polsce,
 - b) w wariantach STANDARDOWYM lub PREMIUM – do wskazanego przez kierowcę warsztatu mogącego dokonać naprawy pojazdu w kraju zdarzenia, albo do miejsca zamieszkania kierowcy w Polsce;
 - 2) Jeżeli holowanie pojazdu do warsztatu odbywa się poza godzinami pracy tego warsztatu i pojazd został przetransportowany na parking, Ubezpieczonemu przysługuje drugie holowanie pojazdu do warsztatu w ramach jednego zdarzenia assistance, z zastrzeżeniem, że limit kilometrowy wskazany w Tabeli świadczeń i limitów, obowiązuje łącznie dla obu holowań;
 - 3) Świadczenie realizowane jest pod warunkiem, że awaria pojazdu miała miejsce w odległości większej niż 25 km od miejsca zamieszkania kierowcy;
 - 4) W okresie ubezpieczenia bez względu na ilość zdarzeń assistance, Ubezpieczonemu przysługuje w wariantach:
 - a) EKONOMICZNYM – maksymalnie jedno świadczenie,
 - b) STANDARDOWYM lub PREMIUM – maksymalnie dwa świadczenia.
4. **Wymiana koła**
 - 1) CAA w przypadku uszkodzenia ogumienia zorganizuje i pokryje koszty:
 - a) wymiany koła na zapasowe lub naprawy ogumienia na miejscu zdarzenia, jeśli pojazd jest wyposażony w sprawne koło zapasowe lub zestaw naprawczy. Świadczenie obejmuje wyłącznie koszty dojazdu i robocizny, albo
 - b) holowania pojazdu do najbliższego warsztatu wulkanizacyjnego w przypadku niemożności wymiany lub naprawy koła na miejscu zdarzenia;
 - 2) Zakresem świadczenia nie są objęte koszty naprawy koła oraz ogumienia w warsztacie wulkanizacyjnym oraz koszty zakupu części i materiałów użytych do naprawy koła oraz ogumienia;
 - 3) Skorzystanie ze świadczenia Wymiana koła wyklucza możliwość skorzystania w związku z tym samym zdarzeniem assistance z następujących świadczeń: Naprawa na miejscu wypadku lub awarii lub Holowanie pojazdu po awarii;
 - 4) Świadczenie realizowane jest pod warunkiem, że uszkodzenie ogumienia pojazdu miało miejsce w odległości większej niż 25 km od miejsca zamieszkania kierowcy;
 - 5) W okresie ubezpieczenia bez względu na ilość zdarzeń assistance, Ubezpieczonemu przysługuje, w wariantach:
 - a) EKONOMICZNYM – maksymalnie jedno świadczenie,
 - b) STANDARDOWYM lub PREMIUM – maksymalnie dwa świadczenia.
5. **Nocleg dla podróżnych**
 - 1) CAA zorganizuje i pokryje koszty transportu kierowcy i pasażerów do najbliższego hotelu o standardzie trzygwiazdkowym oraz noclegu w przypadku unieruchomienia pojazdu w wyniku wypadku lub awarii, jeśli z informacji uzyskanych przez CAA wynika, że naprawa nie będzie dokonana w dniu zajścia zdarzenia assistance albo w przypadku kradzieży pojazdu;
 - 2) Usługa zorganizowania i opłacenia noclegu przysługuje przez okres niezbędny do naprawy pojazdu albo do czasu odzyskania pojazdu po kradzieży lub zrealizowania świadczenia określonego w pkt 6 (Transport podróżnych), przy czym nie dłużej jednak niż okres wskazany w Tabeli świadczeń i limitów;
- 3) Usługa zorganizowania i opłacenia noclegu nie pokrywa kosztów wyżywienia (z wyjątkiem śniadania, jeżeli jest w cenie noclegu), baru, telefonu oraz innych dodatkowych usług związanych z pobytem Ubezpieczonych w hotelu;
- 4) Świadczenie realizowane jest pod warunkiem, że wypadek, awaria lub kradzież pojazdu miało miejsce w odległości większej niż 25 km od miejsca zamieszkania kierowcy;
- 5) W okresie ubezpieczenia bez względu na ilość zdarzeń assistance Ubezpieczonemu przysługuje w wariantach:
 - a) EKONOMICZNYM – maksymalnie jedno świadczenie,
 - b) STANDARDOWYM lub PREMIUM – maksymalnie dwa świadczenia.
6. **Transport podróżnych**
 - 1) CAA zorganizuje i pokryje koszty transportu kierowcy lub pasażerów z zachowaniem limitów określonych w Tabeli świadczeń i limitów do miejsca zamieszkania, pierwotnego celu podróży albo innego miejsca wskazanego w sposób uzgodniony przez CAA z kierowcą lub pasażerem pojazdu (w przypadku gdy stan zdrowia kierowcy uniemożliwia wskazanie miejsca albo gdy kierowca zmarł), w zależności które z tych miejsc znajduje się bliżej, z zastrzeżeniem pkt 3. W stosunku do wszystkich pasażerów realizowane jest jedno takie świadczenie;
 - 2) Świadczenie realizowane jest pod warunkiem, że nastąpiło unieruchomienie pojazdu w wyniku wypadku, awarii albo pojazd został skradziony i nie został odnaleziony w terminie 2 dni;
 - 3) Świadczenie realizowane jest pod warunkiem, że wypadek, awaria lub kradzież pojazdu miały miejsce w odległości większej niż 25 km od miejsca zamieszkania kierowcy i w przypadku awarii lub wypadku niemożliwa jest naprawa pojazdu na miejscu zdarzenia. Dodatkowo w przypadku awarii lub wypadku warunkiem realizacji świadczenia jest:
 - a) wykonanie przez CAA świadczenia holowania, o którym mowa odpowiednio w ust. 2 lub ust. 3, oraz
 - b) brak możliwości naprawy odholowanego pojazdu w dniu odholowania go do warsztatu;
 - 4) W okresie ubezpieczenia bez względu na ilość zdarzeń assistance, Ubezpieczonemu przysługuje w wariantach:
 - a) EKONOMICZNYM – maksymalnie jedno świadczenie,
 - b) STANDARDOWYM lub PREMIUM – maksymalnie dwa świadczenia.
7. **Dostarczenie paliwa**
 - 1) CAA w przypadku braku paliwa zorganizuje i pokryje koszty:
 - a) dowiezienia paliwa w ilości wystarczającej na dojechanie pojazdu do najbliższej stacji paliw, albo
 - b) holowania pojazdu do najbliższej stacji paliw;
 - 2) Świadczenie realizowane jest pod warunkiem, że brak paliwa zaistniał w odległości większej niż 25 km od miejsca zamieszkania kierowcy;
 - 3) Zakresem świadczenia nie są objęte koszty zakupu paliwa;
 - 4) W okresie ubezpieczenia bez względu na ilość zdarzeń assistance Ubezpieczonemu przysługuje w wariantach:
 - a) EKONOMICZNYM – maksymalnie jedno świadczenie,
 - b) STANDARDOWYM lub PREMIUM – maksymalnie dwa świadczenia.
8. **Samochód zastępczy**
 - 1) CAA zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia, wynajmu i odbioru samochodu zastępczego, jeżeli w wyniku wypadku lub awarii nastąpiło unieruchomienie pojazdu albo pojazd został skradziony i zgodnie z ustaleniami CAA pojazd nie zostanie naprawiony w dniu zajścia zdarzenia assistance lub w przypadku kradzieży – gdy pojazd nie został odnaleziony;
 - 2) Warunkiem skorzystania przez Ubezpieczonego ze świadczenia Samochód zastępczy jest:
 - a) w przypadku wypadku lub awarii uprzednie wykonanie świadczenia holowania pojazdu, o którym mowa odpowiednio w ust. 2 lub ust. 3,
 - b) umożliwienie CAA monitorowania przebiegu naprawy pojazdu w warsztacie poprzez przekazanie przez Ubezpieczonego do CAA danych teleadresowych warsztatu,

- c) w przypadku kradzieży pojazdu lub jego elementów powodujących unieruchomienie pojazdu – uprzednie dostarczenie do CAA pisemnej notatki policji potwierdzającej zgłoszenie kradzieży,
 - d) pisemne wyrażenie zgody na warunki korzystania z samochodu zastępczego określone przez podmiot wynajmujący samochód na zlecenie CAA,
 - e) korzystanie z samochodu zastępczego jedynie na terytorium kraju zdarzenia assistance;
- 3) Samochód zastępczy przysługuje począwszy od dnia, w którym za pośrednictwem CAA samochód zastępczy został udostępniony Ubezpieczonemu do dnia zakończenia naprawy unieruchomionego pojazdu albo odzyskania skradzionego pojazdu, jednakże nie dłużej niż przez niepodzielny okres wskazany w Tabeli świadczeń i limitów;
 - 4) W okresie ubezpieczenia bez względu na ilość zdarzeń assistance, w wariantach STANDARDOWYM lub PREMIUM świadczenie Samochód zastępczy przysługuje tylko raz;
 - 5) W ramach świadczenia Samochód zastępczy CAA zorganizuje i pokryje koszty związane z wynajmem samochodu o klasie odpowiadającej klasie pojazdu wskazanego w polisie, z zastrzeżeniem że wyboru samochodu zastępczego dokonuje CAA w zależności od lokalnych możliwości oraz że najwyższą możliwą klasą samochodu zastępczego jest klasa B;
 - 6) Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje kosztów paliwa i innych materiałów eksploatacyjnych, ubezpieczeń dobrowolnych i opłat dodatkowych;
 - 7) Ubezpieczony jest zobowiązany zwrócić samochód zastępczy podmiotowi wynajmującemu najpóźniej w dniu upływu okresu wynajmu, w takim samym stanie (w szczególności, z tym samym poziomem paliwa i z tym samym wyposażeniem), w jakim go otrzymał;
 - 8) Zakresem świadczenia nie są objęte koszty zużycia paliwa i koszty eksploatacyjne wynikające z korzystania z samochodu zastępczego;
 - 9) Samochód zastępczy może zostać zwrócony przez Ubezpieczonego w innym miejscu, niż miejsce jego odbioru pod warunkiem, że podmiot wynajmujący w miejscu zwrotu pojazdu i w czasie zwrotu pojazdu posiada czynną placówkę. Ubezpieczony zobowiązany jest, nie później niż na 1 dzień przed datą planowanego zwrotu samochodu, ustalić z CAA dokładne miejsce, czas i sposób zwrotu samochodu zastępczego podmiotowi wynajmującemu;
 - 10) Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie poinformować CAA o fakcie zakończenia naprawy albo odnalezienia po kradzieży pojazdu objętego ochroną.
- ## 9. Parkowanie pojazdu
- 1) CAA zorganizuje i pokryje koszty parkowania na parkingu strzeżonym pojazdu unieruchomionego w następstwie wypadku lub awarii, w przypadku gdy nie ma możliwości zorganizowania świadczenia Holowania pojazdu na zasadach określonych w ust. 2 lub ust. 3 albo gdy pojazd został odnaleziony po kradzieży;
 - 2) Pokrycie kosztów parkowania nastąpi za okres niezbędny do wykonania usługi Holowania pojazdu, o której mowa odpowiednio w ust. 2 lub w ust. 3, nie dłużej jednak niż za okres wskazany w Tabeli świadczeń i limitów;
 - 3) W okresie ubezpieczenia bez względu na ilość zdarzeń assistance w wariantach STANDARDOWYM lub PREMIUM przysługują maksymalnie dwa świadczenia.
- ## 10. Odbiór pojazdu
- 1) CAA zorganizuje i pokryje koszty odbioru naprawionego pojazdu unieruchomionego wcześniej w wyniku awarii, wypadku albo odnalezionego po kradzieży, w przypadku:
 - a) naprawienia pojazdu unieruchomionego w wyniku awarii lub wypadku przez warsztat, do którego wcześniej pojazd został odholowany przez CAA, na zasadach określonych odpowiednio w ust. 2 lub ust. 3, albo
 - b) odnalezienia pojazdu po kradzieży (pod warunkiem, że od zgłoszenia kradzieży na policję, do dnia jego odnalezienia minęły min. 2 dni);
 - 2) CAA zorganizuje i pokryje koszty transportu jednej osoby, wskazanej przez Ubezpieczonego w celu odbioru pojazdu. Transport realizowany jest przy wykorzystaniu jednego ze środków transportu, wybranego przez CAA w uzgodnieniu z Ubezpieczonym, tj. taksówką (przejazd na odległość nie większą niż 50 km), pociągiem albo autobusem (bilet pierwszej klasy w jedną stronę), bądź samolotem (klasa ekonomiczna) – wyłącznie gdy czas przejazdu pociągiem lub autobusem na tej trasie przekracza 8 godzin;
 - 3) Świadczenie realizowane jest pod warunkiem, że wypadek lub awaria albo odnalezienie pojazdu po kradzieży miało miejsce w odległości większej niż 25 km od miejsca zamieszkania kierowcy.
- ## 11. Złomowanie pojazdu
- CAA zorganizuje i pokryje koszty złomowania pojazdu gdy obowiązek złomowania pojazdu powstanie wskutek wypadku, awarii lub gdy pojazd został odnaleziony po kradzieży na pisemny wniosek Ubezpieczonego i po udostępnieniu przez niego dokumentów niezbędnych do wykonania świadczenia złomowanie pojazdu w świetle przepisów prawa obowiązujących w kraju wykonania usługi.
- ## 12. Transport zwłok
- 1) CAA zorganizuje i pokryje koszty czynności związanych z przewiezieniem zwłok lub prochów Ubezpieczonego do miejsca pochówku na terytorium Polski, jeśli do śmierci Ubezpieczonego doszło na skutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) Świadczenie nie obejmuje pokrycia wydatków związanych z kremacją, pogrzebem i pochówkiem.
- ## 13. Usługa tłumacza przez telefon
- CAA zorganizuje telefoniczną pomoc językową w rozmowach Ubezpieczonego z obcokrajowcami, związanych ze zdarzeniem assistance. Tłumaczenie odbywać się będzie z języka polskiego na język angielski oraz z języka angielskiego na język polski.
- ## 14. Pomoc medyczna na terenie Polski
- 1) CAA, w razie zaistnienia nieszczęśliwego wypadku na terytorium Polski zorganizuje i pokryje koszty następujących świadczeń:
 - a) **Transport do placówki medycznej** – zorganizowanie i pokrycie przez CAA kosztu transportu Ubezpieczonego w związku z nieszczęśliwym wypadkiem do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do każdego nieszczęśliwego wypadku, jeżeli stan zdrowia nie zagraża życiu Ubezpieczonego i nie wymaga pomocy pogotowia ratunkowego, natomiast lekarz CAA w porozumieniu z lekarzem prowadzącym stwierdził konieczność transportu medycznego. CAA zgodnie z pisemnymi zaleceniami lekarza prowadzącego zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego do placówki medycznej najbliższego miejsca zdarzenia assistance. Świadczenie realizowane jest środkiem transportu wybranym przez lekarza CAA, w porozumieniu z lekarzem prowadzącym. Niezastosowanie się Ubezpieczonego do decyzji lekarza CAA lub samowolne podejmowanie czynności sprzecznych z zaleceniami lekarza CAA lub lekarza prowadzącego powoduje utratę prawa do świadczenia Transport do placówki medycznej.
 - b) **Transport pasażerów** – zorganizowanie i pokrycie przez CAA kosztu transportu pasażerów do miejsca ich zamieszkania na terytorium Polski, gdy w wyniku śmierci albo trwającej powyżej 5 dni hospitalizacji kierowcy na skutek nieszczęśliwego wypadku nie jest możliwe samodzielne kontynuowanie przez pasażerów podróży pojazdem. Transport pasażerów realizowany jest przy wykorzystaniu jednego ze środków transportu, wybranego przez CAA w uzgodnieniu z Ubezpieczonym, tj. taksówką (przejazd na odległość nie większą niż 50 km), pociągiem albo autobusem (bilet pierwszej klasy w jedną stronę), bądź samolotem (klasa ekonomiczna) – wyłącznie gdy czas przejazdu pociągiem lub autobusem na tej trasie przekracza 8 godzin.
 - c) **Kierowca zastępczy** – zorganizowanie i pokrycie przez CAA kosztu usługi Kierowcy zastępczego w sytuacji, gdy w wyniku śmierci kierowcy lub trwającej powyżej 5 dni jego hospitalizacji w związku z nieszczęśliwym wypadkiem żaden z pasażerów nie może aktualnie prowadzić pojazdu lub nie posiada prawa jazdy i nie może go zastąpić. Usługa Kierowcy zastępczego jest świadczona do miejsca zamieszkania

kierowcy w Polsce. Pasażerowie i kierowca są przewożeni w jedno i to samo miejsce. Skorzystanie ze świadczenia Kierowcy zastępczego wyklucza skorzystanie w związku z tym samym zdarzeniem assistance ze świadczenia Transport pasażerów.

- d) **Pomoc psychologa** – zorganizowanie i pokrycie przez CAA kosztów wizyt u psychologa w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, na skutek którego doszło do śmierci albo hospitalizacji Ubezpieczonego. W okresie ubezpieczenia bez względu na liczbę zdarzeń assistance CAA organizuje i pokryje Ubezpieczonemu koszty nie więcej niż 5 wizyt u psychologa, niezależnie od liczby Ubezpieczonych korzystających z tego świadczenia, pod warunkiem wcześniejszego przekazania do CAA pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego o potrzebie pomocy psychologa.
- e) **Wizyta osoby bliskiej** – zorganizowanie i pokrycie przez CAA kosztu wizyty jednej osoby bliskiej wskazanej przez Ubezpieczonego, jeśli w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony jest hospitalizowany powyżej 3 dni. W ramach świadczenia CAA organizuje i pokryje koszty podróży osoby bliskiej do miejsca hospitalizacji Ubezpieczonego środkami komunikacji publicznej, jeżeli miejscowość hospitalizacji położona jest w odległości nie mniejszej niż 50 km od miejsca zamieszkania osoby bliskiej oraz pokryje koszty noclegu osoby bliskiej w hotelu o standardzie trzygwiazdkowym do łącznej kwoty 250 zł za dobę, położonym możliwie najbliżej miejsca hospitalizacji Ubezpieczonego, do czasu wypisania Ubezpieczonego ze szpitala, nie dłużej jednak niż przez 10 dni. Podróż realizowana jest z miejsca zamieszkania osoby bliskiej do miejsca hospitalizacji Ubezpieczonego oraz z miejsca hospitalizacji Ubezpieczonego do miejsca zamieszkania osoby bliskiej, przy wykorzystaniu jednego ze środków transportu wybranego przez CAA w uzgodnieniu z osobą wskazaną przez Ubezpieczonego, tj. taksówką (przejazd na odległość nie większą niż 50 km), pociągiem lub autobusem (bilet pierwszej klasy) bądź samolotem (klasa ekonomiczna) – wyłącznie gdy czas przejazdu pociągiem lub autobusem na tej trasie przekracza 8 godzin. Zakres świadczenia assistance nie pokrywa kosztów wyżywienia (z wyjątkiem śniadania, jeżeli jest w cenie noclegu), baru, telefonu oraz innych dodatkowych usług związanych z pobytem osoby bliskiej w hotelu.
- f) **Organizacja noclegu pasażerów** – zorganizowanie i pokrycie przez CAA kosztu zakwaterowania pasażerów, jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku kierowca pojazdu jest hospitalizowany. Świadczenie realizowane jest jeżeli nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w odległości nie mniejszej niż 50 km od miejsca zamieszkania kierowcy. CAA pokryje koszty noclegu pasażerów w hotelu o standardzie trzygwiazdkowym do kwoty 250 zł za dobę na każdego pasażera, położonym możliwie najbliżej miejsca hospitalizacji kierowcy, do czasu wypisania kierowcy ze szpitala, nie dłużej jednak niż przez 3 dni. Usługa zorganizowania i opłacenia noclegu nie pokrywa kosztów wyżywienia (z wyjątkiem śniadania, jeżeli jest w cenie noclegu), baru, telefonu oraz innych dodatkowych usług związanych z pobytem pasażera w hotelu.
- g) **Transport medyczny ze szpitala** – zorganizowanie i pokrycie przez CAA kosztu transportu medycznego Ubezpieczonego ze szpitala, w którym był hospitalizowany w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, do jego miejsca zamieszkania środkami transportu wybranym przez lekarza CAA, w porozumieniu z lekarzem prowadzącym do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do każdego nieszczęśliwego wypadku. Niezastosowanie się Ubezpieczonego do decyzji lekarza CAA lub samowolne podejmowanie czynności sprzecznych z zaleceniami lekarza CAA lub lekarza prowadzącego powoduje utratę prawa do świadczenia Transport medyczny ze szpitala.
- h) **Organizacja wizyty pielęgniarskiej** – zorganizowanie i pokrycie przez CAA kosztu wizyty pielęgniarki (do 5 wizyt w okresie ubezpieczenia bez względu na liczbę Ubezpieczonych) w miejscu pobytu Ubezpieczonych. Świadczenie

przysługuje, jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony był hospitalizowany przez okres nie krótszy niż 10 dni i po jego hospitalizacji wymaga opieki lekarskiej lub pielęgniarskiej. Zakres świadczenia assistance nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach realizacji świadczenia.

15. Pomoc medyczna za granicą

- 1) CAA, w razie zaistnienia nieszczęśliwego wypadku za granicą organizuje i pokryje koszty następujących świadczeń:
 - a) **Natychmiastowa pomoc medyczna** – zorganizowanie i pokrycie przez CAA kosztu pierwszej wizyty lekarskiej Ubezpieczonego, w razie zaistnienia nieszczęśliwego wypadku. CAA każdorazowo przed realizacją świadczenia uzgadnia jego zasadność z Ubezpieczonym. Niezastosowanie się Ubezpieczonego do decyzji lekarza CAA lub samowolne podejmowanie czynności sprzecznych z zaleceniami lekarza CAA lub lekarza prowadzącego powoduje utratę prawa do świadczenia.
 - b) **Transport do placówki medycznej** – zorganizowanie i pokrycie przez CAA kosztu transportu Ubezpieczonego w związku z nieszczęśliwym wypadkiem do łącznej kwoty 300 euro w odniesieniu do każdego nieszczęśliwego wypadku, jeżeli stan zdrowia nie zagraża życiu Ubezpieczonego i nie wymaga pomocy pogotowia ratunkowego, natomiast lekarz CAA w porozumieniu z lekarzem prowadzącym stwierdził konieczność transportu medycznego. CAA zgodnie z pisemnymi zaleceniami lekarza prowadzącego organizuje i pokryje koszty transportu medycznego do placówki medycznej najbliższej miejscu zdarzenia assistance. Świadczenie realizowane jest środkiem transportu wybranym przez lekarza CAA, w porozumieniu z lekarzem prowadzącym. Niezastosowanie się Ubezpieczonego do decyzji lekarza CAA lub samowolne podejmowanie czynności sprzecznych z zaleceniami lekarza CAA lub lekarza prowadzącego powoduje utratę prawa do świadczenia.
 - c) **Transport pasażerów** – zorganizowanie i pokrycie przez CAA kosztu transportu pasażerów do miejsca ich zamieszkania na terytorium Polski, gdy w wyniku śmierci albo trwającej powyżej 5 dni hospitalizacji kierowcy na skutek nieszczęśliwego wypadku nie jest możliwe samodzielne kontynuowanie przez pasażerów podróży pojazdem. Transport pasażerów realizowany jest przy wykorzystaniu jednego ze środków transportu, wybranego przez CAA w uzgodnieniu z Ubezpieczonym, tj. taksówką (przejazd na odległość nie większą niż 50 km), pociągiem albo autobusem (bilet pierwszej klasy w jedną stronę), bądź samolotem (klasa ekonomiczna) – wyłącznie gdy czas przejazdu pociągiem lub autobusem na tej trasie przekracza 8 godzin.
 - d) **Kierowca zastępczy** – zorganizowanie i pokrycie przez CAA kosztu usługi Kierowcy zastępczego w sytuacji, gdy w wyniku śmierci kierowcy lub trwającej powyżej 5 dni jego hospitalizacji w związku z nieszczęśliwym wypadkiem żaden z pasażerów nie może aktualnie prowadzić pojazdu lub nie posiada prawa jazdy i nie może go zastąpić. Usługa Kierowcy zastępczego jest świadczona do miejsca zamieszkania kierowcy w Polsce. Pasażerowie i kierowca są przewożeni w jedno i to samo miejsce. Skorzystanie ze świadczenia Kierowcy zastępczego wyklucza skorzystanie w związku z tym samym zdarzeniem assistance ze świadczenia Transport pasażerów.
 - e) **Pomoc psychologa** – zorganizowanie i pokrycie przez CAA kosztów wizyt u psychologa w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, na skutek którego doszło do śmierci albo hospitalizacji Ubezpieczonego. W okresie ubezpieczenia bez względu na liczbę zdarzeń assistance CAA organizuje i pokryje Ubezpieczonemu koszty nie więcej niż 5 wizyt u psychologa, niezależnie od liczby Ubezpieczonych korzystających z tego świadczenia, pod warunkiem wcześniejszego przekazania do CAA pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego o potrzebie pomocy psychologa.
 - f) **Wizyta osoby bliskiej** – zorganizowanie i pokrycie przez CAA kosztu wizyty jednej osoby bliskiej wskazanej przez Ubezpieczonego, jeśli w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony jest hospitalizowany powyżej 3 dni. W ramach

świadczenia CAA zorganizuje i pokryje koszty podróży osoby bliskiej do miejsca hospitalizacji Ubezpieczonego środkami komunikacji publicznej, jeżeli miejscowość hospitalizacji położona jest w odległości nie mniejszej niż 50 km od miejsca zamieszkania osoby bliskiej oraz pokryje koszty noclegu osoby bliskiej w hotelu o standardzie trzygwiazdkowym do łącznej kwoty 150 euro za dobę, położonym możliwie najbliżej miejsca hospitalizacji Ubezpieczonego, do czasu wypisania Ubezpieczonego ze szpitala, nie dłużej jednak niż przez 10 dni.

Podróż realizowana jest z miejsca zamieszkania osoby bliskiej do miejsca hospitalizacji Ubezpieczonego oraz z miejsca hospitalizacji Ubezpieczonego do miejsca zamieszkania osoby bliskiej, przy wykorzystaniu jednego ze środków transportu wybranego przez CAA w uzgodnieniu z osobą wskazaną przez Ubezpieczonego, tj. taksówką (przejazd na odległość nie większą niż 50 km), pociągiem lub autobusem (bilet pierwszej klasy) bądź samolotem (klasa ekonomiczna) – wyłącznie gdy czas przejazdu pociągiem lub autobusem na tej trasie przekracza 8 godzin. Zakres świadczenia assistance nie pokrywa kosztów wyżywienia (z wyjątkiem śniadania, jeżeli jest w cenie noclegu), baru, telefonu oraz innych dodatkowych usług związanych z pobytem osoby bliskiej w hotelu.

- g) **Organizacja noclegu pasażerów** – zorganizowanie i pokrycie przez CAA kosztu zakwaterowania pasażerów, jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku kierowcy pojazdu jest hospitalizowany. Świadczenie realizowane jest jeżeli nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w odległości nie mniejszej niż 50 km od miejsca zamieszkania kierowcy. CAA pokryje koszty noclegu pasażerów w hotelu o standardzie trzygwiazdkowym do kwoty 150 euro za dobę na każdego pasażera, położonym możliwie najbliżej miejsca hospitalizacji kierowcy, do czasu wypisania kierowcy ze szpitala, nie dłużej jednak niż przez 3 dni. Usługa zorganizowania i opłacenia noclegu nie pokrywa kosztów wyżywienia (z wyjątkiem śniadania, jeżeli jest w cenie noclegu), baru, telefonu oraz innych dodatkowych usług związanych z pobytem pasażera w hotelu.
- h) **Dostarczenie niezbędnych leków** – zorganizowanie i pokrycie przez CAA kosztu wysyłki do Ubezpieczonego niezbędnych leków, jeśli na skutek nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony nie może zakupić leków przepisanych przez lekarza w Polsce z powodu niedostępności w miejscu przebywania Ubezpieczonego. Świadczenie jest realizowane po stwierdzeniu przez lekarza CAA uzasadnionej konieczności dostarczenia niezbędnych leków i nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach realizacji świadczenia.
- i) **Transport osób niepełnoletnich** – zorganizowanie i pokrycie przez CAA kosztu przewozu osób niepełnoletnich, pozostawionych bez opiekuńcy prawnego wskutek śmierci Ubezpieczonego będącego opiekunem prawnym lub gdy Ubezpieczony będący opiekunem prawnym jest hospitalizowany. CAA zorganizuje i pokryje koszty transportu osób niepełnoletnich z miejsca ich przebywania (środkami komunikacji publicznej, w towarzystwie wykwalifikowanej do opieki nad niepełnoletnimi osoby, uprawnionej przez CAA), do opiekuna prawnego przebywającego na terytorium Polski, a w przypadku jego braku, osoby niepełnoletnie zostaną przewiezione do Polski i pozostawione pod opieką odpowiednich władz.

16. Pomoc informacyjna, w tym telefoniczna informacja prawna

- 1) CAA w razie zaistnienia zdarzenia assistance, udziela telefonicznej pomocy informacyjnej:
- a) o postępowaniu, w przypadku wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w zakresie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych,
- b) o procedurze zgłaszania szkód, wymaganej dokumentacji i obowiązujących terminach,

- c) o najbliższych podmiotach świadczących usługi pomocy drogowej, wynajmu pojazdów, hotelach, stacjach paliw,
- d) o warsztatach partnerskich oraz warsztatach autoryzowanych, w zakresie napraw danej marki pojazdu,
- e) o orientacyjnych kosztach paliwa i opłatach drogowych we wskazanym kraju na terenie Europy,
- f) o sytuacji na przejściach granicznych,
- g) o warunkach pogodowych;
- 2) CAA przekaze telefonicznie wiadomość o zajściu zdarzenia assistance osobie wskazanej przez Ubezpieczonego, przebywającej na terytorium Polski – pod wskazany przez Ubezpieczonego numer telefonu;
- 3) CAA w razie zaistnienia zdarzenia assistance udzieli telefonicznej informacji prawnej:
- a) o adresach i danych kontaktowych w Polsce lub za granicą: adwokatów, radców prawnych, komorników sądowych, biegłych powołanych przez sąd, tłumaczy, urzędów administracji państwowej, konsultantów i ambasad, sądów i prokuratur, policji i policji drogowej,
- b) o dokumentach i obowiązkach wymaganych przepisami prawa danego kraju w trakcie podróży poza granice Polski, tj. obowiązku wizowym, dokumentach niezbędnych do przekroczenia granicy państwa będącego celem podróży, urzędach wystawiających dokumenty podróżne, o postępowaniu w przypadku utraty dokumentów osobistych, obowiązków celnych,
- c) o trybie postępowania w kontakcie z instytucjami w Polsce lub za granicą, tj. o zakresie uprawnień i właściwości sądów, urzędów i instytucji, potrzebnych dokumentach i zaświadczeniach, pomocy przy wypełnianiu formularzy, wymogach formalnych dotyczących wniosków i podań, godzinach pracy poszczególnych urzędów i instytucji;
- 4) Usługa udzielenia telefonicznej informacji prawnej zostanie udzielona Ubezpieczonemu niezwłocznie, nie później niż w ciągu 48 godzin.

Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela § 6.1

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za brak spełnienia świadczenia assistance, jeżeli brak spełnienia świadczenia assistance wyniknął z powodu działania siły wyższej, a także z powodu zaistnienia awarii urządzeń telekomunikacyjnych albo ich braku.
2. Ubezpieczyciel nie zwraca kosztów usług poniesionych bezpośrednio przez Ubezpieczonego, jeżeli działał on bez porozumienia z CAA, chyba że skontaktowanie się z CAA było niemożliwe z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego. W takim wypadku Ubezpieczonemu przysługuje zwrot poniesionych celowych i uzasadnionych, z uwagi na rodzaj pomocy potrzebnej w związku ze zdarzeniem assistance, kosztów usług assistance, jeśli zostały one zorganizowane we własnym zakresie przez Ubezpieczonego, na zasadach określonych w § 9.1.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, jeżeli zdarzenie assistance nastąpiło w związku z:
- 1) katastrofą nuklearną lub działaniem energii jądrowej, skażeniem jądrowym, chemicznym, promieniowaniem radioaktywnym, promieniowaniem jonizującym;
- 2) samobójstwem lub samookaleczeniem Ubezpieczonego, względnie ich usiłowaniami;
- 3) wykorzystywaniem pojazdu w celach zarobkowych lub w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą w przypadku umów zawieranych na okres określony w § 3.1 ust. 1 pkt 4).
4. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nie są objęte awarie powtarzające się po pierwszej interwencji CAA, wynikające z braku definitywnego usunięcia usterki w warsztacie naprawczym, a w szczególności nawracające awarie akumulatora, instalacji elektrycznej lub alarmowej.
5. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nie jest objęty ładunek przewożony w pojeździe.
6. Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów naprawy pojazdów w warsztatach oraz kosztów konserwacji i eksploatacji pojazdu.

7. Ponadto Ubezpieczyciel nie pokrywa:

- 1) kosztów paliwa, części zamiennych, a także kosztów zakupu lub dorobienia kluczyków, sterowników oraz kosztów zakupu kół, opon, dętek i zestawu naprawczego koła lub innych materiałów użytych do naprawy pojazdu w tym ogumienia;
 - 2) kosztów wyżywienia (z wyjątkiem śniadania, jeżeli jest w cenie noclegu), baru, telefonu oraz innych dodatkowych usług związanych z pobytem Ubezpieczonego w hotelu;
 - 3) kosztów zakupu leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach realizacji świadczenia Organizacja wizyty pielęgniarskiej;
 - 4) kosztów płatnego nadbagażu, opłat celnych i drogowych oraz wyżywienia w trakcie podróży w przypadku organizacji przez CAA następujących świadczeń: Transportu podróżnych, Transportu pasażerów, Organizacji noclegu pasażerów, Noclegu dla podróżnych, Wizyty osoby bliskiej, zgodnie z przysługującymi świadczeniami;
 - 5) kosztów związanych z kremacją, pogrzebem lub pochówkiem Ubezpieczonego.
8. Świadczenia Pomoc medyczna na terenie Polski oraz Pomoc medyczna za granicą, nie przysługują także w przypadku:
- 1) następstw obrażeń ciała i chorób niepowodujących braku możliwości kontynuowania podróży pojazdem;
 - 2) następstw obrażeń ciała, chorób lub stanów patologicznych powstałych wskutek użycia alkoholu, użycia narkotyków lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii oraz leków nieprzepisanych przez lekarza;
 - 3) rekonwalescencji.
9. Z zakresu pomocy medycznej wyłączone są wszystkie świadczenia związane z stwierdzonymi chorobami psychicznymi.
10. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenie assistance, jeśli w pojeździe liczba przewożonych osób była większa od liczby miejsc określonej w dowodzie rejestracyjnym, o ile miało to wpływ na powstanie lub rozmiar świadczenia assistance.
11. Świadczenie assistance nie przysługuje, jeżeli do zdarzenia assistance doszło na drogach innych niż twarde oraz gruntowe oraz na drogach objętych zakazem wjazdu w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym, o ile miało to wpływ na powstanie świadczenia assistance.

§ 6.2

Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączane są świadczenia assistance w związku ze zdarzeniami assistance:

- 1) spowodowanymi umyślnie przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego lub osobę, z którą Ubezpieczony i Ubezpieczający pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym;
- 2) spowodowanymi wskutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego, chyba że spełnienie świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności;
- 3) powstałymi w związku z działaniami wojennymi, a także powstałymi w związku z zamieszkami, rozruchami, aktami terroru, sabotażu, a także w czasie używania pojazdu w związku z obowiązkowymi świadczeniami na rzecz wojska lub policji;
- 4) powstałymi w związku z udziałem pojazdu w zawodach, wyścigach, rajdach lub ich próbach, treningach, jazdach terenowych;
- 5) powstałymi w związku z kierowaniem pojazdu przez osoby, które nie posiadają wymaganych prawem polskim uprawnień do kierowania pojazdem lub którym zatrzymano czasowo lub na stałe dokumenty potwierdzające te uprawnienia, jak również przez osoby, które znajdowały się w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii lub podobnie działających leków, nawet jeżeli były one przepisane przez lekarza, o ile zgodnie z informacją podaną przez producenta leku jego zażycie wpływa na zdolność prowadzenia pojazdów mechanicznych, chyba że nie miało to wpływu na zajście zdarzenia assistance;
- 6) powstałymi w czasie ruchu pojazdu, gdy pojazd nie był dopuszczony do ruchu – gdy w chwili zajścia zdarzenia assistance pojazd nie posiadał ważnego badania technicznego, chyba że nie miało to wpływu na zajście zdarzenia assistance;

- 7) powstałymi w następstwie używania pojazdu niezgodnie z jego przeznaczeniem;
- 8) powstałymi w pojeździe użytym przez Ubezpieczonego jako narzędzie przestępstwa lub jego usiłowania;
- 9) powstałymi w pojazdach, innych niż wskazane w polisie.

Składka

§ 7.1

1. Składka ustalana jest na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel ustala wysokość składki w szczególności na podstawie następujących okoliczności:
 - 1) okresu ubezpieczenia;
 - 2) wariantu ubezpieczenia, o którym mowa w § 2.2 ust. 1;
 - 3) wariantu terytorialnego ubezpieczenia, o którym mowa w § 2.2 ust. 2;
 - 4) innych czynników istotnych dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego przez Ubezpieczyciela, o które Ubezpieczający był pytany w trakcie zawierania Umowy ubezpieczenia.
3. Składka ustalana jest za cały okres ubezpieczenia i płatna jest jednorazowo, w terminie ustalonym przez Strony, nie późniejszym niż data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
4. Za dzień zapłaty składki uznaje się w przypadku płatności:
 - 1) przelewem bankowym – dzień wpływu składki na rachunek bankowy Ubezpieczyciela;
 - 2) gotówką – dzień zapłacenia składki uprawnionemu przez nas do pobrania składki przedstawicielowi,
 - 3) elektronicznych za pośrednictwem agenta rozliczeniowego w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 o usługach płatniczych – dzień dokonania autoryzacji płatności elektronicznej przez agenta rozliczeniowego.
5. W razie wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu ubezpieczenia na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

§ 8.1

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia assistance, w następstwie którego Ubezpieczony zgłasza potrzebę realizacji świadczenia assistance – przed podjęciem działań we własnym zakresie, Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) niezwłocznie, nie później niż 48 godzin od zaistnienia zdarzenia, skontaktować się z CAA (tel. +48 22 599 95 22 – koszt połączenia wg taryfy operatora);
 - 2) podać wszelkie dostępne informacje wskazane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do udzielenia świadczenia assistance, a w szczególności:
 - a) swoje imię i nazwisko oraz adres zamieszkania,
 - b) imię i nazwisko Ubezpieczonych,
 - c) markę, typ i model pojazdu podanego na polisie oraz jego numer rejestracyjny,
 - d) dokładne – w miarę możliwości – miejsce zdarzenia, nazwę miejscowości oraz numer telefonu, pod którym CAA może się skontaktować z Ubezpieczonym, bądź osobą wskazaną przez Ubezpieczonego,
 - e) opis zdarzenia assistance i rodzaj potrzebnej pomocy;
 - 3) postępować zgodnie z dyspozycjami CAA;
 - 4) podjąć odpowiednie środki w celu zapewnienia bezpieczeństwa ruchu w miejscu zdarzenia assistance, zapewnienia pomocy lekarskiej osobom rannym i zabezpieczenia ich mienia – jeśli wskutek zdarzenia assistance doszło do uszkodzenia ciała lub mienia.

§ 8.2

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał podczas zawierania Umowy ubezpieczenia lub w innych pismach przed zawarciem Umowy ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Ubezpieczyciela Umowy ubezpiecze-

nia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

2. W czasie trwania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający ma obowiązek zgłaszać Ubezpieczycielowi wszelkie zmiany dotyczące okoliczności, o których mowa w ust. 1, niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1 i 2 nie zostały podane do jej wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 1 i 2 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
4. Ubezpieczający, po otrzymaniu polisy wraz z OWUA, zobowiązany jest dokonać weryfikacji poprawności danych i informacji zawartych w treści otrzymanych dokumentów.
5. W razie stwierdzenia przez Ubezpieczającego niezgodności danych i informacji zawartych w treści otrzymanych od Ubezpieczyciela dokumentów ze stanem rzeczywistym, Ubezpieczający powinien zgłosić ten fakt Ubezpieczycielowi telefonicznie lub na piśmie, w terminie 7 dni, podając jednocześnie właściwe dane. W razie otrzymania od Ubezpieczającego oświadczenia o niezgodności danych i informacji przedstawionych w dokumentach ubezpieczenia ze stanem rzeczywistym, wskazywanym przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia, wraz z podaniem właściwych danych, Ubezpieczyciel dokona w treści dokumentów ubezpieczenia odpowiednich zmian.
6. Ubezpieczający, na żądanie Ubezpieczyciela, ma obowiązek przedstawić dokumenty potwierdzające dane podane podczas zawierania Umowy ubezpieczenia.
7. Przed zawarciem umowy na rzecz osoby trzeciej, Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać Ubezpieczonemu OWUA w formie pisemnej lub, jeśli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku.

Zasady zwrotu kosztów poniesionych przez Ubezpiezonego § 9.1

1. Jeżeli powiadomienie o zdarzeniu assistance nie było możliwe z przyczyn określonych w § 6.1 ust. 2, Ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu zobowiązana jest w ciągu 7 dni od dnia, w którym skontaktowanie się z CAA stało się możliwe powiadomić o zajściu zdarzenia assistance wraz z podaniem przyczyny niemożności skontaktowania się z CAA.
2. Ubezpieczyciel dokona zwrotu poniesionych przez Ubezpiezonego kosztów jeżeli:
 - 1) koszty dotyczą pomocy na miejscu zdarzenia (dotyczy świadczeń: Naprawa na miejscu wypadku lub awarii, Holowanie pojazdu po wypadku, Holowanie pojazdu po awarii, Dostarczenie paliwa, Transport medyczny ze szpitala, Wymiana koła);
 - 2) koszty zostaną udokumentowane fakturami, rachunkami oraz innymi dowodami ich poniesienia;
 - 3) uraz ciała będący następstwem nieszczęśliwego wypadku zostanie potwierdzony dokumentem wystawionym przez lekarza.
3. Ubezpieczyciel dokona zwrotu kosztów, o których mowa w ust. 1 do wysokości wyznaczonej limitami świadczeń, określonymi w niniejszych OWUA.
4. W sytuacji zwrotu przez Ubezpieczyciela kosztów poniesionych przez Ubezpiezonego, o których mowa w ust. 1, a które zostały poniesione w walucie obcej, zwrot kosztów następuje w złotych według średniego kursu walut obcych ogłaszanego przez NBP w dniu zajścia zdarzenia assistance, z zastrzeżeniem postanowień § 5.1 ust. 4.
5. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku powiadomienia o zaistniałym zdarzeniu assistance w terminie określonym w ust. 1, CAA może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia następstw zdarzenia assistance lub uniemożliwiło CAA ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia assistance. Skutki braku zawiadomienia CAA o zdarzeniu assistance nie następują, jeżeli w terminie, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu przekazała wiadomość o okolicznościach, które należało podać do wiadomości CAA.

6. Ubezpieczyciel dokonuje zwrotu kosztów, o których mowa w ust. 2, w terminie:
 - 1) 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu assistance;
 - 2) jeśli w terminie, o którym mowa w pkt 1, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do spełnienia świadczenia jest niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel spełnia w terminie przewidzianym w pkt 1.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia § 10.1

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
 - 1) z chwilą wyrejestrowania pojazdu;
 - 2) z chwilą utraty bądź całkowitego zniszczenia pojazdu;
 - 3) z dniem odstąpienia od Umowy ubezpieczenia;
 - 4) w przypadku, o którym mowa w § 4.1 ust. 5;
 - 5) z upływem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia wskazanego w polisie.
2. Jeżeli Umowa jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od zawarcia umowy. W takim przypadku Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z dniem doręczenia Ubezpieczycielowi oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

III. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Zawiadomienia oraz oświadczenia woli § 11.1

Wszelkie zawiadomienia i wyjaśnienia, z zastrzeżeniem § 12.1 ust. 4–5, mogą być dokonywane w rozmowie telefonicznej rejestrowanej i archiwizowanej przez Ubezpieczyciela, drogą elektroniczną (scan dokumentu) lub w formie pisemnej, z wyjątkiem oświadczeń Stron dotyczących rozwiązania Umowy ubezpieczenia, które mogą być składane wyłącznie w formie pisemnej lub drogą elektroniczną (scan dokumentu).

Sposób dochodzenia roszczeń, reklamacje § 12.1

1. W każdym przypadku osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub osobą uprawnioną z Umowy ubezpieczenia, a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamację.
2. W przypadku osób fizycznych, o których mowa w ust. 1, za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Ubezpieczyciela jako podmiotu rynku finansowego zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, z wyjątkiem wystąpień składanych przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
3. W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej, o których mowa w ust. 1, za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Ubezpieczyciela, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, z wyjątkiem wystąpień dotyczących brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.

4. Reklamacje można składać do Ubezpieczyciela w następujący sposób:

- 1) elektronicznie poprzez formularz na stronie uniqa.pl/reklamacje;
- 2) ustnie:
 - a) telefonicznie pod numerem naszej infolinii +48 22 599 95 22,
 - b) osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie;
- 3) na piśmie:
 - a) osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie,
 - b) przesyłką pocztową na adres: 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51,
 - c) na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w ustawie z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych (adres ten znajduje się w bazie adresów elektronicznych, który prowadzi minister właściwy do spraw informatyzacji).

5. Reklamacja może być również złożona w każdej jednostce Ubezpieczyciela obsługującej klientów.

6. Odpowiedź Ubezpieczyciela na reklamację zostanie udzielona na piśmie albo, w przypadku reklamacji wniesionej przez osobę fizyczną, pocztą elektroniczną, jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, Ubezpieczyciel potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.

7. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.

8. W przypadku gdy Ubezpieczyciel nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji, należy podać następujące dane: imię, nazwisko, w przypadku osoby prawnej lub spółki nieposiadającej osobowości prawnej – firmę i adres siedziby, adres do korespondencji, adres e-mail (w przypadku wyboru takiej formy kontaktu).

9. Odpowiedzi na reklamację Ubezpieczyciel udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.

10. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Ubezpieczyciel 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.

11. Jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Ubezpieczyciela wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, a ponadto może wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Ubezpieczycielowi tj. UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., według właściwości określonej w ust. 15.

12. Podmioty, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami ust. 1–3 przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażeń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ust. 4–9 i ust. 13, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Ubezpieczyciel w tym terminie poinformuje osobę składającą skargę lub zażalenie o przyczynie niemożności ich rozpatrzenia, i w takim przypadku odpowiedź na skargę lub zażalenie zostanie udzielona nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

13. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.

14. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich Ubezpieczyciel informuje, że podmiotem uprawnionym dla UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń 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).

15. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia moż-

na wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

16. Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.

17. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 3/13/09/2022 z 13 września 2022 r.

IV. INFORMACJA PRAWNA

Działając na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., informuje, że:

1. UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (zwana dalej „Ubezpieczycielem”) ma siedzibę w Warszawie, przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa i jest wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000271543. UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. uzyskała zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej oraz działalności reasekuracyjnej zezwoleniem Ministra Finansów z dnia 4 września 2000 r. nr FI/79/AU/IB/98, decyzją Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 19 grudnia 2006 r. nr NU/DPL/401/41/58/06/WR oraz decyzją Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 17 grudnia 2008 r. nr DNS/602/75/15/08/JK.

2. Składka ubezpieczeniowa, która powinna zostać zapłacona Ubezpieczycielowi, wyliczana jest bądź przez Doradcę Ubezpieczyciela w trakcie rozmowy telefonicznej, Agenta ubezpieczeniowego Ubezpieczyciela, bądź we własnym zakresie przy wykorzystaniu kalkulatora dostępnego na stronie internetowej Ubezpieczyciela www.uniqa.pl. Składka wyliczana jest w oparciu o deklarację ryzyka, a w szczególności w oparciu o informacje przekazane podczas zawierania Umowy ubezpieczenia oraz zgodnie z taryfą przy uwzględnieniu aktualnych promocji.

3. Składka opłacana jest jednorazowo. Składkę należy opłacić w terminie i w sposób ustalony podczas zawierania Umowy. Informacja o wysokości składki ustalona w trakcie rozmowy z Doradcą Ubezpieczyciela, Agentem ubezpieczeniowym Ubezpieczyciela lub wyliczona przy użyciu kalkulatora dostępnego na stronie internetowej www.uniqa.pl jest aktualna do dnia wskazanego podczas zawarcia Umowy ubezpieczenia jako dzień zapłaty składki, o ile do tego czasu nie nastąpiły istotne zmiany wpływające na szacowanie ryzyka w zakresie danych podanych podczas zawierania Umowy ubezpieczenia.

4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres wskazany w polisie, w którym to okresie Ubezpieczyciel, w zamian za zapłacenie składki, zapewnia ochronę ubezpieczeniową w zakresie wynikającym z zawartej umowy.

5. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia aktualnie przekazywanych informacji – jeżeli jest to termin późniejszy. Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia może zostać przekazane Ubezpieczycielowi w formie pisemnej lub drogą elektroniczną (skan dokumentu). W razie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

6. Koszt połączenia z numerem infolinii Ubezpieczyciela (+48 22 599 95 22) jest ponoszony przez dzwoniącego, zgodnie z taryfą danego operatora.

7. W każdym przypadku osoba zainteresowana może wnosić skargi, reklamacje i zażalenia do Ubezpieczyciela. Szczegółowe zasady zgłaszania reklamacji, skarg lub zażeń dostępne są na stronie www.uniqa.pl, jak również w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Możliwe jest również skierowanie pisemnej skargi do Rzecznika Finansowego oraz Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumentów.

8. Językiem stosowanym w relacjach z konsumentem jest język polski.

9. Prawem właściwym, stanowiącym podstawę stosunków Ubezpieczyciela z konsumentem przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak również właściwym dla zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, jest prawo polskie.

10. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich Ubezpieczyciel informuje, że podmiotem uprawnionym dla UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach poza-

sądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa; www.rf.gov.pl).

11. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczające-

go, ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia. 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.

12. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

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

To stabilna i wiarygodna firma, za którą stoją liczby:

- ☒ obecna w 18 krajach
- ☒ 15,5 mln klientów w Europie
- ☒ 5. ubezpieczyciel w Europie Środkowej i Wschodniej
- ☒ 5. pozycja wśród grup ubezpieczeniowych w Polsce
- ☒ 5 mln klientów w Polsce
- ☒ lider w ubezpieczeniach dla segmentu mieszkalnictwa

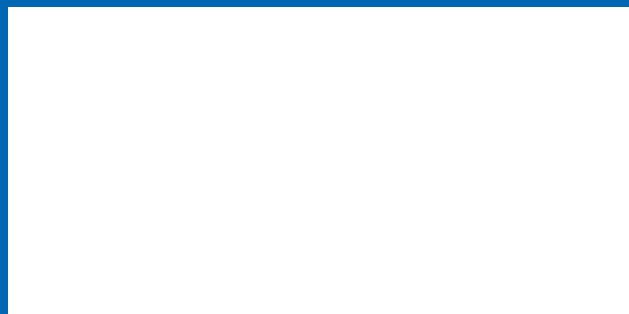
Skontaktuj się z nami:

22 599 95 22

* koszt połączenia według taryfy operatora

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

Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się z agentem.



Możesz jechać ze spokojną głową.

Ogólne warunki
ubezpieczenia

Ubezpieczenia
komunikacyjne



FORMULARZ DO OWU

Poniższy Formularz sporządzony jest zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	AC: rozdział I pkt 1, 3, 4.1–4.4, 7.5, 8–10 MINI AC: rozdział II pkt 1, 3, 4.1, 4.2, 7.5, 8–10 Szyby: rozdział III pkt 1, 3, 4.1, 6 Bagaż i foteliki: rozdział IV pkt 1, 2, 5 NNW: rozdział V pkt 1–3, 6, 7, rozdział XV Droga do zdrowia: rozdział VI, pkt 1.3, 1.15 NNWP: rozdział VII pkt 1–3, 6 ZK: rozdział VIII pkt 1, 2, 4, 6 Assistance: rozdział IX pkt 1–5 Ochrona zniżek: rozdział X pkt 1.2 Postanowienia wspólne: rozdział XI pkt 6.1, 6.2, 7, 11
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	AC: rozdział I pkt 4.5, 5, 6.2, 6.3, 7.1–7.4, 7.7 MINI AC: rozdział II pkt 4.3, 5, 6.2, 6.3, 7.1–7.4, 7.7 Szyby: rozdział III pkt 4.2, 6.1 Bagaż i foteliki: rozdział IV pkt 3, 4.2, 4.3, 5.1 NNW: rozdział V pkt 4 Droga do zdrowia: rozdział VI, pkt 1.5 NNWP: rozdział VII pkt 4 ZK: rozdział VIII pkt 5.2, 5.6, 5.7 Assistance: rozdział IX pkt 7 Ochrona zniżek: rozdział X pkt 1.3 Postanowienia wspólne: rozdział XI pkt 3.2, 5



Autorem rysunków jest Bartosz Minkiewicz.

Ogólne warunki ubezpieczeń komunikacyjnych (zwane dalej OWUK) stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych z UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie z osobami fizycznymi, prawnymi lub jednostkami organizacyjnymi, które nie posiadają osobowości prawnej.

Umowa ubezpieczenia może być zawarta przez właściciela pojazdu lub na jego rachunek.

Umowa ubezpieczenia może obejmować jeden lub więcej zakresów ubezpieczenia wskazanych w rozdziałach I–X OWUK; rozdziały XI–XIV są wspólne dla wszystkich zakresów ubezpieczeń.

W porozumieniu z Tobą, po dokonaniu indywidualnej oceny ryzyka, w umowie ubezpieczenia możemy zastosować postanowienia dodatkowe lub odmienne od tych określonych w OWUK.

Zanim zdecydujesz się na ubezpieczenie, zapoznaj się z dokumentami, które otrzymałeś:

- OWUK,
- dokumentem zawierającym informacje o produkcie ubezpieczeniowym.

SPIS TREŚCI

W rozdziałach I–X znajdziesz warunki następujących ubezpieczeń:

I. Ubezpieczenie autocasco (AC)	3
II. Ubezpieczenie minicasco (MINI AC)	8
III. Ubezpieczenie szyb (Szyby)	10
IV. Ubezpieczenie bagażu i fotelików (Bagaż i foteliki)	11
V. Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW)	12
VI. Klauzula Droga do zdrowia	13
VII. Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków przy pracy przedsiębiorcy (NNWP)	15
VIII. Ubezpieczenie Zielona Karta (ZK)	16
IX. Ubezpieczenie assistance (Assistance)	17
X. Klauzula ochrony zniżek	26

Zwróć uwagę na rozdziały XI–XIV, które są wspólne dla wszystkich ubezpieczeń.

Dotyczą one spraw, których nie regulują rozdziały I–X.

XI. Postanowienia wspólne	26
XII. Reklamacje	32
XIII. Postanowienia końcowe	33
XIV. Obowiązki informacyjne	33
XV. Tabela uszkodzeń ciała NNW	35
Dane kontaktowe	44

Co mamy na myśli, gdy używamy tych pojęć?

Wyjaśnienie wszystkich pojęć znajdziesz w rozdziale XI pkt 11.



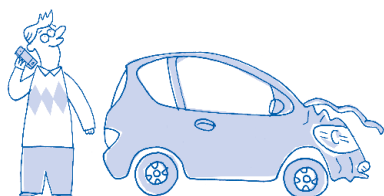
Ty

Klient, osoba, która zawiera umowę ubezpieczenia.



My

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.



I. UBEZPIECZENIE AUTOCASCO (AC)

1. Co ubezpieczamy?

- 1.1. Ubezpieczamy pojazdy, które stanowią własność:
 - a) osób fizycznych;
 - b) osób prawnych;
 - c) jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej.
- 1.2. Możemy ubezpieczyć wyposażenie dodatkowe pojazdu lub wyposażenie specjalne pojazdu specjalnego, które zostało wskazane przez Ciebie we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz jest zamontowane na stałe, a jego demontaż wymaga użycia narzędzi.

2. Czego nie ubezpieczamy?

Nie ubezpieczamy pojazdów:

- a) używanych jako rekwizyty;
- b) używanych do nauki jazdy;
- c) używanych jako taksówki lub jako pojazdy służące do przewozu pasażerów za opłatą;
- d) używanych do świadczenia odpłatnych usług przewozowych i transportowych;
- e) udostępnianych do korzystania innym osobom niż właściciel na podstawie odrębnych umów odpłatnych, z wyjątkiem umowy leasingu lub umowy najmu długoterminowego (tj. umowy najmu zawartej na okres co najmniej 12 miesięcy);

- f) składanych z części – tzw. składaków;
- g) nieposiadających ważnego badania technicznego w chwili składania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia;
- h) sprowadzanych z USA lub Kanady;
- i) z kierownicą po prawej stronie;
- j) wywrotek, tj. samochodów ciężarowych z przechylną do tyłu lub na bok skrzynią ładunkową, co umożliwia samoczynny rozładunek;
- k) będących przyczepami lub przyczepami lekkimi;
- l) przeznaczonych do zimowego utrzymania dróg, do prac wiertniczych, posiadających w tym celu specjalne wyposażenie lub dostosowane nadwozie, żurawi samochodowych, koparek, koparko-spycharek i ładowarek.

3. Jaki jest zakres ubezpieczenia?

- 3.1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy szkody polegające na:
 - a) uszkodzeniu, zniszczeniu lub kradzieży pojazdu lub jego części,
 - b) uszkodzeniu, zniszczeniu lub kradzieży wyposażenia dodatkowego pojazdu lub wyposażenia specjalnego pojazdu specjalnego wskazanego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,powstałe wskutek wszelkich nagłych i nieprzewidzianych zdarzeń, które miały miejsce w czasie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia AC i wynikały z przyczyn zewnętrznych wobec pojazdu, z zastrzeżeniem wyłączeń wskazanych w pkt 5 i w rozdziale XI pkt 5.
- 3.2. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wypadki i kradzież, które wystąpiły na terytorium wskazanym przez Ciebie przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, tj. Polski albo Polski i pozostałych krajów europejskich, z zastrzeżeniem że nie odpowiadamy za kradzież pojazdu na terytorium Rosji, Białorusi, Ukrainy i Mołdawii.
- 3.3. Możesz wybrać jeden z następujących wariantów ubezpieczenia AC: Serwis ASO, Warsztat, Kosztorys bez amortyzacji, Kosztorys z amortyzacją (szczegóły w tabeli poniżej).

		Warianty i pozostałe warunki ubezpieczenia AC			
		Serwis ASO	Warsztat	Kosztorys bez amortyzacji	Kosztorys z amortyzacją
Warsztat (naprawa w warsztacie)	Części użyte do likwidacji szkody	oryginalne	zamienniki	–	–
	Amortyzacja	brak	brak	–	–
	Stawka za roboczogodzinę	ASO	warsztat nieautoryzowany	–	–
Kosztorys (likwidacja szkody na kosztorys)	Części użyte do likwidacji szkody	zamienniki (w razie braku – 70% ceny części oryginalnej)	zamienniki (w razie braku – 70% ceny części oryginalnej)	zamienniki (w razie braku – 70% ceny części oryginalnej)	zamienniki (w razie braku – 70% ceny części oryginalnej)
	Amortyzacja	brak	brak	brak	tak
	Stawka za roboczogodzinę	90 zł (brutto)	90 zł (brutto)	90 zł (brutto)	90 zł (brutto)

	Warianty ubezpieczenia AC			
	Serwis ASO	Warsztat	Kosztorys bez amortyzacji	Kosztorys z amortyzacją
Gwarantowana suma ubezpieczenia plus (GSU+) dla pojazdów kupionych jako nowe w polskiej sieci sprzedaży	tak, w zakresie (bez dodatkowej składki) dla pojazdów z okresem eksploatacji od 0 do 3 lat	brak	brak	brak
	opcja (za dodatkową składką) dla pojazdów z okresem eksploatacji od 4 do 10 lat	opcja (za dodatkową składką) dla pojazdów z okresem eksploatacji od 0 do 10 lat	brak	brak
Udział własny dla uszkodzenia lub zniszczenia	0, 500, 1000, 2000 (zł)	0, 500, 1000, 2000 (zł)	0, 500, 1000, 2000 (zł)	0, 500, 1000, 2000 (zł)
Udział własny dla kradzieży	0% albo 10%	0% albo 10%	0% albo 10%	0% albo 10%
Zakres terytorialny	Polska z możliwością rozszerzenia na pozostałe kraje europejskie			

4. Suma ubezpieczenia i udział własny

- 4.1. Suma ubezpieczenia pojazdu jest zmienną w czasie kwotą odpowiadającą, w danym momencie trwania umowy ubezpieczenia, wartości pojazdu, nie wyższą jednak niż wartość tego pojazdu wskazana w polisie, z zastrzeżeniem „GSU+”, a także pkt od 4.2 do 4.4.
- 4.2. Suma ubezpieczenia odpowiada wartości brutto pojazdu, tj. wartości pojazdu uwzględniającej naliczony przy jego nabyciu podatek VAT. Jeżeli Ubezpieczony miał prawo odliczyć podatek VAT naliczony przy zakupie pojazdu, to suma ubezpieczenia może odpowiadać wartości netto pojazdu, tj. wartości pojazdu bez uwzględnienia naliczonego przy jego nabyciu podatku VAT albo wartości pojazdu netto + 50% VAT, tj. wartości pojazdu uwzględniającej 50% naliczonego przy jego nabyciu podatku VAT, w zależności od tego jakie odliczenie przysługiwało Ubezpieczonemu.
- 4.3. W wariancie Serwis ASO dla pojazdów, które zostały kupione jako nowe w polskiej sieci sprzedaży, stosujemy „GSU+”:
 - a) bez zapłaty dodatkowej składki – dotyczy pojazdów z okresem eksploatacji nieprzekraczającym 3 lat;
 - b) za zapłatą dodatkowej składki – dotyczy pojazdów z okresem eksploatacji przekraczającym 3 lata, ale nie więcej niż 10 lat.
- 4.4. W wariancie Warsztat „GSU+” możemy zastosować za opłatą dodatkowej składki dla pojazdów, których okres eksploatacji nie przekroczył 10 lat, a które zostały kupione jako nowe w polskiej sieci sprzedaży.
- 4.5. We wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia możesz określić wysokość udziału własnego w szkodzie, na podstawie tabeli zamieszczonej w pkt 3.4.

5. Za co nie odpowiadamy?

- 5.1. Nie wypłacimy odszkodowania za kradzież pojazdu, jeżeli:
 - a) w chwili jej dokonania urządzenia zabezpieczające przed nią, które wskazałeś nam we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, nie były uruchomione (chyba że pojazd utracono na skutek rozboju), o ile brak ich uruchomienia miał wpływ na kradzież;
 - b) poza pojazdem, w chwili kradzieży, nie zabezpieczyłeś przed dostępem osób niepowołanych kluczyków do pojazdu lub innych urządzeń służących do jego otwarcia i uruchomienia, o ile brak zabezpieczenia miał wpływ na kradzież;
 - c) w czasie trwania okresu ubezpieczenia skradziono lub zagubiono kluczyki do pojazdu lub inne urządzenia służące do jego otwarcia lub uruchomienia, a Ty lub Ubezpieczony nie dokonaliście wymiany zamków lub odpowiednio zmiany kodów dostępu, o ile miało to wpływ na kradzież; wymiana zamków lub zmiana kodów musi być udokumentowana fakturą lub rachunkiem;

d) dokonano jej na terytorium Rosji, Białorusi, Ukrainy lub Mołdawii.

5.2. Pozostałe wyłączenia naszej odpowiedzialności znajdziesz w rozdziale XI pkt 5.

6. Jakie są obowiązki, gdy powstanie szkoda?

- 6.1. W przypadku szkody Ty lub Ubezpieczony macie obowiązek:
 - a) powiadomić nas niezwłocznie o wypadku (nie później jednak niż w ciągu 7 dni od wypadku) i o kradzieży (nie później jednak niż w ciągu 2 dni od dnia, w którym dowiedziałeś się o kradzieży);
 - b) zapewnić bezpieczeństwo ruchu w miejscu zdarzenia – w miarę możliwości i dostępnych środków;
 - c) ratować przedmiot ubezpieczenia, aby zapobiec szkodzie lub zmniejszyć jej rozmiary – w miarę możliwości i dostępnych środków;
 - d) nie wprowadzać żadnych zmian lub napraw w uszkodzonym pojeździe ani wyposażeniu dodatkowym lub wyposażeniu specjalnym bez wcześniejszych oględzin dokonanych przez naszego przedstawiciela, chyba że:
 - i) w razie zdarzenia na terytorium Polski – było to uzasadnione koniecznością kontynuowania bezpiecznej jazdy,
 - ii) w razie zdarzenia za granicą – było to uzasadnione koniecznością kontynuowania bezpiecznej jazdy, a koszty naprawy w tym zakresie nie przekraczają równowartości 2000 euro,
 - iii) odstąpiliśmy od konieczności wykonania oględzin, o czym poinformowaliśmy Ciebie lub Ubezpieczonego, lub inną osobę uprawnioną (przez Ciebie lub Ubezpieczonego),
 - iv) w terminie 7 dni od otrzymania przez nas zgłoszenia szkody nie przeprowadzimy oględzin lub nie poinformujemy o konieczności powołania niezależnego rzeczoznawcy;
 - e) powiadomić policję lub inne odpowiednie organy niezwłocznie, ale nie później niż w ciągu 1 dnia od dowiedzenia się o:
 - i) wypadku z ofiarami w ludziach,
 - ii) szkodzie, która powstała w okolicznościach, które nasuwają przypuszczenie, że powstała w wyniku przestępstwa,
 - iii) kradzieży pojazdu lub jego wyposażenia (w tym wyposażenia dodatkowego lub wyposażenia specjalnego),
 - iv) kradzieży kluczyków do pojazdu lub innych urządzeń służących do jego otwarcia i uruchomienia,
 - v) kradzieży dokumentów pojazdu: dowodu rejestracyjnego, wtórnika, pozwolenia czasowego, karty pojazdu, o ile były wydane;
 - f) w razie kolizji z innym środkiem transportu przeznaczonym do poruszania się po drogach, w miarę możliwości:
 - i) zanotować jego numer rejestracyjny,

- ii) zanotować imię i nazwisko, adres korespondencyjny oraz numer telefonu osoby nim kierującej,
- iii) zanotować numer polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia, nazwę i adres zakładu ubezpieczeń w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych (OC) – dotyczy to wszystkich uczestników kolizji,
- iv) zażądać wydania kopii Zielonej Karty (tj. należy oderwać i zachować jej dolną część), jeśli sprawcą był kierujący pojazdem niezarejestrowanym w Polsce – posiadający Zieloną Kartę;



- g) w razie zdarzenia spowodowanego przez zwierzęta, w miarę możliwości ustalić dane właściciela i ewentualnego jego ubezpieczyciela w zakresie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (obowiązkowego lub dobrowolnego);
- h) udostępnić nam ubezpieczony pojazd w celu odczytu historii zapisanej w czujnikach oraz sterownikach pojazdu;
- i) współpracować z nami lub naszym przedstawicielem w celu ustalenia okoliczności zdarzenia i rozmiaru szkody;
- j) udzielić nam wszelkiej pomocy, jeśli dochodzimy roszczeń wobec sprawcy zdarzenia;
- k) przedstawić nam dokumenty i dane niezbędne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości odszkodowania.

6.2. W razie naruszenia przez Ciebie (lub Ubezpieczonego) z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w pkt 6.1 lit. c) nie będziemy odpowiadać za szkody powstałe z tego powodu.

6.3. W razie naruszenia przez Ciebie (lub Ubezpieczonego) z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych pkt 6.1 lit. a) możemy odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło nam ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia. Skutki niezawiadomienia nas o zdarzeniu nie następują, jeżeli otrzymaliśmy w terminie wyznaczonym do zawiadomienia wiadomość o okolicznościach, które należało podać do naszej wiadomości.

7. Ogólne zapisy dotyczące wysokości odszkodowania

- 7.1. Odszkodowanie nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia.
- 7.2. Odszkodowanie zawiera podatek VAT, jeśli suma ubezpieczenia odpowiada wartości pojazdu brutto.
- 7.3. Odszkodowanie nie zawiera podatku VAT, jeśli suma ubezpieczenia odpowiada wartości pojazdu netto.
- 7.4. Odszkodowanie zawiera 50% wartości podatku VAT, jeśli suma ubezpieczenia odpowiada wartości pojazdu netto + 50% VAT.
- 7.5. Niezależnie od odszkodowania ustalanego według zasad opisanych w pkt 8–10, zwracamy poniesione przez Ciebie (lub Ubezpieczonego) uzasadnione koszty:
 - a) parkowania uszkodzonego pojazdu, liczone od dnia zgłoszenia szkody, nie dłużej niż do dnia wykonania przez nas oględzin pojazdu;
 - b) działań podjętych w celu ratowania pojazdu, wyposażenia dodatkowego lub wyposażenia specjalnego oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów – w granicach sumy ubezpieczenia, jeżeli działania te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne;
 - c) dodatkowego badania technicznego, jeżeli jest wymagane przepisami prawa;
 - d) demontażu pojazdu, o ile było to konieczne dla prawidłowego oszacowania wysokości szkody (przeprowadzenie demontażu i jego koszty muszą być wcześniej uzgodnione z nami).
- 7.6. Odszkodowanie wypłacane jest Ubezpieczonemu bądź osobie przez niego upoważnionej.
- 7.7. Odszkodowanie wypłacane jest w kwocie pomniejszonej o udział własny zastosowany w umowie ubezpieczenia. Zastosowany udział własny odnosi się oddzielnie do każdego zdarzenia.

8. W jaki sposób ustalamy wysokość odszkodowania po szkodzie częściowej?

- 8.1. Sposób ustalenia wysokości odszkodowania zależy od wybranego przez Ciebie wariantu ubezpieczenia:
 - a) w wariantcie Serwis ASO albo Warsztat (uregulowane w pkt 8.3) – odszkodowanie ustalamy na podstawie faktur i rachunków dokumentujących usługę naprawy pojazdu, wyposażenia dodatkowego lub wyposażenia specjalnego; na życzenie Ubezpieczonego wysokość odszkodowania może zostać ustalona na podstawie wyceny kosztów naprawy (uregulowane w pkt 8.4);
 - b) w wariantcie Kosztorys bez amortyzacji albo Kosztorys z amortyzacją (uregulowane w pkt 8.8) – odszkodowanie ustalamy na podstawie wyceny kosztów naprawy.
- 8.2. Przy ustalaniu wysokości odszkodowania uwzględniamy uzgodnione z Ubezpieczonym koszty i sposób naprawy pojazdu, wyposażenia dodatkowego lub wyposażenia specjalnego wyłącznie w zakresie będącym następstwem zdarzenia, określone na podstawie zakresu uszkodzeń stwierdzonego w wyniku oceny technicznej. Jeżeli odstąpimy od wykonania oceny technicznej, w wysokości odszkodowania uwzględnimy koszty naprawy w zakresie zgłoszonym przez Ubezpieczonego i przez nas zaakceptowanym.

Wariant Serwis ASO / Warsztat

- 8.3. Jeśli wysokość szkody częściowej jest określana w oparciu o faktury i rachunki dokumentujące usługę naprawy uszkodzonego pojazdu, wyposażenia dodatkowego lub wyposażenia specjalnego, odszkodowanie pokrywa koszty naprawy uszkodzeń pozostających w związku przyczynowym ze zdarzeniem, tj.:
 - a) **koszt zakupu części zamiennych i materiałów** ustalany na podstawie cen:
 - i) w wariantcie **Serwis ASO** – oryginalnych części zamiennych i materiałów sygnowanych logo producenta pojazdu, nie więcej jednak niż do wysokości kwot maksymalnych cen oryginalnych części i materiałów, określonych w systemie AUDATEX, a jeżeli te nie są dostępne, to w dalszej kolejności sprawdzamy w EUROTAXGLASS'S, a potem w DAT,
 - ii) w wariantcie **Warsztat** – części zamiennych i materiałów o porównywalnej jakości dystrybuowanych w sieciach funkcjonujących poza siecią oficjalnego producenta lub importera pojazdu (zamienniki), nie więcej jednak niż do wysokości cen części zamiennych i materiałów, określonych w systemie AUDATEX OPTIMA, a jeżeli te nie są dostępne, to w dalszej kolejności sprawdzamy w MONEX EUROTAXGLASS'S, a potem w CALCDX DAT, a w przypadku braku cen tych części zamiennych i materiałów, w wysokości cen oryginalnych części zamiennych i materiałów;
 - b) **koszt robocizny** ustalony w oparciu o:
 - i) system kosztorysowania AUDATEX, a jeżeli ten nie jest dostępny, to w dalszej kolejności sprawdzamy w EUROTAXGLASS'S, a potem w DAT, dla wymiaru robocizny,
 - ii) w wariantcie **Serwis ASO** – stawki za roboczogodzinę stosowane przez warsztat autoryzowany (ASO) danej marki pojazdu, nie więcej jednak niż do wysokości średniej stawki stosowanej przez ASO na terenie, gdzie pojazd był naprawiany,
 - iii) w wariantcie **Warsztat** – stawki za roboczogodzinę stosowane przez warsztat, nie więcej jednak niż do wysokości średniej stawki stosowanej przez warsztaty nieautoryzowane działające na terenie miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczonego.

8.4. Zarówno w wariancie Serwis ASO, jak i Warsztat, na życzenie Ubezpieczonego wysokość odszkodowania możemy ustalić na podstawie wyceny kosztów (likwidacja szkody na kosztorys) dokonanej w oparciu o:

- a) ceny części zamiennych i materiałów o porównywalnej jakości, dystrybuowanych w sieciach funkcjonujących poza siecią oficjalnego producenta lub importera samochodu (zamienniki), nie więcej jednak niż do wysokości cen części i materiałów zamiennych określonych w systemie AUDATEX OPTIMA, a jeżeli te nie są dostępne, to w dalszej kolejności sprawdzamy w MONEX EUROTAXGLASS'S, a potem w CALCDX DAT, a w przypadku braku cen tych części zamiennych i materiałów, w wysokości cen oryginalnych części i materiałów, o których mowa w pkt 8.3 lit. a) ppkt i), pomniejszonych o 30%;
- b) koszt robocizny ustalony w oparciu o:
 - i) system kosztorysowania AUDATEX, a jeżeli ten nie jest dostępny, to w dalszej kolejności sprawdzamy w EURO-TAXGLASS'S, a potem w DAT – dla wymiaru robocizny,
 - ii) stawkę roboczogodziny w wysokości 90 zł brutto,

z zastrzeżeniem pkt 8.6.

Przy czym nawet w przypadku ustalenia wysokości odszkodowania na życzenie Ubezpieczonego w ramach wariantu Serwis ASO na podstawie wyceny kosztów (likwidacja szkody na kosztorys) Ubezpieczony może przedstawić faktury i rachunki dokumentujące usługę naprawy uszkodzonego samochodu lub wyposażenia dodatkowego w celu uzyskania dopłaty do wysokości odszkodowania ustalonej na podstawie pkt 8.3.

8.5. W wariancie Serwis ASO lub Warsztat możemy uzależnić wypłatę odszkodowania od:

- a) umożliwienia naszemu przedstawicielowi wykonania oględzin pojazdu podczas naprawy lub po jej zakończeniu;
- b) przekazania na naszą własność części uszkodzonej, zakwalifikowanej do wymiany, uszkodzonego elementu wyposażenia dodatkowego lub wyposażenia specjalnego albo udokumentowania ich zniszczenia.

8.6. Przy ustalaniu wysokości odszkodowania za szkody powstałe w ogumieniu uwzględnia się stopień zużycia eksploatacyjnego, bez względu na okres eksploatacji pojazdu.

8.7. W przypadku uszkodzenia pojazdu za granicą Polski:

- a) naprawa pojazdu co do zasady powinna być dokonana na terytorium Polski, z zastrzeżeniem lit. b);
- b) możliwe jest przeprowadzenie poza granicą Polski naprawy częściowej w zakresie niezbędnym do kontynuowania bezpiecznej jazdy, pod warunkiem uzyskania naszej zgody na przeprowadzenie naprawy, chyba że koszt tej naprawy nie przekracza równowartości kwoty 2000 euro – wtedy zwrotu tych kosztów dokonamy na podstawie przedstawionych przez Ubezpieczonego faktur lub rachunków;
- c) jeśli koszty zleconej samodzielnie przez Ubezpieczonego poza granicą Polski naprawy pojazdu przekraczają zakres naprawy niezbędnej do kontynuowania bezpiecznej jazdy lub przewyższają koszty podobnej naprawy w Polsce lub jeśli wykraczają poza upoważnienie udzielone przez nas lub naszego przedstawiciela, roszczenie o odszkodowanie jest uznawane maksymalnie do wysokości kosztów podobnej naprawy w Polsce;
- d) za naszą zgodą może być ustalony inny tryb naprawy pojazdu poza granicą Polski.

Wariant Kosztorys bez amortyzacji / Kosztorys z amortyzacją

8.8. Jeśli wysokość szkody częściowej jest określana w oparciu o wycenę kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu, wyposażenia dodatkowego lub wyposażenia specjalnego (likwidacja szkody na kosztorys), odszkodowanie pokrywa koszty naprawy uszkodzeń pozostających w związku przyczynowym ze zdarzeniem, tj.:

- a) koszt zakupu części zamiennych i materiałów o porównywalnej jakości dystrybuowanych w sieciach funkcjonujących poza siecią oficjalnego producenta lub importera pojazdu (części: zamienniki), nie więcej jednak niż do wysokości cen części i materiałów zamiennych określonych w systemie AUDATEX OPTIMA, a jeżeli te nie są dostępne, to w dalszej kolejności sprawdzamy w MONEX EUROTAXGLASS'S, a potem CAL-

CDX DAT, a w przypadku braku cen tych części zamiennych i materiałów, w wysokości cen oryginalnych części i materiałów zamiennych pomniejszonych o 30%;

b) w zależności od wybranego przez Ciebie wariantu zostanie uwzględniona albo nie korekta kosztu zakupu części zamiennych i materiałów, ustalonych zgodnie z lit. a), o współczynnik amortyzacji:

- i) w wariancie Kosztorys bez amortyzacji – taka korekta nie będzie dokonana,
- ii) w wariancie Kosztorys z amortyzacją – taka korekta będzie dokonana w wysokości:
 - dla pojazdów do 1 roku okresu eksploatacji – 10%,
 - dla pojazdów powyżej 1 roku do 2 lat okresu eksploatacji – 20%,
 - dla pojazdów powyżej 2 do 3 lat okresu eksploatacji – 30%,
 - dla pojazdów powyżej 3 do 4 lat okresu eksploatacji – 40%,
 - dla pojazdów powyżej 4 do 5 lat okresu eksploatacji – 50%,
 - dla pojazdów powyżej 5 do 6 lat okresu eksploatacji – 60%,
 - dla pojazdów powyżej 6 lat okresu eksploatacji – 65%;

c) koszt robocizny ustalony w oparciu o:

- i) system kosztorysowania AUDATEX, a jeżeli ten nie jest dostępny, to w dalszej kolejności sprawdzamy w EURO-TAXGLASS'S, a potem w DAT, dla wymiaru robocizny,
- ii) stawkę roboczogodziny w wysokości 90 zł brutto,

z zastrzeżeniem pkt 8.6.



9. W jaki sposób ustalamy wysokość odszkodowania po szkodzie całkowitej?

9.1. Odszkodowanie z tytułu szkody całkowitej ustala się jako kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy wartością pojazdu w stanie bezpośrednio przed zaistnieniem szkody, nie wyższą jednak niż wartość pojazdu wskazana w polisie, a wartością pojazdu w stanie uszkodzonym – obie wartości określane są na dzień powstania szkody. Ustalone odszkodowanie nie może być wyższe niż kwota wynikająca z postanowień pkt 9.4.

9.2. Jeśli umowa ubezpieczenia została zawarta z zastosowaniem „GSU+”, odszkodowanie z tytułu szkody całkowitej ustala się:

- a) jako kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy wartością pojazdu określoną w dniu składania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzoną w polisie a wartością pojazdu w stanie uszkodzonym określoną na dzień powstania szkody;
- b) w przypadku gdy w dniu powstania szkody wartość pojazdu jest wyższa niż wskazana w polisie, jako kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy wartością pojazdu z dnia powstania szkody, jednak nie większą niż 110% wartości pojazdu wskazanej w polisie, a wartością pojazdu w stanie uszkodzonym określoną na dzień powstania szkody.

Ustalone odszkodowanie nie może być wyższe niż kwota wynikająca z postanowień pkt 9.4.

9.3. Przez wartość pojazdu w stanie uszkodzonym rozumieć należy wartość elementów i zespołów pojazdu nieuszkodzonych lub uszkodzonych w takim stopniu, że mają wartość handlową, ustaloną na podstawie systemu INFO-EKSPERT, a jeżeli te dane nie

są dostępne, to w dalszej kolejności sprawdzamy w EUROTAXGLASS'S, a potem w DAT lub na podstawie najwyższej oferty zakupu uzyskanej podczas aukcji internetowej. Ustalając wartość pojazdu w stanie uszkodzonym, uwzględniamy wartość pojazdu bezpośrednio przed zaistnieniem szkody oraz charakter i zakres uszkodzeń.

9.4. Wysokość kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu na potrzeby ustalenia wystąpienia szkody całkowitej, w zależności od wybranego przez Ciebie wariantu ubezpieczenia, ustala się w następujący sposób, tj.:

a) w wariantcie **Serwis ASO** wysokość kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu ustala się w oparciu o:

i) ceny oryginalnych części zamiennych i materiałów sygnowanych logo producenta pojazdu określone w systemie AUDATEX, a jeżeli te nie są dostępne, to w dalszej kolejności sprawdzamy w EUROTAXGLASS'S, a potem w DAT,

ii) koszt robocizny ustalony w zakresie wymiaru robocizny na podstawie systemu kosztorysowania AUDATEX, a jeżeli ten nie jest dostępny, to w dalszej kolejności sprawdzamy w EUROTAXGLASS'S, a potem w DAT, oraz średniej stawki za roboczogodzinę stosowanej przez warsztaty autoryzowane (ASO) danej marki pojazdu, na terenie miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczonego,

z zastrzeżeniem pkt 8.6;

b) w wariantcie **Warsztat** wysokość kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu ustala się w oparciu o:

i) ceny części zamiennych i materiałów o porównywalnej jakości dystrybuowanych w sieciach funkcjonujących poza siecią oficjalnego producenta lub importera pojazdu (zamienniki), określone w systemie AUDATEX OPTIMA, a jeżeli te nie są dostępne, to w dalszej kolejności sprawdzamy w MONEX EUROTAXGLASS'S, a potem w CALCDX DAT, a w przypadku braku cen części zamiennych i materiałów o porównywalnej jakości – według cen oryginalnych części zamiennych i materiałów ustalanych analogicznie jak w lit. a) ppkt i),

ii) koszt robocizny ustalony w zakresie wymiaru robocizny na podstawie systemu kosztorysowania AUDATEX, a jeżeli ten nie jest dostępny, to w dalszej kolejności sprawdzamy w EUROTAXGLASS'S, a potem w DAT, oraz średniej stawki za roboczogodzinę stosowanej przez warsztaty nieautoryzowane działające na terenie miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczonego,

z zastrzeżeniem pkt 8.6;

c) w wariantcie **Kosztorys bez amortyzacji** wysokość kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu ustala się w oparciu o:

i) ceny części zamiennych i materiałów o porównywalnej jakości dystrybuowanych w sieciach funkcjonujących poza siecią oficjalnego producenta lub importera pojazdu (zamienniki), określone w systemie AUDATEX OPTIMA, a jeżeli te nie są dostępne, to w dalszej kolejności sprawdzamy w MONEX EUROTAXGLASS'S, a potem w CALCDX DAT, a w przypadku braku cen części zamiennych i materiałów o porównywalnej jakości – według cen oryginalnych części zamiennych i materiałów ustalanych analogicznie jak w lit. a) ppkt i), pomniejszonych o 30%,

ii) koszt robocizny ustalony w zakresie wymiaru robocizny na podstawie systemu kosztorysowania AUDATEX, a jeżeli ten nie jest dostępny, to w dalszej kolejności sprawdzamy w EUROTAXGLASS'S, a potem w DAT, oraz stawkę roboczogodziny w wysokości 90 zł brutto,

z zastrzeżeniem pkt 8.6;

d) w wariantcie **Kosztorys z amortyzacją** wysokość kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu ustala się w oparciu o:

i) ceny części zamiennych i materiałów o porównywalnej jakości dystrybuowanych w sieciach funkcjonujących poza siecią oficjalnego producenta lub importera pojazdu (zamienniki), określone w systemie AUDATEX OPTIMA, a jeżeli te nie są dostępne, to w dalszej kolejności sprawdzamy w MONEX EUROTAXGLASS'S, a potem w CALCDX

DAT, a w przypadku braku cen części zamiennych i materiałów o porównywalnej jakości – w wysokości cen oryginalnych części zamiennych i materiałów ustalanych analogicznie jak w lit. a) ppkt i), pomniejszonych o 30% – po uwzględnieniu korekty kosztu zakupu części zamiennych i materiałów o współczynnik amortyzacji w wysokości:

– dla pojazdów do 1 roku okresu eksploatacji – 10%,

– dla pojazdów powyżej 1 roku do 2 lat okresu eksploatacji – 20%,

– dla pojazdów powyżej 2 do 3 lat okresu eksploatacji – 30%,

– dla pojazdów powyżej 3 do 4 lat okresu eksploatacji – 40%,

– dla pojazdów powyżej 4 do 5 lat okresu eksploatacji – 50%,

– dla pojazdów powyżej 5 do 6 lat okresu eksploatacji – 60%,

– dla pojazdów powyżej 6 lat okresu eksploatacji – 65%;

ii) koszt robocizny ustalony w zakresie wymiaru robocizny na podstawie systemu kosztorysowania AUDATEX, a jeżeli ten nie jest dostępny, to w dalszej kolejności sprawdzamy w EUROTAXGLASS'S, a potem w DAT, oraz stawkę roboczogodziny w wysokości 90 zł brutto,

z zastrzeżeniem pkt 8.6.

9.5. Mamy prawo do uzależnienia dokonania wypłaty odszkodowania od przekazania na naszą rzecz prawa własności pojazdu. W takim przypadku odszkodowanie jest wypłacane bez pomniejszenia o wartość pojazdu w stanie uszkodzonym.

10. W jaki sposób ustalamy wysokość odszkodowania w przypadku kradzieży pojazdu?

10.1. Odszkodowanie jest równe sumie ubezpieczenia ustalonej na dzień powstania szkody, pomniejszonej o udział własny zastosowany w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 10.2.

10.2. Odszkodowanie za kradzież pojazdu w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia z „GSU+” jest równe kwocie odpowiadającej wartości pojazdu z dnia złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie, a w przypadku gdy w dniu powstania szkody wartość pojazdu jest wyższa niż wskazana w polisie – kwocie odpowiadającej wartości pojazdu z dnia powstania szkody, jednak nie wyższej niż 110% wartości pojazdu wskazanej w polisie. Odszkodowanie ulega pomniejszeniu o udział własny zastosowany w umowie ubezpieczenia.

10.3. Jeśli doszło do kradzieży pojazdu wprowadzonego warunkowo na obszar celny Wspólnoty Europejskiej, wypłacimy odszkodowanie zgodnie z zasadą opisaną w pkt 10.1, po uregulowaniu przez Ubezpieczonego wymaganych należności celnych i podatkowych.

10.4. Jeśli odzyskano pojazd po kradzieży, ale przed dokonaniem wypłaty odszkodowania, odszkodowanie za kradzież pojazdu będzie nienależne.

10.5. Odszkodowanie wypłacimy po wyrejestrowaniu tego pojazdu, przeniesieniu prawa własności pojazdu na nas i po przekazaniu nam:

a) dowodu wyrejestrowania pojazdu,

b) dowodu rejestracyjnego, wtórnik lub pozwolenia czasowego oraz karty pojazdu (jeśli była wydana), o ile nie zostały zatrzymane przez organ rejestrujący pojazd,

c) wszystkich kluczyków, sterowników służących do otwarcia lub uruchomienia ubezpieczonego pojazdu, posiadanych przy zawieraniu umowy ubezpieczenia oraz dorobionych w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, a także wszystkich urządzeń służących do uruchomienia zamontowanych w pojeździe urządzeń zabezpieczających przed kradzieżą,

chyba że utracono dokumenty, kluczyki lub inne urządzenia, o których mowa powyżej, a ich utrata nie miała wpływu na kradzież pojazdu.



II. UBEZPIECZENIE MINICASCO (MINI AC)

1. Co ubezpieczamy?

Ubezpieczamy pojazdy, które stanowią własność:

- a) osób fizycznych;
- b) osób prawnych;
- c) jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej.

2. Czego nie ubezpieczamy?

Nie ubezpieczamy pojazdów:

- a) używanych jako rekwizyty;
- b) używanych do nauki jazdy;
- c) używanych jako taksówki lub jako pojazdy służące do przewozu pasażerów za opłatą;
- d) używanych do świadczenia odpłatnych usług przewozowych i transportowych;
- e) udostępnianych do korzystania innym osobom niż właściciel na podstawie odrębnych umów odpłatnych, z wyjątkiem umowy leasingu lub umowy najmu długoterminowego (tj. umowy najmu zawartej na okres co najmniej 12 miesięcy);
- f) składanych z części – tzw. składaków;
- g) nieposiadających ważnego badania technicznego w chwili składania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia;
- h) sprowadzonych z USA lub Kanady;
- i) z kierownicą po prawej stronie;
- j) wywrotek, tj. samochodów ciężarowych z przechylną do tyłu lub na bok skrzynią ładunkową, co umożliwia samoczynny rozładunek;
- k) będących przyczepami lub przyczepami lekkimi;
- l) przeznaczonych do zimowego utrzymania dróg, do prac wiertniczych, posiadających w tym celu specjalne wyposażenie lub dostosowane nadwozie, żurawi samochodowych, koparek, koparko-spycharek i ładowarek.

3. Jaki jest zakres ubezpieczenia?

- 3.1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy szkody polegające na:
 - a) uszkodzeniu lub zniszczeniu pojazdu lub jego części wskutek działania sił przyrody, tj. deszczu nawałnego, gradu, lawiny, osuwania się ziemi, powodzi, pożaru, silnego wiatru, trzęsienia ziemi, uderzenia pioruna, zapadania się ziemi,
 - b) kradzieży pojazdu lub jego części,które miały miejsce w czasie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia MINI AC, z zastrzeżeniem wyłączeń wskazanych w pkt 5 i w rozdziale XI pkt 5.
- 3.2. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wypadki i kradzież, które wystąpiły na terytorium Polski.

4. Suma ubezpieczenia i udział własny

- 4.1. Suma ubezpieczenia pojazdu jest zmienną w czasie kwotą, odpowiadającą w danym momencie trwania umowy ubezpieczenia wartości pojazdu, nie wyższą jednak niż wartość tego pojazdu wskazana w polisie, z zastrzeżeniem pkt 4.2.
- 4.2. Suma ubezpieczenia odpowiada wartości brutto pojazdu, tj. wartości pojazdu uwzględniającej naliczonego przy jego nabyciu podatku VAT. Jeżeli Ubezpieczony miał prawo odliczyć podatek VAT naliczony przy zakupie pojazdu, to suma ubezpieczenia może odpowiadać wartości netto pojazdu, tj. wartości pojazdu bez uwzględnienia naliczonego przy jego nabyciu podatku VAT albo

wartości pojazdu netto + 50% VAT, tj. wartości pojazdu uwzględniającej 50% naliczonego przy jego nabyciu podatku VAT, w zależności od tego jakie odliczenie przysługiwało Ubezpieczonemu.

- 4.3. We wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia możesz określić wysokość udziału własnego w szkodzie (10% albo 20%).

5. Za co nie odpowiadamy?

- 5.1. Nie odpowiadamy za następstwa wypadków w pojazdach typu kabriolet, polegające na uszkodzeniu wewnętrznego wyposażenia pojazdu (np. zalanie siedzeń z powodu deszczu), powstałe gdy pojazd miał zdjęty lub złożony dach.
- 5.2. Nie wypłacimy odszkodowania za kradzież pojazdu, jeżeli:
 - a) w chwili jej dokonania urządzenia zabezpieczające przed nią, które wskazałeś nam we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, nie były uruchomione (chyba że pojazd utracono na skutek rozboju), o ile brak ich uruchomienia miał wpływ na kradzież;
 - b) poza pojazdem, w chwili kradzieży, nie zabezpieczyłeś przed dostępem osób niepowołanych kluczyków do pojazdu lub innych urządzeń służących do jego otwarcia i uruchomienia, o ile brak zabezpieczenia miał wpływ na kradzież;
 - c) w czasie trwania okresu ubezpieczenia skradziono lub zagubiono kluczyki do pojazdu lub inne urządzenia służące do jego otwarcia lub uruchomienia, a Ty lub Ubezpieczony nie dokonaliście wymiany zamków lub odpowiednio zmiany kodów dostępu, o ile miało to wpływ na kradzież; wymiana zamków lub zmiana kodów musi być udokumentowana fakturą lub rachunkiem.
- 5.3. Pozostałe wyłączenia naszej odpowiedzialności znajdziesz w rozdziale XI pkt 5.

6. Jakie są obowiązki, gdy powstanie szkoda?

- 6.1. W przypadku szkody Ty lub Ubezpieczony macie obowiązek:
 - a) powiadomić nas niezwłocznie o wypadku (nie później niż w ciągu 7 dni od wypadku) i o kradzieży (nie później jednak niż w ciągu 2 dni od dnia, w którym dowiedziałeś się o kradzieży);
 - b) zapewnić bezpieczeństwo ruchu w miejscu zdarzenia – w miarę możliwości i dostępnych środków;
 - c) ratować przedmiot ubezpieczenia, aby zapobiec szkodzie lub zmniejszyć jej rozmiary – w miarę możliwości i dostępnych środków;
 - d) nie wprowadzać żadnych zmian lub napraw w uszkodzonym pojeździe bez wcześniejszych oględzin dokonanych przez naszego przedstawiciela, chyba że:
 - i) było to uzasadnione koniecznością kontynuowania bezpiecznej jazdy,
 - ii) odstąpiliśmy od konieczności wykonania oględzin, o czym poinformowaliśmy Ciebie lub Ubezpieczonego, lub inną osobę uprawnioną (przez Ciebie lub Ubezpieczonego),
 - iii) w terminie 7 dni od otrzymania przez nas zgłoszenia szkody nie przeprowadzimy oględzin lub nie poinformujemy o konieczności powołania niezależnego rzeczoznawcy;
 - e) powiadomić policję lub inne odpowiednie organy niezwłocznie, ale nie później niż w ciągu 1 dnia od dowiedzenia się o:
 - i) wypadku z ofiarami w ludziach,
 - ii) szkodzie, która powstała w takich okolicznościach, które nasuwają przypuszczenie, że powstała w wyniku przestępstwa,
 - iii) kradzieży pojazdu,
 - iv) kradzieży kluczyków do pojazdu lub innych urządzeń służących do jego otwarcia i uruchomienia,
 - v) kradzieży dokumentów pojazdu: dowodu rejestracyjnego, wtórnika, pozwolenia czasowego, karty pojazdu, o ile były wydane;
 - f) udostępnić nam ubezpieczony pojazd w celu odczytu historii zapisanej w czujnikach oraz sterownikach pojazdu;
 - g) współpracować z nami lub naszym przedstawicielem w celu ustalenia okoliczności zdarzenia i rozmiaru szkody;

- h) przedstawić nam dokumenty i dane niezbędne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości odszkodowania.
- 6.2. W razie naruszenia przez Ciebie (lub Ubezpieczonego) z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w pkt 6.1 lit. c) nie będziemy odpowiadać za szkody powstałe z tego powodu.
- 6.3. W razie naruszenia przez Ciebie (lub Ubezpieczonego) z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w pkt 6.1 lit. a) możemy odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło nam ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia. Skutki niezawiadomienia nas o zdarzeniu nie następują, jeżeli otrzymaliśmy w terminie wyznaczonym do zawiadomienia wiadomość o okolicznościach, które należało podać do naszej wiadomości.

7. Ogólne zapisy dotyczące wysokości odszkodowania

- 7.1. Odszkodowanie nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia.
- 7.2. Odszkodowanie zawiera podatek VAT, jeżeli suma ubezpieczenia odpowiada wartości pojazdu brutto.
- 7.3. Odszkodowanie nie zawiera podatku VAT, jeżeli suma ubezpieczenia odpowiada wartości pojazdu netto.
- 7.4. Odszkodowanie zawiera 50% VAT, jeżeli suma ubezpieczenia odpowiada wartości pojazdu netto + 50% VAT.
- 7.5. Niezależnie od odszkodowania ustalonego według zasad opisanych w pkt 8 i 9, zwracamy poniesione przez Ciebie (lub Ubezpieczonego) uzasadnione koszty:
- a) parkowania uszkodzonego pojazdu, liczone od dnia zgłoszenia szkody, nie dłużej niż do dnia wykonania przez nas oględzin pojazdu;
 - b) działań podjętych w celu ratowania pojazdu oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów – w granicach sumy ubezpieczenia, jeżeli działania te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne;
 - c) dodatkowego badania technicznego, jeżeli jest wymagane przepisami prawa;
 - d) demontażu pojazdu, o ile było to konieczne dla prawidłowego oszacowania wysokości szkody (przeprowadzenie demontażu i jego koszty muszą być wcześniej z nami uzgodnione).
- 7.6. Odszkodowanie wypłacane jest Ubezpieczonemu bądź osobie przez niego upoważnionej.
- 7.7. Odszkodowanie wypłacane jest w kwocie pomniejszonej o udział własny zastosowany w umowie ubezpieczenia. Zastosowany udział własny odnosi się oddzielnie do każdego zdarzenia.

8. W jaki sposób ustalamy wysokość odszkodowania po szkodzie częściowej?

- 8.1. W przypadku szkody częściowej odszkodowanie ustalamy na podstawie wyceny kosztów naprawy.
- 8.2. Przy ustalaniu wysokości odszkodowania uwzględniamy uzgodnione z Ubezpieczonym koszty i sposób naprawy pojazdu wyłącznie w zakresie będącym następstwem zdarzenia, określone na podstawie zakresu uszkodzeń stwierdzonego w wyniku sporządzonej przez nas oceny technicznej. Jeżeli odstąpimy od wykonania oceny technicznej, w wysokości odszkodowania uwzględnimy koszty naprawy w zakresie zgłoszonym przez Ubezpieczonego i przez nas zaakceptowanym.
- 8.3. Wysokość szkody częściowej jest określana w oparciu o wycenę kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu (likwidacja szkody na kosztorys), odszkodowanie pokrywa koszty naprawy uszkodzeń pozostających w związku przyczynowym ze zdarzeniem, tj.
- a) koszt zakupu części zamiennych i materiałów o porównywalnej jakości dystrybuowanych w sieciach funkcjonujących poza siecią oficjalnego producenta lub importera pojazdu (części: zamienniki), nie więcej jednak niż do wysokości cen części i materiałów zamiennych określonych w systemie AUDATEX OPTIMA, a jeżeli te nie są dostępne, to w dalszej kolejności w MONEX EUROTAXGLASS'S, a potem CALCDX DAT, a w przypadku braku cen tych części zamiennych i ma-

teriałów, w wysokości cen oryginalnych części i materiałów zamiennych pomniejszonych o 30%;

- b) koszt robocizny ustalony w oparciu o:
 - i) system kosztorysowania AUDATEX, a jeżeli ten nie jest dostępny, to w dalszej kolejności w EUROTAXGLASS'S, a potem w DAT, dla wymiaru robocizny,
 - ii) stawkę roboczogodziny w wysokości 90 zł brutto, z zastrzeżeniem pkt 8.4.
- 8.4. Przy ustalaniu wysokości odszkodowania za szkody powstałe w ogumieniu uwzględnia się stopień zużycia eksploatacyjnego, bez względu na okres eksploatacji pojazdu.

9. W jaki sposób ustalamy wysokość odszkodowania za szkodę całkowitą?

- 9.1. Odszkodowanie z tytułu szkody całkowitej ustala się jako kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy wartością pojazdu w stanie bezpośrednio przed zaistnieniem szkody, nie wyższą jednak niż wartość pojazdu wskazana w polisie, a wartością pojazdu w stanie uszkodzonym – obie wartości określane są na dzień powstania szkody. Ustalone odszkodowanie nie może być wyższe niż kwota wynikająca z postanowień pkt 9.3.
- 9.2. Przez wartość pojazdu w stanie uszkodzonym rozumieć należy wartość elementów i zespołów pojazdu nieuszkodzonych lub uszkodzonych w takim stopniu, że mają wartość handlową, ustaloną na podstawie systemu INFO-EKSPERT, a jeżeli te dane nie są dostępne, to w dalszej kolejności sprawdzamy w EUROTAXGLASS'S, a potem w DAT lub na podstawie najwyższej oferty zakupu uzyskanej podczas aukcji internetowej. Ustalając wartość pojazdu w stanie uszkodzonym, uwzględniamy wartość pojazdu bezpośrednio przed zaistnieniem szkody oraz charakter i zakres uszkodzeń.
- 9.3. Wysokość kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu na potrzeby ustalenia wystąpienia szkody całkowitej ustala się w oparciu o:
- a) ceny części zamiennych i materiałów o porównywalnej jakości dystrybuowanych w sieciach funkcjonujących poza siecią oficjalnego producenta lub importera pojazdu (zamienniki), określone w systemie AUDATEX OPTIMA, a jeżeli te nie są dostępne, to w dalszej kolejności sprawdzamy w MONEX EUROTAXGLASS'S, a potem w CALCDX DAT, a w przypadku braku cen części zamiennych i materiałów o porównywalnej jakości – według cen oryginalnych części zamiennych i materiałów sygnowanych logo producenta pojazdu określonych w systemie AUDATEX, a jeżeli te nie są dostępne, to w dalszej kolejności sprawdzamy w EUROTAXGLASS'S, a potem w DAT, pomniejszonych o 30%;
 - b) koszt robocizny ustalony w zakresie wymiaru robocizny na podstawie systemu kosztorysowania AUDATEX, a jeżeli ten nie jest dostępny, to w dalszej kolejności sprawdzamy w EUROTAXGLASS'S, a potem w DAT, oraz stawkę roboczogodziny w wysokości 90 zł brutto; z zastrzeżeniem pkt 8.4;
- 9.4. Mamy prawo do uzależnienia dokonania wypłaty odszkodowania od przeniesienia na naszą rzecz prawa własności pojazdu. W takim przypadku odszkodowanie jest wypłacane bez pomniejszenia o wartość pojazdu w stanie uszkodzonym.

10. W jaki sposób ustalamy wysokość odszkodowania w przypadku kradzieży pojazdu?

- 10.1. Odszkodowanie za kradzież pojazdu jest równe sumie ubezpieczenia ustalonej na dzień powstania szkody, pomniejszonej o udział własny zastosowany w umowie ubezpieczenia.
- 10.2. Jeśli doszło do kradzieży pojazdu wprowadzonego warunkowo na obszar celnego Wspólnoty Europejskiej, wypłacimy odszkodowanie zgodnie z zasadą opisaną w pkt 10.1, po uregulowaniu przez Ubezpieczonego wymaganych należności celnych i podatkowych.
- 10.3. Jeśli odzyskano pojazd po kradzieży, ale przed wypłaceniem odszkodowania, odszkodowanie za kradzież pojazdu będzie nienależne.

- 10.4. Odszkodowanie wypłacimy po wyrejestrowaniu pojazdu, przeniesieniu prawa własności pojazdu na nas i po przekazaniu nam:
- a) dowodu wyrejestrowania pojazdu;
 - b) dowodu rejestracyjnego, wtórnika lub pozwolenia czasowego oraz karty pojazdu (jeśli była wydana), o ile nie zostały zatrzymane przez organ rejestrujący pojazd;
 - c) wszystkich kluczyków, sterowników służących do otwarcia lub uruchomienia ubezpieczonego pojazdu, posiadanych przy zawieraniu umowy ubezpieczenia oraz dorobionych w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, a także wszystkich urządzeń służących do uruchomienia zamontowanych w pojeździe urządzeń zabezpieczających przed kradzieżą,
- chyba że utracono dokumenty, kluczyki lub inne urządzenia, o których mowa powyżej, a ich utrata nie miała wpływu na kradzież pojazdu.



III. UBEZPIECZENIE SZYB (Szyby)

1. Co ubezpieczamy?

Ubezpieczamy szyby (czołową, boczne i tylną) w pojazdach, które stanowią własność:

- a) osób fizycznych;
- b) osób prawnych;
- c) jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej.

2. Czego nie ubezpieczamy?

Nie ubezpieczamy szyb w pojazdach:

- a) używanych jako rekwizyty;
- b) używanych do nauki jazdy;
- c) używanych jako taksówki lub jako pojazdy służące do przewozu pasażerów za opłatą;
- d) używanych do świadczenia odpłatnych usług przewozowych i transportowych;
- e) udostępnianych do korzystania innym osobom niż właściciel na podstawie odrębnych umów odpłatnych, z wyjątkiem umowy leasingu lub umowy najmu długoterminowego (tj. umowy najmu zawartej na okres co najmniej 12 miesięcy);
- f) składanych z części – tzw. składaków;
- g) nieposiadających ważnego badania technicznego w chwili składania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia;
- h) sprowadzonych z USA lub Kanady;
 - i) z kierownicą po prawej stronie;
 - j) wywrotek, tj. samochodów ciężarowych z przechylną do tyłu lub na bok skrzynią ładunkową, co umożliwia samoczynny rozładunek;
 - k) będących przyczepami lub przyczepami lekkimi;
 - l) przeznaczonych do zimowego utrzymania dróg, do prac wiertniczych, posiadających w tym celu specjalne wyposażenie lub dostosowane nadwozie, żurawi samochodowych, koparek, koparko-spycharek i ładowarek.

3. Jaki jest zakres ubezpieczenia?

- 3.1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy organizację i pokrycie kosztów usług assistance, polegających na naprawie lub wymianie szyby uszkodzonej lub zniszczonej w wyniku wypadku.
- 3.2. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wypadki, do których doszło w czasie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia Szyby.
- 3.3. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wypadki zaistniałe na terytorium wskazanym przez Ciebie we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, tj. Polski albo Polski i pozostałych krajów europejskich.

4. Suma ubezpieczenia i udział własny

- 4.1. Wysokość sumy ubezpieczenia określana jest przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, a następnie potwierdzona w polisie, i stanowi górną granicę pokrywanych kosztów usług assistance, o których mowa w pkt 3.1.
- 4.2. W razie drugiego i każdego kolejnego wypadku w trakcie trwania bieżącego okresu ubezpieczenia, polegającego na uszkodzeniu lub zniszczeniu szyby czołowej, w przypadku jej wymiany, każdorazowo zastosowanie ma udział własny w wysokości 25% wysokości pokrywanych kosztów usług assistance, o których mowa w pkt 3.1.

5. Jakie są obowiązki, gdy zaistnieje wypadek?

W razie wypadku Ty lub Ubezpieczony macie obowiązki:

- a) powiadomić nas niezwłocznie o zajściu wypadku (nie później niż w ciągu 2 dni od dnia, w którym dowiedziałeś się o wypadku);
- b) ratować przedmiot ubezpieczenia, aby zapobiec wypadkowi lub zmniejszyć jego rozmiary – w miarę możliwości i dostępnych środków;
- c) udostępnić pojazd do oględzin i do wykonania naprawy lub wymiany szyby we wskazanym przez nas warsztacie w terminie do 15 dni od dnia zgłoszenia wypadku;
- d) przelać na rzecz wskazanego przez nas warsztatu, który naprawia lub wymienia szybę, prawa do należącego pokrycia kosztów;
- e) pokryć koszty naprawy lub wymiany szyby uzgodnione ze wskazanym przez nas warsztatem, które przekraczają sumę ubezpieczenia oraz odpowiadające zastosowanemu udziałowi własnemu, o którym mowa w pkt 4.2;
- f) współpracować z nami lub wskazanym przez nas warsztatem w celu ustalenia okoliczności i rozmiaru wypadku;
- g) udzielić nam wszelkiej pomocy, jeśli dochodzimy roszczeń wobec sprawcy wypadku.

6. Zapisy dotyczące wysokości kosztów usług assistance pokrywanych przez UNIQA

- 6.1. Koszty usług assistance pokrywanych przez UNIQA nie mogą przekroczyć sumy ubezpieczenia.
- 6.2. Koszty usług assistance pokrywanych przez UNIQA obejmują koszty:
 - a) części podlegających wymianie, których rodzaj został określony podczas składania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, a następnie potwierdzony w polisie, tj.:
 - i) oryginalnych części zamiennych i materiałów sygnowanych logo producenta pojazdu, określone w systemie AUDATEX, a jeżeli te nie są dostępne, to w dalszej kolejności sprawdzamy w EUROTAXGLASS'S, a potem w DAT, albo
 - ii) części o porównywalnej jakości, dystrybuowanych w sieciach funkcjonujących poza siecią oficjalnego producenta lub importera pojazdu (zamienniki), określone w systemie AUDATEX OPTIMA, a jeżeli te nie są dostępne, to w dalszej kolejności sprawdzamy w MONEX EUROTAXGLASS'S, a potem w CALCDX DAT, a w przypadku ich braku – części oryginalnych sygnowanych logo producenta pojazdu;
 - b) materiałów niezbędnych do naprawy lub wymiany szyby o porównywalnej jakości, dystrybuowanych w sieciach funkcjonujących poza siecią oficjalnego producenta lub importera pojazdu;
 - c) robocizny;z uwzględnieniem udziału własnego określonego w pkt 4.2.
- 6.3. Naprawa lub wymiana uszkodzonej lub zniszczonej szyby może być dokonana wyłącznie we wskazanym przez nas warsztacie, z zastrzeżeniem pkt 6.5. Warsztat ten dokonuje kwalifikacji, czy daną szybę naprawić, czy wymienić.
- 6.4. Niezależnie od kosztów usług assistance ustalonych według zasad opisanych w pkt 6.2, jeśli dokonanie naprawy lub wymiany szyby nie będzie możliwe w ciągu 48 godzin od zgłoszenia wypadku, pokryjemy koszty parkingu strzeżonego do wysokości 150 zł.
- 6.5. Jeśli wskazany przez nas warsztat:
 - a) nie skontaktuje się z Tobą lub Ubezpieczonym najpóźniej następnego dnia roboczego (za dni robocze uznaje się wszystkie dni roku oprócz sobót i dni ustawowo wolnych od pracy) od dnia zgłoszenia wypadku albo

- b) nie naprawi lub nie wymieni szyby w ciągu 24 godzin od uzgodnionego z Tobą lub Ubezpieczonym terminu, albo
 - c) odmówi wykonania naprawy lub wymiany szyby;
- Ty lub Ubezpieczony macie prawo naprawić szybę lub ją wymienić we własnym zakresie. Wówczas wysokość pokrywanych kosztów usług assistance ustalona zostanie zgodnie z zasadami z pkt 6.2. na podstawie faktur lub rachunków potwierdzających wykonaną usługę. W takiej sytuacji koszty zwrócimy w terminie 14 dni od dnia przedłożenia nam dokumentów uzasadniających wysokość poniesionych kosztów.



IV. UBEZPIECZENIE BAGAŻU I FOTELIKÓW

Co rozumiemy przez użyte poniżej pojęcia?
(wszystkie pojęcia znajdziesz w rozdziale XI pkt 11)

bagaż – przedmioty stanowiące własność Ubezpieczonego, które w chwili powstania szkody znajdowały się w pojeździe, w tym w bagażniku wewnętrznym lub bagażniku zewnętrznym pojazdu; za багаż uznaje się również bagażnik zewnętrzny zamontowany na pojeździe, w tym boks dachowy lub kufer motocyklowy; za багаż nie uznaje się biżuterii, pieniędzy, kart płatniczych ani innych środków płatniczych;

foteliki – samochodowe foteliki lub podstawki bezpieczeństwa służące do przewozu dzieci, stanowiące własność Ubezpieczonego, które w chwili powstania szkody znajdowały się w pojeździe, w tym w bagażniku wewnętrznym lub bagażniku zewnętrznym pojazdu;

1. Co ubezpieczamy i jaki jest zakres ubezpieczenia?

- 1.1. Przedmiotem ubezpieczenia jest багаż i foteliki.
- 1.2. W ramach ubezpieczenia багаżu i fotelików odpowiadamy za:
 - a) uszkodzenie (w tym całkowite zniszczenie) багаżu lub fotelików w wyniku wypadku, w którym uległ uszkodzeniu pojazd wskazany w polisie;
 - b) kradzież багаżu lub fotelików wraz z pojazdem wskazanym w polisie;
 - c) kradzież багаżu lub fotelików z tego pojazdu;
 - d) kradzież багаżu lub fotelików z zamykanego bagażnika zewnętrznego (boks dachowy, kufer motocyklowy), o ile doszło do włamania.
- 1.3. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zdarzenia zaistniałe na terytorium Polski i pozostałych krajów europejskich, z zastrzeżeniem pkt 3.1 lit. f).

2. Suma ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia wynosi 8000 zł i stanowi górną granicę naszej odpowiedzialności.

3. Za co nie odpowiadamy?

- 3.1. Nie odpowiadamy za szkody:
 - a) powstałe wskutek kradzieży багаżu lub fotelików, jeśli do kradzieży doszło w następstwie niezamknięcia pojazdu lub bagażnika zewnętrznego (boks dachowy, kufer motocyklowy) zamontowanego na pojeździe, w którym umieszczony był багаż lub foteliki, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia;
 - b) powstałe wskutek kradzieży багаżu lub fotelików z pojazdu, jeśli w trakcie okresu ubezpieczenia skradziono lub zagubiono kluczyki lub inne urządzenia służące do otwarcia i uruchomienia pojazdu lub otwarcia bagażnika zewnętrznego (boksu dachowego, kufra motocyklowego) zamontowanego na pojeździe, a Ty lub Ubezpieczony nie dokonaliście wymiany zamków lub odpowiednio zmiany kodów dostępu, o ile miało

to wpływ na zajście zdarzenia. Fakt wymiany zamków należy udokumentować fakturą lub rachunkiem;

- c) powstałe w następstwie niewłaściwego zamontowania багаżu lub fotelików;
 - d) jeżeli przedmioty takie jak: torebki i torby podręczne, saszetki, portfele, dokumenty oraz przenośne – telefony komórkowe, odbiorniki systemów nawigacji samochodowej, urządzenia samochodowej łączności radiowej (CB-radio), komputery (w tym tablety), aparaty fotograficzne, kamery i inny sprzęt elektroniczny, po opuszczeniu pojazdu przez Ubezpieczonego zostały pozostawione w miejscu widocznym z zewnątrz pojazdu;
 - e) polegające na kradzieży przedmiotów z innych bagażników zewnętrznych niż boks dachowy lub kufer motocyklowy;
 - f) powstałe wskutek kradzieży багаżu lub fotelików na terytorium Rosji, Białorusi, Ukrainy i Mołdawii.
- 3.2. Nasza odpowiedzialność z tytułu ubezpieczenia багаżu i fotelików wyłączona jest także w przypadkach określonych w rozdziale XI pkt 5.

4. Jakie są obowiązki, gdy powstanie szkoda?

- 4.1. W przypadku szkody Ty lub Ubezpieczony macie obowiązek:
 - a) powiadomić nas niezwłocznie o zajściu zdarzenia (nie później niż w ciągu 7 dni od dnia wypadku i 2 dni od dnia, w którym dowiedziałeś się o kradzieży);
 - b) zapewnić bezpieczeństwo ruchu w miejscu zdarzenia – w miarę możliwości i dostępnych środków;
 - c) ratować przedmiot ubezpieczenia, aby zapobiec szkodzie lub zmniejszyć jej rozmiary – w miarę możliwości i dostępnych środków;
 - d) nie wprowadzać żadnych zmian lub napraw w uszkodzonym багаżu lub fotelikach bez wcześniejszych oględzin naszego przedstawiciela, chyba że:
 - i) było to uzasadnione koniecznością kontynuowania bezpiecznej jazdy,
 - ii) odstąpiliśmy od konieczności wykonania oględzin, o czym poinformowaliśmy Ciebie lub Ubezpieczonego, lub inną osobę uprawnioną (przez Ciebie lub Ubezpieczonego),
 - iii) w terminie 7 dni od otrzymania przez nas zgłoszenia szkody nie przeprowadzimy oględzin lub nie poinformujemy o konieczności powołania niezależnego rzeczoznawcy;
 - e) powiadomić policję lub inne odpowiednie organy niezwłocznie, ale nie później niż w 1 dzień od dowiedzenia się o:
 - i) szkodzie, która przypuszczalnie powstała w wyniku przestępstwa,
 - ii) kradzieży багаżu lub fotelików;
 - f) w razie kolizji z innym środkiem transportu przeznaczonym do poruszania się po drogach, w miarę możliwości:
 - i) zanotować jego numer rejestracyjny,
 - ii) zanotować imię i nazwisko, adres korespondencyjny oraz numer telefonu osoby nim kierującej,
 - iii) zanotować numer polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia, nazwę i adres zakładu ubezpieczeń w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych (OC) – dotyczy to wszystkich uczestników kolizji,
 - iv) zażądać wydania kopii Zielonej Karty (tj. oderwać i zabrać jej dolną część), jeśli sprawcą był kierujący pojazdem niezarejestrowanym w Polsce, posiadający Zieloną Kartę;
 - g) w razie zdarzenia spowodowanego przez zwierzęta, w miarę możliwości ustalić dane właściciela i ewentualnego jego ubezpieczyciela w zakresie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (obowiązkowego lub dobrowolnego);
 - h) współpracować z nami lub naszym przedstawicielem w celu ustalenia okoliczności zdarzenia i rozmiaru szkody;
 - i) udzielić nam wszelkiej pomocy, jeśli dochodzimy roszczeń wobec sprawcy zdarzenia;
 - j) przedstawić nam dokumenty i dane niezbędne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości odszkodowania.
- 4.2. W razie naruszenia przez Ciebie (lub Ubezpieczonego) z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w pkt 4.1 lit. c) jesteśmy wolni od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.

- 4.3. W razie naruszenia przez Ciebie (lub Ubezpieczonego) z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w pkt 4.1 lit. a) możemy odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło nam ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia. Skutki niezawiadomienia nas o zdarzeniu nie następują, jeżeli otrzymaliśmy w terminie wyznaczonym do zawiadomienia wiadomość o okolicznościach, które należało podać do naszej wiadomości.

5. Zapisy dotyczące wysokości odszkodowania

- 5.1. Odszkodowanie nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia.
- 5.2. Wysokość szkody w bagażu lub fotelikach ustala się według kosztów naprawy bądź według rynkowej wartości bagażu lub fotelików. Wartość bagażu lub fotelików jest określana przez nas na podstawie rachunków zakupu lub na podstawie wartości nowego bagażu lub fotelików o identycznych właściwościach użytkowych na dzień zaistnienia zdarzenia.
- 5.3. Przy ustalaniu wysokości odszkodowania za szkodę w bagażu nie uwzględnia się wartości zabytkowej, wartości kolekcjonerskiej, naukowej ani intelektualnej bagażu lub fotelików.



V. UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW (NNW)

Co rozumiemy przez użyte poniżej pojęcie?

(wszystkie pojęcia znajdziesz w rozdziale XI pkt 11)

nieszczęśliwy wypadek: na potrzeby ubezpieczenia NNW – nagłe zdarzenie powstałe w okresie naszej odpowiedzialności, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego, powstałe w związku z:

- a) ruchem pojazdu wskazanego w polisie,
- b) przebywaniem Ubezpieczonego w pojeździe wskazanym w polisie w przypadku zatrzymania lub postoju na trasie jazdy,
- c) wsiadaniem do pojazdu i wysiadaniem z pojazdu wskazanego w polisie,
- d) naprawą na trasie ruchu pojazdu wskazanego w polisie;

1. Co ubezpieczamy?

Ubezpieczamy następstwa nieszczęśliwego wypadku kierowcy i pasażerów pojazdu.

2. Jaki jest zakres ubezpieczenia?

- 2.1. Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie:
- a) uszkodzenia ciała Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, które zostały określone w Tabeli uszkodzeń ciała NNW (dalej: Tabela), o której mowa w rozdziale XV;
 - b) śmierć Ubezpieczonego – o ile była następstwem nieszczęśliwego wypadku i nastąpiła przed upływem 2 lat od dnia nieszczęśliwego wypadku.
- 2.2. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje roszczeń z tytułu:
- a) zadośćuczynienia za doznaną krzywdę;
 - b) odszkodowania za poniesione straty materialne, wynikające z utraty lub uszkodzenia rzeczy należących do Ubezpieczonego;
 - c) utraconych korzyści Ubezpieczonego.
- 2.3. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy nieszczęśliwe wypadki zaistniałe na terytorium Polski i pozostałych krajów europejskich.

3. Suma ubezpieczenia

Wysokość sumy ubezpieczenia określana jest podczas składania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, a następnie potwierdzona w polisie i stanowi górną granicę wypłacanych świadczeń.

4. Za co nie odpowiadamy?

- 4.1. Nie odpowiadamy za następstwa nieszczęśliwych wypadków, jeżeli:
- a) w chwili wypadku (mającego miejsce podczas jazdy) Ubezpieczony nie miał zapiętych pasów bezpieczeństwa, w które pojazd był wyposażony (chyba że był zwolniony z tego obowiązku), o ile zachodzi związek przyczynowy z powstaniem następstw nieszczęśliwego wypadku;
 - b) pojazdem w chwili wypadku podróżowało więcej osób niż liczba miejsc wskazanych w dowodzie rejestracyjnym, o ile zachodzi związek przyczynowy z powstaniem następstw nieszczęśliwego wypadku.
- 4.2. Nie odpowiadamy również za następstwa nieszczęśliwych wypadków, jeżeli pasażer jechał z kierowcą, który prowadził pojazd w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii lub podobnie działających leków, o ile zgodnie z informacją od producenta leku jego zażycie wpływa na zdolność prowadzenia pojazdów. Powyższe wyłączenie naszej odpowiedzialności będzie miało miejsce, gdy zachodzi związek przyczynowy pomiędzy zaistnieniem nieszczęśliwego wypadku i użyciem wyżej wymienionych środków, substancji lub leków przez kierowcę pojazdu lub prowadzeniem przez niego pojazdu w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu.
- 4.3. Pozostałe wyłączenia naszej odpowiedzialności w ubezpieczeniu NNW znajdziesz w rozdziale XI pkt 5.

5. Jakie są obowiązki, gdy powstanie szkoda?

W razie zaistnienia wypadku Ty lub Ubezpieczony macie obowiązek:

- a) w miarę możliwości i dostępnych środków – zapobiec zwiększeniu się szkody;
- b) niezwłocznie powiadomić policję i pogotowie ratunkowe o wypadku oraz jego ofiarach;
- c) powiadomić nas niezwłocznie o wypadku (nie później jednak niż w ciągu 7 dni od wypadku);
- d) przedstawić nam wskazane przez nas dokumenty i dane niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia oraz udzielić wszelkich wymaganych przez nas informacji, wypełnić zgodnie z prawdą przedłożony formularz zgłoszenia szkody i zwrócić go we wskazanym terminie;
- e) umożliwić nam zasięgnięcie informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego, w szczególności u lekarzy prowadzących.

6. W jaki sposób ustalamy wysokość świadczeń?

- 6.1. Wysokość świadczenia ustalamy po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a uszkodzeniem ciała lub śmiercią Ubezpieczonego.
- 6.2. Rozmiar uszkodzenia ciała ustalamy na podstawie Tabeli uszkodzeń ciała NNW zawartej w rozdziale XV OWUK.
- 6.3. Świadczenie z tytułu uszkodzenia ciała wypłacimy w wysokości stanowiącej taki procent sumy ubezpieczenia, jaki wynika z Tabeli dla danego rodzaju uszkodzenia ciała.
- 6.4. Jeśli wskutek nieszczęśliwego wypadku doszło do kilku uszkodzeń ciała, wówczas wysokość świadczenia określimy w ten sposób, że zsumujemy procenty sumy ubezpieczenia odpowiadające poszczególnym uszkodzeniom ciała podanym w Tabeli i wysokość świadczenia ustalimy w wartości odpowiadającej zsumowanemu procentowi sumy ubezpieczenia. Wysokość tak ustalonego świadczenia nie może przekroczyć wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie.
- 6.5. Uszkodzenie ciała, a następnie procent sumy ubezpieczenia, o którym mowa w punkcie powyżej, ustalimy na podstawie dokumentacji medycznej. W sytuacji gdy ustalenie uszkodzenia ciała lub procentu sumy ubezpieczenia nie byłoby możliwe według za-

sad określonych w zdaniu poprzednim, wówczas ustalimy je na podstawie badań medycznych przeprowadzonych przez lekarza. Lekarza, o którym mowa w zdaniu poprzednim, wskażemy my. Koszt badania pokryjemy my.

- 6.6. Jeśli w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia, Ubezpieczony zmarł, wypłacimy osobie uprawnionej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia. Dotyczy to również sytuacji, gdy śmierć będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 2 lat od dnia zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.
- 6.7. W sytuacji gdy Ubezpieczonemu zostało wypłacone świadczenie z tytułu uszkodzenia ciała, a następnie Ubezpieczony zmarł wskutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, wówczas wypłacimy kolejne świadczenie z tytułu jego śmierci. Suma wypłaconego świadczenia z tytułu uszkodzenia ciała i śmierci nie może przekroczyć wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie.
- 6.8. Świadczenie z tytułu uszkodzenia ciała wypłacamy Ubezpieczonemu.
- 6.9. W przypadku śmierci Ubezpiezonego wypłacamy świadczenie:
- a) osobie lub osobom wskazanym przez Ubezpiezonego jako uprawnione do otrzymania świadczenia;
 - b) w przypadku braku osób wymienionych w lit. a), osobom w następującej kolejności:
 - i) małżonkowi Ubezpiezonego,
 - ii) w równych częściach dzieciom Ubezpiezonego, jeśli nie ma współmałżonka,
 - iii) w równych częściach rodzicom Ubezpiezonego, jeśli nie ma dzieci,
 - iv) jeśli nie ma wyżej wymienionych osób – spadkobiercom Ubezpiezonego, w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym,jeśli przedstawią dokument, który stwierdza nabycie spadku, oraz postanowienie sądu dotyczące działu spadku lub umowy działu spadku w zakresie dotyczącym należnego odszkodowania.

7. Ubezpieczenie przewożonych zwierząt

- 7.1. W ramach ubezpieczenia NNW wypłacimy również jednorazowe świadczenie z tytułu śmierci zwierzęcia domowego, przewożonego pojazdem wskazanym w polisie, o ile śmierć była następstwem nieszczęśliwego wypadku związanego z ruchem wskazanego w polisie pojazdu i nastąpiła przed upływem dwóch tygodni od dnia tego wypadku.
- 7.2. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci przewożonego zwierzęcia domowego wynosi 2000 zł na jedno zdarzenie.
- 7.3. Świadczenie z tytułu śmierci zwierzęcia domowego ustalamy po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią zwierzęcia domowego.
- 7.4. Świadczenie jest wypłacane, o ile zwierzę domowe w chwili zdarzenia:
- a) ukończyło 4 miesiące życia,
 - b) było własnością kierowcy lub pasażerów pojazdu.
- 7.5. Świadczenie wypłacane jest właścicielowi zmarłego zwierzęcia domowego.

VI. KLAUZULA DROGA DO ZDROWIA

Co rozumiemy przez użyte poniżej pojęcia?

(wszystkie pojęcia znajdziesz w rozdziale XI pkt 11)

CAA – Centrum Alarmowe Assistance, to podmiot zajmujący się organizacją i świadczeniem usług określonych w OWUK w zakresie ubezpieczenia Assistance i klauzuli Droga do zdrowia;

dni robocze – dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;

godziny robocze – godziny od 8.00 do 18.00 w dni robocze;

hospitalizacja – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny;

nieszczęśliwy wypadek (na potrzeby klauzuli Droga do zdrowia) – nagłe zdarzenie powstałe w okresie naszej odpowiedzialności, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpiezonego, które powstało w związku z:

- a) ruchem pojazdu wskazanego w polisie,
- b) przebywaniem Ubezpiezonego w pojeździe wskazanym w polisie w przypadku zatrzymania lub postoju na trasie jazdy,
- c) wsiadaniem do pojazdu i wysiadaniem z pojazdu wskazanego w polisie,
- d) naprawą na trasie ruchu pojazdu wskazanego w polisie;

przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze – elementy wspomagające leczenie następstw nieszczęśliwego wypadku, zalecone przez lekarza: gorsety, protezy, kule, stabilizatory, aparaty ortopedyczne, wózki inwalidzkie;

świadczenia zdrowotne – świadczenia, które zostały wymienione w rozdziale VI pkt 1.14. w Tabeli świadczeń zdrowotnych – Droga do zdrowia;

1. Zastosowanie klauzuli Droga do zdrowia

- 1.1. Umowa ubezpieczenia NNW za opłatą dodatkowej składki może zostać rozszerzona o klauzulę Droga do zdrowia.
- 1.2. Klauzula Droga do zdrowia polega na organizacji lub pokryciu kosztów świadczeń, których potrzeba udzielenia powstała w związku z następstwami nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ Ubezpieczony. Organizacja i udzielanie świadczeń odbywa się na terenie Polski.
- 1.3. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - a) organizację oraz pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych, do limitów wskazanych w pkt 1.14 w Tabeli świadczeń zdrowotnych – Droga do zdrowia;
 - b) zwrot kosztów zakupu leków, nabycia lub wypożyczenia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, do łącznej kwoty 5000 zł, na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia;
 - c) świadczenie szpitalne z tytułu hospitalizacji w związku z następstwami nieszczęśliwego wypadku, która rozpoczęła się w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, w wysokości 100 zł za każdy dzień hospitalizacji, do łącznej kwoty 3000 zł na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.
- 1.4. Świadczenia przysługują kierującemu oraz pasażerom pojazdu wskazanego w polisie, jeśli doszło do uszkodzeń ciała, o których mowa w rozdziale V pkt 2.1 lit. a).
- 1.5. Nie zorganizujemy świadczeń i nie pokryjemy kosztów, o jakich mowa w pkt 1.3, jeżeli nie ponosimy odpowiedzialności za następstwa nieszczęśliwego wypadku zgodnie z rozdziałem V pkt 4 oraz rozdziałem XI pkt 5.
- 1.6. W celu skorzystania ze świadczeń, o których mowa w pkt 1.3 lit. a), należy skontaktować się z CAA pod numerem tel. +48 22 357 40 47 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).
- 1.7. Zwrot kosztów, o których mowa w pkt 1.3. lit. b), następuje na podstawie opłaconych, imiennych rachunków lub faktur.
- 1.8. Świadczenie szpitalne, o którym mowa w pkt 1.3 lit. c), wypłacane jest na podstawie dokumentacji medycznej za każde 24 godziny hospitalizacji.
- 1.9. Zwrot kosztów i wypłata świadczenia, o których mowa w pkt 1.3 lit. b) i c), następuje po przesłaniu dokumentów:
 - a) przez formularz zgłoszenia szkody dostępny na stronie uniqa.pl,
 - b) pocztą na adres UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa,
 - c) na adres mejlowy szkody@uniqa.pl.
- 1.10. Ubezpieczony może korzystać ze świadczeń wymienionych w pkt 1.3 w okresie 12 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
- 1.11. Świadczenia zdrowotne są organizowane wyłącznie w placówkach medycznych sieci CAA, po uprzednim umówieniu świadczenia za pośrednictwem CAA.

1.12. Świadczenia zdrowotne polegające na konsultacji lekarskiej są organizowane w terminach nie dłuższych niż:

- a) lekarze internista, rodzinny, pediatra:
 - i) w formie czatu, wideocztu lub rozmowy telefonicznej – w ciągu 3 h od zgłoszenia do CAA, 7 dni w tygodniu,
 - ii) wizyta stacjonarna we wskazanej placówce medycznej – w ciągu 24 h od zgłoszenia do CAA;
- b) lekarze pozostałych specjalizacji:
 - i) w formie czatu, wideocztu lub rozmowy telefonicznej – w ciągu 72 h roboczych od zgłoszenia do CAA,

- ii) wizyta stacjonarna we wskazanej placówce medycznej – w ciągu 5 dni roboczych od zgłoszenia do CAA.

1.13. Jeśli organizacja konsultacji lekarskiej przez CAA nie jest możliwa w terminach określonych w pkt 1.12, Ubezpieczony po uzgodnieniu z CAA może zorganizować świadczenie we własnym zakresie. Ubezpieczonemu przysługuje zwrot kosztów z tytułu organizacji świadczenia we własnym zakresie po przekazaniu nam imiennych faktur lub rachunków za wykonane świadczenia zdrowotne. Zwrotu kosztów dokonamy w granicach rodzajów i limitów świadczeń zdrowotnych określonych w Tabeli świadczeń zdrowotnych – Droga do zdrowia.

1.14. Tabela świadczeń zdrowotnych – Droga do zdrowia

Rodzaje świadczeń zdrowotnych	Limity (na wszystkie zdarzenia zaistniałe w okresie ubezpieczenia)
Konsultacje lekarskie i zabiegi pielęgniarские	
Konsultacje lekarskie (bez skierowania)	
Konsultacje lekarzy: internista, lekarz rodzinny, pediatra	czat, wideoczat, rozmowa telefoniczna – nielimitowane we wskazanych placówkach medycznych – nielimitowane
Konsultacje pozostałych lekarzy specjalistów	czat, wideoczat, rozmowa telefoniczna – 6 konsultacji we wskazanych placówkach medycznych – 6 wizyt
Zabiegi realizowane w placówkach medycznych w ramach konsultacji lekarskiej	
Ogólnolekarskie: osłuchanie serca, płuc; pomiar ciśnienia, temperatury, saturacji; pobieranie materiałów do badań mikrobiologicznych, opatrzenie drobnych urazów (rany, skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania – bez kosztu stabilizatorów i gipsu), zdjęcie szwów pooperacyjnych/pozabiegowych Zabiegi okulistyczne: badanie dna oka, badanie ostrości widzenia, badanie pola widzenia, pomiar ciśnienia śródgałkowego, usunięcie ciała obcego z oka, dobór szkieł korekcyjnych Obejmuje koszt użytych materiałów bez leków	we wskazanej placówce medycznej – nielimitowane
Zabiegi pielęgniarские realizowane w placówce medycznej oraz na skierowanie lekarskie w miejscu pobytu Ubezpiezonego, w sytuacji gdy jego stan zdrowia uniemożliwia dojazd do placówki	
Zabiegi pielęgniarские: Pomiar: ciśnienia, temperatury, saturacji, wzrostu i wagi ciała Iniekcje: domięśniowe, dożylnie, podskórne, podłączenie wlewu kroplowego Opatrunek drobnych urazów: rany, skręcenia Obejmuje koszt użytych materiałów bez leków	we wskazanej placówce medycznej – nielimitowane w miejscu pobytu – 20 wizyt (obejmuje koszt dojazdu)
Badania diagnostyczne (na skierowanie lekarskie)	
Diagnostyka laboratoryjna	
Badania biochemiczne z krwi Badania hematologiczne Badania moczu Badania serologiczne	we wskazanej placówce medycznej – nielimitowane
Diagnostyka obrazowa	
USG RTG Gastroskopia Kolonoskopia (obejmuje koszt znieczulenia)	we wskazanej placówce medycznej – nielimitowane
Tomografia komputerowa Rezonans magnetyczny (obejmuje koszt kontrastu)	we wskazanej placówce medycznej – 3 badania
Badania czynnościowe	
EKG spoczynkowe, EKG próba wysiłkowa, Holter EKG, Holter ciśnieniowy, spirometria spoczynkowa, urografia, audiometria tonalna, audiometria impedancyjna	we wskazanej placówce medycznej – nielimitowane

Rodzaje świadczeń zdrowotnych	Limity (na wszystkie zdarzenia zaistniałe w okresie ubezpieczenia)
Rehabilitacja ortopedyczna (na skierowanie lekarskie)	
Fizykoterapia i kinezyterapia	
Lampa Sollux, promienie UV, ultradźwięki, jonoforeza, fonoforeza, elektrostymulacja, galwanizacja, prądy diadynamiczne (DD), prądy interferencyjne, prądy Tens, prądy Kotza, prądy Traeberta, fizykoterapia – pole magnetyczne, (Terapuls, Curapuls), laseroterapia	limit 60 zabiegów w placówce medycznej (realizowane po 6 zabiegów w 10-dniowym cyklu)
Terapia manualna	limit 6 indywidualnych terapii manualnych (zawiera się w limicie 60 zabiegów)
Rehabilitacja domowa – ćwiczenia z fizykoterapeutą w domu (obejmuje koszt dojazdu fizykoterapeuty)	limit 10 wizyt 60-minutowych
Usługi transportowe (na skierowanie lekarskie)	
Transport do i z placówki medycznej do i z miejsca pobytu Ubezpieczonego	do 500 zł
Pomoc psychologa	
e-sesje terapeutyczne z psychologiem	5 e-sesji terapeutycznych z psychologiem, każda po 60 minut

VII. UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW PRZY PRACY PRZEDSIĘBIORCY (NNWP)

Co rozumiemy przez użyte poniżej pojęcia?

(wszystkie pojęcia znajdziesz w rozdziale XI pkt 11)

czasowa niezdolność do pracy – trwająca nieprzerwanie co najmniej 14 dni, potwierdzona zwolnieniem lekarskim czasowa niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania działalności zarobkowej, spowodowana zarejestrowanym w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy;

nieszczęśliwy wypadek: na potrzeby ubezpieczenia NNWP – nagłe zdarzenie powstałe w okresie naszej odpowiedzialności, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego, które nastąpiło w związku z pracą;

1. Co ubezpieczamy?

Ubezpieczamy następstwa nieszczęśliwego wypadku właściciela samochodu osobowego, terenowego lub ciężarowego o dopuszczalnej masie całkowitej (DMC) do 3,5 tony lub korzystającego z niego w ramach umowy leasingu lub umowy najmu długoterminowego (tj. umowy najmu zawartej na okres co najmniej 12 miesięcy), prowadzących działalność gospodarczą w formie jednoosobowej lub będących wspólnikami spółki cywilnej.

2. Jaki jest zakres ubezpieczenia?

2.1. Zakres ubezpieczenia obejmuje czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego będącą następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie naszej odpowiedzialności.

2.2. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje roszczeń z tytułu:

- zadośćuczynienia za doznaną krzywdę;
- odszkodowania za poniesione straty materialne, wynikające z utraty lub uszkodzenia rzeczy należących do Ubezpieczonego;
- utrąconych korzyści Ubezpieczonego;
- kosztów leczenia i rehabilitacji.

2.3. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy nieszczęśliwe wypadki zaistniałe na świecie.

3. Suma ubezpieczenia

3.1. Suma ubezpieczenia wynosi 8000 zł.

3.2. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę naszej odpowiedzialności dla każdej szkody Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia.

4. Za co nie odpowiadamy?

4.1. Nie odpowiadamy za następstwa nieszczęśliwych wypadków powstałe wskutek:

- chorób, nawet takich, które występują nagle, w szczególności wskutek zawału serca lub udaru mózgu;
- zażycia przez Ubezpieczonego leków niezaleconych przez lekarza;
- pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
- usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
- usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa lub dokonania przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- wykonywania przez Ubezpieczonego pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych prawem powszechnie obowiązującym, bądź z naruszeniem przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy;
- uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba że było to leczenie bezpośrednich następstw wypadku przy pracy;
- wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony, z wyjątkiem następujących przypadków gdy Ubezpieczony:
 - przebywał jako pasażer lub członek załogi na pokładzie samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
 - należał do personelu medycznego opiekującego się chorym w trakcie transportu;
- świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że udział Ubezpieczonego w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- uprawiania sportu w sposób zorientowany na uzyskanie maksymalnych wyników (sportu wyczynowego) lub w celach zarobkowych (sportu zawodowego) przez Ubezpieczonego, w tym treningów;
- udziału Ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia, przez które rozumie się: narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarstwo, gdy dyscypliny

te uprawiane są poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczkę górską lub skałkową wymagającą użycia specjalistycznego sprzętu, speleologię, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi, rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego.

4.2. Pozostałe wyłączenia naszej odpowiedzialności w ubezpieczeniu NNWP znajdziesz w rozdziale XI pkt 5.

5. Jakie są obowiązki, gdy powstanie szkoda?

W razie zaistnienia wypadku Ty lub Ubezpieczony macie obowiązek:

- w miarę możliwości i dostępnych środków – zapobiec zwiększeniu się szkody;
- powiadomić nas niezwłocznie o wypadku (nie później jednak niż w ciągu 7 dni od wypadku);
- przedstawić nam wskazane przez nas dokumenty, w tym potwierdzenie zgłoszenia wypadku przy pracy w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i dane niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia oraz udzielić wszelkich wymaganych przez nas informacji, wypełnić zgodnie z prawdą przedłożony formularz zgłoszenia szkody i zwrócić go nam we wskazanym terminie;
- umożliwić nam zasięgnięcie informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego, w szczególności u lekarzy prowadzących.

6. W jaki sposób ustalamy wysokość świadczeń?

- Wysokość świadczenia ustalamy po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a czasową niezdolnością do pracy Ubezpieczonego.
 - Wysokość wypłacanego przez nas świadczenia odpowiada sumie ubezpieczenia.
 - Świadczenia z umowy ubezpieczenia wypłacamy Ubezpieczonemu.
 - W przypadku śmierci Ubezpieczonego wypłacamy świadczenie:
 - osobie lub osobom wskazanym przez Ubezpieczonego jako uprawnione do otrzymania świadczenia;
 - w przypadku braku osób wymienionych w lit. a), osobom w następującej kolejności:
 - współmałżonkowi Ubezpieczonego,
 - w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeśli nie ma współmałżonka,
 - w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli nie ma dzieci,
 - jeśli nie ma wyżej wymienionych osób – spadkobiercom Ubezpieczonego, w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym,
- jeśli przedstawią dokument, który stwierdza nabycie spadku, oraz postanowienie sądu dotyczące działu spadku lub umowy działu spadku w zakresie dotyczącym należnego odszkodowania.

VIII. UBEZPIECZENIE ZIELONA KARTA (ZK)

1. Co ubezpieczamy?

- Ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia ZK obejmujemy odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego ZK związaną z posiadaniem pojazdu wskazanego w polisie i zarejestrowanego w Rzeczypospolitej Polskiej za szkody wyrządzone osobom trzecim, powstałe w związku z ruchem tego pojazdu poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, na terytorium państw będących sygnatariuszami Wielostronnego Porozumienia wskazy-

mi w Międzynarodowym Certyfikacie Ubezpieczenia Komunikacyjnego (Zielona Karta).

- Ubezpieczony odpowiada za szkody wyrządzone osobom trzecim w związku z ruchem pojazdu na mocy prawa państwa, na którego terytorium nastąpiło zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową.

2. Suma gwarancyjna

- Suma gwarancyjna mająca zastosowanie do niniejszej umowy odpowiada wysokości sumy gwarancyjnej obowiązującej w kraju miejsca zdarzenia, jednak nie może być niższa niż suma gwarancyjna obowiązująca w obowiązkowym ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych (OC), wskazana w polisie.
- Jeżeli suma gwarancyjna, przewidziana prawem miejsca zdarzenia, jest niższa od sumy gwarancyjnej ustalonej w umowie ubezpieczenia lub warunki przewidziane prawem miejsca zdarzenia mają węższy zakres niż warunki ustalone w umowie ubezpieczenia, pokrywamy zobowiązanie do limitów i w zakresie warunków przewidzianych w regulacjach prawnych państwa, na którego terytorium miało miejsce zdarzenie, najwyżej jednak do sumy gwarancyjnej i w zakresie warunków określonych w niniejszej umowie ubezpieczenia.

3. Zawarcie umowy ubezpieczenia

- Umowę ubezpieczenia ZK zawiera się na okres nie krótszy niż 15 dni i nie dłuższy niż 12 miesięcy.
- Zawarcie umowy ubezpieczenia ZK potwierdzamy polisą oraz Międzynarodową Kartą Ubezpieczenia Samochodowego (Zielona Karta).
- W przypadku utraty lub zniszczenia dokumentów ubezpieczenia, o których mowa w pkt 3.2, wystawimy na wniosek Ubezpieczonego ZK lub innej osoby przez niego upoważnionej nowe dokumenty ubezpieczenia na czas nieprzekraczający okresu ubezpieczenia, wynikający z zawartej umowy ubezpieczenia.

4. Czas trwania odpowiedzialności

- Jeżeli nie umówiono się inaczej, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od daty podanej w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż po opłaceniu składki lub jej pierwszej raty i z chwilą przekroczenia przez pojazd granicy państwa, na terytorium którego wymagane jest posiadanie ubezpieczenia ZK.
- Ochrona ubezpieczeniowa kończy się z chwilą przekroczenia przez pojazd granicy państwa, na terytorium którego nie jest wymagane posiadanie ubezpieczenia ZK.
- Nasza odpowiedzialność wygasa z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia ZK.
- Umowa ubezpieczenia ZK ulega rozwiązaniu jednocześnie z chwilą rozwiązania umowy obowiązującego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych zawartej przez Ciebie z nami.

5. Jakie są obowiązki Ubezpieczonego ZK?

- Kierowca poza granicami Polski ma obowiązek posiadać dokumenty ubezpieczenia i okazywać je na każde żądanie organów kontrolnych.
- Nie odpowiadamy za skutki nieokazania dokumentów ubezpieczenia (w tym Zielonej Karty) organom kontrolnym podczas wjazdu, przebywania kierującego na terytorium państw wymienionych w dokumencie ubezpieczenia i wyjazdu z terytorium tych państw.
- Po zaistnieniu wypadku Ubezpieczony ZK ma obowiązek:
 - udzielić – w miarę możliwości i dostępnych środków – pomocy ofiarom wypadku;
 - zapewnić – w miarę możliwości i dostępnych środków – bezpieczeństwo ruchu w miejscu wypadku oraz zapobiec zwiększeniu się szkody;
 - starać się – w miarę możliwości i dostępnych środków – zebrać dowody pozwalające na ustalenie okoliczności wypadku oraz rodzaju i rozmiarów szkody;

- d) udzielić osobom poszkodowanym niezbędnych informacji koniecznych do identyfikacji nas jako ubezpieczyciela, łącznie z podaniem danych dotyczących zawartej umowy ubezpieczenia;
 - e) w razie zderzenia z innym pojazdem mechanicznym ustalić, w miarę możliwości, nazwę zakładu ubezpieczeń, z którym posiadacz pojazdu zawarł umowę ubezpieczenia OC;
 - f) powiadomić policję o wypadku z ofiarami w ludziach oraz o wypadku powstałym w okolicznościach, które nasuwają przypuszczenie, że popełniono przestępstwo;
 - g) niezwłocznie powiadomić nas o zajściu zdarzenia objętego umową ubezpieczenia;
 - h) przedstawić nam dokumenty i dane niezbędne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości odszkodowania;
 - i) udzielić wszelkich wymaganych przez nas informacji, wypełnić zgodnie z prawdą formularz zgłoszenia szkody i zwrócić go nam niezwłocznie.
- 5.4. Ubezpieczony ZK nie może bez naszej zgody podejmować żadnych zobowiązań w stosunku do osób zgłaszających roszczenia ani też składać żadnych oświadczeń o przyjęciu odpowiedzialności za wypadek.
- 5.5. Ubezpieczony ZK ma obowiązek niezwłocznie nas zawiadomić, jeśli poszkodowany wystąpi wobec niego na drogę sądową z roszczeniem o odszkodowanie.
- 5.6. Jeśli prawo miejsca zdarzenia nie stanowi inaczej, nie pokrywamy kosztów zastępstwa procesowego Ubezpieczonego ZK, ustanowionego w postępowaniu cywilnym bez jego zgody.
- 5.7. Jeśli przeciwko Ubezpieczonemu ZK zostało wszczęte postępowanie karne, karno-administracyjne lub podobne, musi on niezwłocznie nas o tym powiadomić. Nie pokrywamy kosztów ustanowienia obrońcy w postępowaniu karnym prowadzonym przeciwko Ubezpieczonemu ZK, a także jakichkolwiek kar pieniężnych lub grzywn nałożonych na niego.
- 5.8. Jeśli Ubezpieczony ZK z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełnił któregośkolwiek z obowiązków wymienionych w pkt od 5.1 do 5.4 i miało to wpływ na ustalenie zakresu odpowiedzialności za zaistnienie zdarzenia objętego ubezpieczeniem lub na zwiększenie rozmiarów szkody, możemy dochodzić od niego zwrotu całości lub części wypłaconego odszkodowania, którego wypłata by nie nastąpiła, gdyby zostały dopełnione ciążące na nim obowiązki.

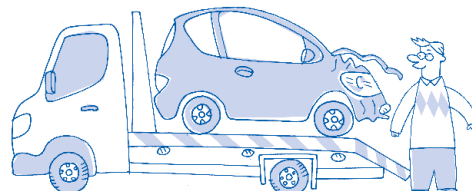
6. W jaki sposób ustalamy odszkodowanie?

- 6.1. Odszkodowanie ustala się i wypłaca w granicach odpowiedzialności cywilnej Ubezpieczonego ZK, określonych przez prawo miejsca zdarzenia, najwyżej jednak do limitów i w zakresie warunków przewidzianych w regulacjach prawnych państwa, na którego terytorium miało miejsce zdarzenie, lub do sumy gwarancyjnej i w zakresie warunków określonych w umowie ubezpieczenia.
- 6.2. Jeżeli poszkodowany i Ubezpieczony ZK są obywatelami Polski i mają w niej miejsce zamieszkania, do określenia zasad i wysokości należnych odszkodowań i świadczeń właściwe jest prawo polskie, o ile prawo miejsca zdarzenia przewiduje taką właściwość lub jeżeli roszczenie zostało zgłoszone w Polsce.

7. Roszczenia zwrotne

- 7.1. Przysługuje nam prawo dochodzenia od Ubezpieczonego (kierowcy) zwrotu wypłaconego odszkodowania, jeżeli ten Ubezpieczony:
 - a) wyrządził szkodę umyślnie, w stanie po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości lub też po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - b) wszedł w posiadanie pojazdu wskutek popełnienia przestępstwa;
 - c) nie posiadał wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem – z wyjątkiem przypadków, gdy chodziło o ratowanie ludzkiego życia lub mienia albo ściganie przestępcy;
 - d) zbiegł z miejsca zdarzenia;
 - e) posługiwał się Zieloną Kartą po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia.

- 7.2. Nasze uprawnienie do dochodzenia zwrotu wypłaconego odszkodowania przysługuje także wówczas, gdy Ubezpieczonemu ZK udowodniono sfałszowanie dokumentu ubezpieczenia.
- 7.3. Przekroczenie przez kierowcę dozwolonej prawem normy stężenia alkoholu we krwi lub w wydychanym powietrzu, fakt znajdowania się pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych oraz uprawnienia do kierowania pojazdem ocenia się według prawa państwa właściwego dla miejsca zdarzenia.



IX. UBEZPIECZENIE ASSISTANCE (Assistance)

Co rozumiemy przez wymienione poniżej pojęcia?
(wszystkie pojęcia znajdziesz w rozdziale XI pkt 11)

awaria – zdarzenie losowe, powodujące unieruchomienie pojazdu, wynikające z przyczyn wewnętrznych pochodzenia mechanicznego, elektrycznego, elektronicznego (w tym awarie alarmu montowanego fabrycznie i niefabrycznie), pneumatycznego lub hydraulicznego;

CAA – Centrum Alarmowe Assistance, to podmiot zajmujący się organizacją i świadczeniem usług określonych w OWUK w zakresie ubezpieczenia Assistance;

hospitalizacja – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny;

lekarz CAA – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana i upoważniona do występowania w imieniu CAA;

nagle zachorowanie – nagły stan chorobowy, zagrażający zdrowiu Ubezpieczonego, który spowodował konieczność udzielenia Ubezpieczonemu natychmiastowej pomocy medycznej, jednakże niewymagający świadczeń pogotowia ratunkowego; dla ubezpieczenia Assistance w wariancie Standard, Premium lub Prestiż stan ten musi powstać w czasie podróży ubezpieczonym pojazdem;

osoba niesamodzielna – osoba zamieszkująca z Ubezpieczonym, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji;

unieruchomienie pojazdu – stan pojazdu, który uniemożliwia dalsze jego używanie na drogach publicznych w sposób bezpieczny lub zgodny z przepisami ruchu drogowego z powodu stanu technicznego, w jakim ten pojazd się znalazł w wyniku zdarzenia assistance; unieruchomienie pojazdu obejmuje sytuacje, kiedy pojazd nie może się poruszać samodzielnie, jak też gdy zostały uszkodzone elementy bezpośrednio wpływające na bezpieczeństwo, w szczególności oświetlenie, hamulce;

unieruchomieniem pojazdu nie jest:

- stan pojazdu uniemożliwiający dalsze jego używanie na drogach publicznych w sposób bezpieczny lub zgodny z przepisami ruchu drogowego, jak też inna niesprawność pojazdu wynikająca z przeładowania pojazdu,
- odstawienie pojazdu do warsztatu naprawczego bez udziału CAA w celu dokonania napraw, w tym wcześniej umówionych, wykonywanie przeglądów i badań technicznych oraz usuwanie ewentualnych usterek wykrytych w czasie ich trwania, a także wykonanie napraw blacharsko-lakierniczych oraz montaż dodatkowego wyposażenia,

– faktyczne uniemożliwienie ruchu pojazdu nieskutkujące powstaniem uszkodzeń technicznych pojazdu;

uszkodzenie ogumienia – brak powietrza w oponie lub oponach – z przyczyn takich jak przebiecie lub wystrzelenie opony lub dętki, niesprawne wentyle, inne przyczyny, z powodu których uchodzi powietrze z opony lub dętki;

zdarzenie assistance – zaistniałe w okresie ochrony ubezpieczeniowej (w zależności od wariantu):

- awaria lub
- wypadek, lub
- kradzież pojazdu, lub
- nagłe zachorowanie, lub
- nieszczęśliwy wypadek, lub
- uszkodzenie ogumienia;

1. Jaki jest zakres ubezpieczenia?

- 1.1. Zakres ubezpieczenia obejmuje zorganizowanie lub zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczenia usług wynikających z poszczególnych wariantów umowy ubezpieczenia Assistance na rzecz Ubezpieczonych w przypadku wystąpienia określonych w OWUK następstw zdarzenia assistance objętego ochroną ubezpieczeniową w związku z korzystaniem z pojazdu wskazanego w polisie w czasie trwania naszej odpowiedzialności, z zastrzeżeniem pkt 1.2.
- 1.2. W przypadku umowy ubezpieczenia Pomoc Medyczna 24 zakres ubezpieczenia obejmuje zorganizowanie lub zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń usług, które są wymagane w związku z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonego (niekonieczne w związku z korzystaniem z pojazdu wskazanego w polisie).

- 1.3. Dostępność poszczególnych świadczeń assistance oraz limity, do wysokości których będą one realizowane, określiliśmy w Tabeli świadczeń i limitów zamieszczonej poniżej. Szczegółowy opis świadczeń assistance umieściliśmy w pkt 2–5.
- 1.4. Świadczenia assistance mogą obejmować pomoc w zakresie przewidzianym następującymi wariantami ubezpieczenia:
 - a) **MINI**,
 - b) **MIDI**,
 - c) **Standard**,
 - d) **Premium**;
 - e) **Prestiż**,
 - f) **Opony**,
 - g) **Samochód zastępczy do 5 dni po wypadku**,
 - h) **Pomoc Medyczna 24**.
- 1.5. Naszą odpowiedzialnością objęte są zdarzenia assistance oraz następstwa tych zdarzeń powstałe na terenie:
 - a) Polski – dla wariantów: **MINI, MIDI, Standard, Opony, Samochód zastępczy do 5 dni i Pomoc Medyczna 24**;
 - b) Polski i pozostałych krajów europejskich, z wyłączeniem Białorusi, Mołdawii i Ukrainy – dla wariantów: **Premium i Prestiż**.
- 1.6. W razie gdy w Tabeli świadczeń i limitów lub opisie świadczeń assistance nie wskazaliśmy limitu na zdarzenie assistance, oznacza to, że pokryjemy koszty świadczenia do wysokości faktycznych kosztów jego realizacji przez Centrum Alarmowe Assistance (CAA).
- 1.7. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia Assistance w więcej niż jednym wariantie limity w nich przewidziane sumują się.
- 1.8. Podane w Tabeli świadczeń i limitów limity w walucie euro przeliczymy na walutę kraju, w którym realizowane jest świadczenie, według średniego kursu złotego ogłaszanego przez NBP w dniu realizacji świadczenia w stosunku do euro i waluty kraju, w którym jest realizowane świadczenie assistance.

Tabela świadczeń i limitów

Użyte w Tabeli świadczeń i limitów skróty oznaczają:

W – wypadek, **A** – awaria, **K** – kradzież samochodu, **NW** – nieszczęśliwy wypadek, **NZ** – nagłe zachorowanie, **UO** – uszkodzenie ogumienia. Ileokroć w Tabeli świadczeń i limitów pojawia się „–”, oznacza to, że dane świadczenie nie przysługuje.

Terytorium, gdzie miało miejsce zdarzenie assistance: **PL** – Polska, **EU** – kraje europejskie z wyłączeniem Białorusi, Mołdawii, Polski i Ukrainy.

Rodzaj świadczenia	Wariant MINI	Wariant MIDI	Wariant Standard	Wariant Premium	Wariant Prestiż
Zakres terytorialny	Polska	Polska	Polska	Polska i pozostałe kraje europejskie	Polska i pozostałe kraje europejskie
Naprawa na miejscu zdarzenia	tak W limit: 300 zł	tak W, A limit: 300 zł	tak W, A limit: PL 600 zł	tak W, A limit: PL 600 zł / EU 500 euro	tak W, A limit: PL 600 zł / EU 500 euro
Holowanie pojazdu	tak W limit: 75 km	tak W, A limit: 75 km	tak W, A limit: 200 km	tak W, A limit: 400 km	tak W, A limit: PL brak limitu / EU 1600 km
Holowanie pojazdu poszkodowanego	tak W	tak W	–	–	–
Holowanie przyczepy	–	–	tak W, A limit 200 km	tak W, A limit 400 km	tak W, A limit: PL brak limitu / EU 1600 km
Samochód zastępczy	–	tak – maks. klasa B A, W, K limit: 2 doby	tak – maks. klasa B W, K – limit: 7 dob A – limit: 4 doby	tak – maks. klasa B W, K – limit: 7 dob A – limit: 4 doby	tak – maks. klasa D W, K – limit: 15 dob A – limit: 7 dob
Transport osób	–	tak W (powyżej 25 km od miejsca zamieszkania)	tak W, A, K (powyżej 25 km od miejsca zamieszkania)	tak W, A, K (powyżej 25 km od miejsca zamieszkania)	tak W, A, K
Nocleg	–	–	tak W, A, K limit: 4 doby (powyżej 25 km od miejsca zamieszkania)	tak W, A, K limit: 4 doby (powyżej 25 km od miejsca zamieszkania)	tak W, A, K limit: 4 doby

Rodzaj świadczenia	Wariant MINI	Wariant MIDI	Wariant Standard	Wariant Premium	Wariant Prestiż
Pomoc przy wymianie koła	–	–	tak UO limit: PL 300 zł lub holowanie do 120 km	tak UO limit: PL 300 zł / EU 150 euro lub holowanie do 120 km	tak UO limit: PL 300 zł / EU 150 euro lub holowanie do 120 km
Pomoc przy otwarciu pojazdu	–	–	tak A limit: PL 300 zł lub holowanie do 200 km	tak A limit: PL 300 zł / EU 150 euro lub holowanie do 200 km	tak A limit: PL 300 zł / EU 150 euro lub holowanie do 200 km
Pomoc w razie braku paliwa	–	–	tak	tak	tak
Pomoc w razie zatankowania niewłaściwego paliwa lub zamarznięcia paliwa	–	–	tak A limit: 200 km	tak A limit: 200 km	tak A limit: 200 km
Parkowanie pojazdu	–	–	tak W, A limit: 4 doby (powyżej 25 km od miejsca zamieszkania)	tak W, A limit: 4 doby (powyżej 25 km od miejsca zamieszkania)	tak W, A limit: 4 doby
Odbiór pojazdu po naprawie	–	–	tak W, A (powyżej 25 km od miejsca zamieszkania)	tak W, A (powyżej 25 km od miejsca zamieszkania)	tak W, A
Kierowca zastępczy	–	–	tak NW, NZ (powyżej 25 km od miejsca zamieszkania)	tak NW, NZ (powyżej 25 km od miejsca zamieszkania)	tak NW, NZ
Złomowanie pojazdu	–	–	–	tak W, A, K	tak W, A, K
Dostarczenie części zamiennych	–	–	–	tak W, A	tak W, A
Natychmiastowa pomoc medyczna	–	–	tak NW, NZ	tak NW, NZ	tak NW, NZ
Hospitalizacja	–	–	–	tak NW limit: 1200 euro	tak NW limit: 1200 euro
Repatriacja	–	–	–	tak NW	tak NW
Przewóz medyczny	–	–	tak	tak	tak
Wizyta osoby bliskiej	–	–	–	tak NW (powyżej 25 km od miejsca zamieszkania)	tak NW
Dostarczenie leków	–	–	–	tak	tak
Opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi	–	–	tak NW	tak NW	tak NW
Transport zwłok	–	–	–	tak NW	tak NW
Tłumacz	–	–	–	tak	tak
Pomoc finansowa	–	–	–	tak K limit: EU 500 euro (pożyczka podlega zwrotowi)	tak K limit: EU 500 euro (pożyczka podlega zwrotowi)
Ochrona prawna za granicą	–	–	–	tak W limit: honorarium prawnika – 2000 euro, pożyczka zwrotna – 2000 euro	tak W limit: honorarium prawnika – 2000 euro, pożyczka zwrotna – 2000 euro
Pomoc administracyjna	–	–	–	tak	tak
Pomoc informacyjna	tak	tak	tak	tak	tak
Przewóz, opieka i leczenie zwierzęcia domowego	–	W limit: przewóz zwierzęcia – 400 zł, leczenie – 1000 zł	–	–	–

2. Opis świadczeń assistance

W przypadku zdarzenia assistance określonego w Tabeli świadczeń i limitów zorganizujemy, za pośrednictwem Centrum Alarmowego Assistance, opisane poniżej świadczenia do wysokości limitów określonych w tej tabeli.

2.1. Naprawa na miejscu zdarzenia

- a) CAA zorganizuje i pokryje koszty naprawy pojazdu unieruchomionego w wyniku zdarzenia assistance w zakresie niezbędnym do kontynuowania jazdy, o ile będzie to możliwe na miejscu zdarzenia.
- b) O możliwości naprawy na miejscu zdarzenia decyduje obecny na miejscu przedstawiciel CAA.
- c) Pokryte zostaną wyłącznie koszty dojazdu i robocizny przedstawiciela CAA (z wyłączeniem kosztów części lub materiałów użytych do naprawy).

2.2. Holowanie pojazdu

- a) CAA zorganizuje i pokryje koszty holowania pojazdu unieruchomionego w wyniku zdarzenia assistance, jeżeli nie jest możliwe dokonanie jego naprawy na miejscu zdarzenia, do miejsca wskazanego przez kierowcę. Jeśli unieruchomiony w wyniku zdarzenia assistance pojazd ciągnął przyczepę, CAA zorganizuje i pokryje także koszty holowania przyczepy do tego samego miejsca, do którego holowany będzie pojazd.
- b) W wariancie **Prestiż** holowanie pojazdu odbywa się bez limitu, pod warunkiem że zdarzenie assistance powstało na terytorium Polski i holowanie odbywa się na terenie Polski.
- c) Jeżeli holowanie pojazdu do warsztatu odbywa się poza godzinami pracy tego warsztatu i pojazd został przetransportowany na parking, Ubezpieczonemu przysługuje drugie holowanie pojazdu do warsztatu w ramach jednego zdarzenia assistance, z zastrzeżeniem że limit kilometrowy wskazany w Tabeli świadczeń i limitów obowiązuje łącznie dla obu holowań.
- d) Warunkiem realizacji świadczenia holowania pojazdu jest podpisanie przez Ubezpieczonego protokołu przekazania pojazdu.
- e) W przypadkach awarii CAA zorganizuje i pokryje koszty tego świadczenia dla maksymalnie trzech takich zdarzeń w okresie ubezpieczenia.

2.3. Holowanie pojazdu uszkodzanego

- a) Jeżeli kierowca pojazdu ubezpieczonego u nas w zakresie ubezpieczenia OC jest sprawcą wypadku, a pojazd uszkodzany został w związku z tym wypadkiem unieruchomiony, CAA zorganizuje i pokryje koszt holowania tego pojazdu.
- b) Świadczenie realizowane jest na wniosek osoby uszkodzanej, do wskazanego przez nią miejsca na terenie Polski.
- c) Warunkiem realizacji świadczenia holowania pojazdu jest podpisanie oświadczenia przez kierowcę pojazdu ubezpieczonego u nas w zakresie ubezpieczenia OC, że był sprawcą wypadku.

2.4. Holowanie przyczepy

- a) CAA zorganizuje i pokryje koszty holowania przyczepy ciągniętej przez ubezpieczonego pojazd, unieruchomionej w wyniku zdarzenia assistance, jeżeli nie jest możliwe dokonanie jej naprawy na miejscu zdarzenia, do miejsca wskazanego przez kierowcę.
- b) W wariancie **Prestiż** holowanie przyczepy odbywa się bez limitu, pod warunkiem że zdarzenie assistance powstało na terytorium Polski i holowanie odbywa się na terenie Polski.
- c) Jeżeli holowanie przyczepy do warsztatu odbywa się poza godzinami pracy tego warsztatu i przyczepa została przetransportowana na parking, Ubezpieczonemu przysługuje drugie holowanie przyczepy do warsztatu w ramach jednego zdarzenia assistance, z zastrzeżeniem że limit kilometrowy wskazany w Tabeli świadczeń i limitów obowiązuje łącznie dla obu holowań.
- d) Warunkiem realizacji świadczenia holowania przyczepy jest podpisanie przez Ubezpieczonego protokołu przekazania przyczepy.

- e) W przypadkach awarii CAA zorganizuje i pokryje koszty tego świadczenia dla maksymalnie trzech takich zdarzeń w okresie ubezpieczenia.

2.5. Samochód zastępczy

- a) CAA zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia, wynajmu i odbioru samochodu zastępczego, jeżeli w wyniku zdarzenia assistance nastąpiło unieruchomienie pojazdu lub pojazd został skradziony i zgodnie z ustaleniami CAA pojazd nie zostanie naprawiony w dniu zgłoszenia zdarzenia lub w przypadku kradzieży, gdy pojazd nie został odnaleziony, z zastrzeżeniem lit. d).
- b) Warunkiem skorzystania przez Ubezpieczonego ze świadczenia Samochód zastępczy jest:
 - i) wcześniejsze wykonanie świadczenia holowania pojazdu, o którym mowa w pkt 2.2, z zastrzeżeniem lit. d),
 - ii) umożliwienie CAA monitorowania przebiegu naprawy pojazdu w warsztacie,
 - iii) w przypadku kradzieży pojazdu lub jego elementów – uprzednie dostarczenie do CAA pisemnej notatki policji potwierdzającej zgłoszenie kradzieży,
 - iv) pisemne wyrażenie zgody na warunki korzystania z samochodu zastępczego, określone przez podmiot wynajmujący samochód na zlecenie CAA, w tym wpłacenie przez Ubezpieczonego kaucji albo dokonanie blokady środków na karcie kredytowej, w wysokości określonej przez podmiot wynajmujący pojazd,
 - v) korzystanie z samochodu zastępczego jedynie na terytorium kraju, w którym samochód zastępczy został wynajęty.
- c) Samochód zastępczy przysługuje począwszy od dnia, w którym przekazano samochód zastępczy, do dnia zakończenia naprawy unieruchomionego pojazdu albo odzyskania skradzionego pojazdu, jednakże nie dłużej niż przez niepodzielny okres wskazany w Tabeli świadczeń i limitów.
- d) W związku z jednym zdarzeniem assistance, z jednej umowy ubezpieczenia, przysługuje tylko jeden samochód zastępczy.
- e) W ramach świadczenia Samochód zastępczy CAA zorganizuje i pokryje koszty związane z wynajmem samochodu o klasie odpowiadającej klasie pojazdu wskazanego w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że wyboru samochodu zastępczego dokonuje CAA w zależności od lokalnych możliwości oraz że najwyższą możliwą klasą samochodu zastępczego w wariantach **MIDI**, **Standard** i **Premium** jest klasa B, a w wariancie **Prestiż** – D.
- f) Zakres naszej odpowiedzialności nie obejmuje kosztów paliwa i innych materiałów eksploatacyjnych, ubezpieczeń dobrowolnych i innych opłat dodatkowych.
- g) Ubezpieczony jest zobowiązany zwrócić samochód zastępczy podmiotowi wynajmującemu najpóźniej w dniu upływu okresu wynajmu, w takim samym stanie (szczególnie z tym samym poziomem paliwa i z tym samym wyposażeniem), w jakim go otrzymał.
- h) Samochód zastępczy może zostać zwrócony przez Ubezpieczonego w innym miejscu niż miejsce jego przedstawienia, pod warunkiem że podmiot wynajmujący posiada w danym czasie czynną placówkę w województwie, w którym nastąpi zwrot samochodu zastępczego. W takiej sytuacji Ubezpieczony zobowiązany jest, nie później niż na 1 dzień przed datą planowanego zwrotu samochodu, ustalić z CAA dokładne miejsce, czas i sposób przekazania samochodu zastępczego podmiotowi wynajmującemu.
- i) Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie informować CAA o fakcie zakończenia naprawy albo odnalezienia po kradzieży pojazdu objętego ochroną.
- j) Niedopełnienie przez Ubezpieczonego wyżej wymienionych obowiązków, wprowadzenie w błąd CAA lub podmiotu wynajmującego, względnie używanie samochodu zastępczego niezgodnie z jego przeznaczeniem lub korzystanie z niego niezgodnie z warunkami określonymi przez podmiot wynajmujący w umowie najmu samochodu zastępczego, będzie się wiązać z koniecznością pokrycia przez Ubezpieczonego wynikających z tego dodatkowych kosztów.

- k) W przypadkach awarii CAA zorganizuje i pokryje koszty tego świadczenia dla maksymalnie trzech takich zdarzeń w okresie ubezpieczenia.

2.6. Transport osób

- a) CAA zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonych w razie unieruchomienia pojazdu w wyniku zdarzenia assistance albo w przypadku kradzieży pojazdu.
- b) Świadczenie jest realizowane do miejsca zamieszkania kierowcy albo do pierwotnego celu podróży, pod warunkiem że odległość do tego celu nie jest większa niż odległość do miejsca zamieszkania kierowcy. Świadczenie realizowane jest w sposób uzgodniony przez CAA z Ubezpieczonym.
- c) W stosunku do wszystkich Ubezpieczonych realizowane jest jedno świadczenie określone w lit. a). O wyborze świadczenia decyduje kierowca, a w razie braku możliwości podjęcia decyzji przez kierowcę – pasażerowie.
- d) Świadczenie jest realizowane pod warunkiem, że niemożliwa jest naprawa pojazdu na miejscu zdarzenia i w przypadku awarii lub wypadku wykonane zostało świadczenie holowania pojazdu, o którym mowa w pkt 2.2, oraz zgodnie z informacjami uzyskanymi przez CAA pojazd nie może być naprawiony w danym dniu, albo w przypadku kradzieży pojazdu.
- e) W wariantach **Standard** i **Premium** świadczenie jest realizowane pod warunkiem, że zdarzenie assistance, w wyniku którego pojazd został unieruchomiony, miało miejsce w odległości większej niż 25 km od miejsca zamieszkania kierowcy.
- f) W przypadku gdy, stosownie do pkt 2.5 i 2.6, świadczenie Transportu osób nie przysługuje, a w następstwie zdarzenia assistance pojazd został unieruchomiony, CAA, z zastrzeżeniem pkt 2.2 i 2.3, zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonych taksówką do kwoty 100 zł (na terytorium Polski) albo 100 euro (za granicą) na jedno zdarzenie.

2.7. Nocleg

- a) CAA zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonych do najbliższego hotelu o standardzie trzygwiazdkowym oraz noclegu w przypadku unieruchomienia pojazdu w wyniku zdarzenia assistance – jeśli z informacji uzyskanych przez CAA wynika, że naprawa nie będzie dokonana danego dnia – albo w przypadku kradzieży pojazdu.
- b) Usługa zorganizowania i opłacenia noclegu przysługuje przez okres niezbędny do naprawy pojazdu albo do czasu odzyskania pojazdu po kradzieży lub zrealizowania świadczenia określonego w pkt 2.5 lub 2.6.
- c) Usługa zorganizowania i opłacenia noclegu nie pokrywa kosztów wyżywienia (z wyjątkiem śniadania, jeżeli jest w cenie noclegu), baru, telefonu oraz innych dodatkowych usług związanych z pobytem Ubezpieczonych w hotelu.
- d) W wariantach **Standard** i **Premium** świadczenie jest realizowane pod warunkiem, że zdarzenie assistance miało miejsce w odległości większej niż 25 km od miejsca zamieszkania kierowcy.

2.8. Pomoc przy wymianie koła

- a) CAA w przypadku uszkodzenia ogumienia zorganizuje i pokryje koszty:
 - i) wymiany lub naprawy koła na miejscu zdarzenia, jeśli pojazd jest wyposażony w sprawne koło zapasowe lub zestaw naprawczy (obejmujące wyłącznie koszty dojazdu i robocizny mechanika), albo
 - ii) holowania pojazdu do najbliższego warsztatu wulkanizacyjnego w przypadku niemożności wymiany lub naprawy koła na miejscu zdarzenia.
- b) Koszty te nie obejmują kosztów naprawy w warsztacie wulkanizacyjnym ani części i materiałów użytych do naprawy.

2.9. Pomoc przy otwarciu pojazdu

- a) CAA w przypadku utraty kluczyków, sterowników lub innych urządzeń służących do otwarcia i uruchomienia pojazdu (lub ich zatrzęsnięcia w pojeździe) zorganizuje i pokryje koszty:
 - i) otwarcia pojazdu albo

- ii) dostarczenia ustalonego rodzaju baterii, albo drugiego kompletu kluczyków z miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego, albo
- iii) holowania pojazdu do najbliższego warsztatu, w którym możliwe będzie otwarcie i uruchomienie pojazdu lub dorożenie kluczyków lub sterowników.

- b) Usługi określone powyżej zostaną wykonane pod warunkiem przedstawienia przedstawicielowi CAA dowodu rejestracyjnego pojazdu.

2.10. Pomoc w razie braku paliwa

- a) CAA w razie braku paliwa (w przypadku pojazdów elektrycznych – rozładowania akumulatora) zorganizuje i pokryje koszty:
 - i) dowiezienia paliwa w ilości wystarczającej na dojechanie pojazdu do najbliższej stacji paliw (koszty dojazdu, z wyłączeniem kosztów paliwa), albo
 - ii) holowania pojazdu do najbliższej stacji paliw (w przypadku pojazdów elektrycznych – do najbliższej stacji ładowania).
- b) Świadczenie nie obejmuje kosztów zakupu paliwa lub energii elektrycznej.

2.11. Pomoc w razie zatankowania niewłaściwego paliwa lub zamarznięcia paliwa

- a) CAA zorganizuje i pokryje koszty holowania pojazdu do najbliższego czynnego warsztatu partnerskiego lub innego warsztatu danej marki, jeśli przyczyną unieruchomienia pojazdu jest zatankowanie niewłaściwego paliwa lub zamarznięcie paliwa.
- b) Pokrycie kosztów nie obejmuje kosztów naprawy, czyszczenia zbiornika i zakupu paliwa.

2.12. Parkowanie pojazdu

- a) CAA zorganizuje i pokryje koszty parkowania na parkingu strzeżonym pojazdu unieruchomionego w następstwie zdarzenia assistance, w przypadku gdy nie ma możliwości zorganizowania holowania pojazdu na zasadach określonych w pkt 2.2.
- b) Pokrycie kosztów parkowania nastąpi za okres niezbędny do wykonania usługi holowania pojazdu.
- c) W wariantach **Standard** i **Premium** świadczenie jest realizowane pod warunkiem, że zdarzenie assistance miało miejsce w odległości większej niż 25 km od miejsca zamieszkania kierowcy.

2.13. Odbiór pojazdu po naprawie

- a) CAA zorganizuje i pokryje koszty odbioru z warsztatu naprawionego po wypadku lub awarii pojazdu, pod warunkiem że zakończenie naprawy nastąpiło po upływie 24 godzin od chwili zgłoszenia zdarzenia do CAA.
- b) Realizacja świadczenia odbioru pojazdu po naprawie polega na (według wyboru Ubezpieczonego):
 - i) dostarczeniu pojazdu przez kierowcę zastępczego pod wskazany przez Ubezpieczonego adres, jednak na odległość nie większą niż do miejsca początku lub celu podróży, w trakcie której nastąpiło unieruchomienie pojazdu,
 - ii) holowaniu pojazdu pod wskazany przez Ubezpieczonego adres, jednak na odległość nie większą niż do miejsca początku lub celu podróży, w trakcie której nastąpiło unieruchomienie pojazdu,
 - iii) zwrocie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów związanych z osobistym odbiorem przez Ubezpieczonego pojazdu, pod warunkiem uzyskania wcześniejszej zgody i zaakceptowaniu kosztów przez CAA.
- c) W wariantach **Standard** i **Premium** świadczenie jest realizowane pod warunkiem, że awaria miała miejsce w odległości większej niż 25 km od miejsca zamieszkania kierowcy.

2.14. Kierowca zastępczy

- a) CAA zorganizuje i pokryje koszty usługi kierowcy zastępczego w sytuacji, gdy:
 - i) kierowca ubezpieczonego pojazdu zmarł albo ze względów zdrowotnych, tj. hospitalizacji kierowcy, która jak ustalono po konsultacji z lekarzem prowadzącym, będzie trwała powyżej 4 dni, nie może prowadzić pojazdu, oraz

- ii) żaden z pasażerów nie posiada prawa jazdy lub nie może aktualnie prowadzić pojazdu i nie może go zastąpić.
- b) Usługa Kierowcy zastępczego jest świadczona nie dalej niż:
 - i) do pierwotnie planowanego celu podróży albo
 - ii) miejsca zamieszkania kierowcy w Polsce,
 - iii) albo do innego miejsca na terytorium Polski,
 w zależności od tego, które z tych miejsc znajduje się bliżej miejsca zdarzenia assistance. Pasażerowie i kierowca są przewożeni w jedno i to samo miejsce.
- c) W wariantach **Standard** i **Premium** świadczenie jest realizowane pod warunkiem, że zdarzenie assistance miało miejsce w odległości większej niż 25 km od miejsca zamieszkania kierowcy.

2.15. Złomowanie pojazdu

CAA na pisemny wniosek Ubezpieczonego i po udostępnieniu przez niego dokumentów niezbędnych do wykonania usługi w świetle obowiązujących przepisów prawa zorganizuje i pokryje koszty złomowania pojazdu, który uległ uszkodzeniu całkowitemu w wyniku zdarzenia assistance za granicą.

2.16. Dostarczenie części zamiennych

- a) W przypadku naprawy ubezpieczonego pojazdu za granicą i niedostępności koniecznych do naprawy części zamiennych w kraju, gdzie jest dokonywana naprawa, CAA zorganizuje dostarczenie części zamiennych do miejsca naprawy.
- b) Pokrycie kosztów nie obejmuje kosztu części zamiennych, kosztów transportu oraz niezbędnych kosztów celnych i skarbowych, które zobowiązany jest ponieść Ubezpieczony.

2.17. Natychmiastowa pomoc medyczna

CAA w razie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania Ubezpieczonego w trakcie podróży zorganizuje i pokryje koszty:

- a) udzielenia telefonicznej informacji medycznej,
- b) pierwszej wizyty lekarskiej.

2.18. Hospitalizacja

- a) CAA w razie nieszczęśliwego wypadku za granicą zorganizuje i pokryje koszty hospitalizacji Ubezpieczonego w placówce medycznej w kraju, w którym doszło do wypadku, gdy w opinii lekarza CAA, po konsultacji z lekarzem prowadzącym, konieczna jest hospitalizacja Ubezpieczonego za granicą Polski, a stan zdrowia Ubezpieczonego nie pozwala na przewiezienie go do Polski.
- b) Świadczenie realizowane jest przez czas niezbędny do tego, aby stan zdrowia Ubezpieczonego pozwalał na przewiezienie go do Polski, jednak koszt hospitalizacji nie może przekroczyć limitu określonego w Tabeli świadczeń limitów.
- c) Pokrycie kosztów hospitalizacji obejmuje koszt pobytu Ubezpieczonego w placówce medycznej oraz konieczne czynności, leki i zabiegi do wykonania.
- d) O wyborze placówki medycznej decyduje lekarz CAA, po konsultacji z lekarzem prowadzącym.
- e) Niezastosowanie się przez Ubezpieczonego do decyzji lekarza CAA lub samowolne podejmowanie decyzji sprzecznych z zaleceniami lekarza CAA lub lekarza prowadzącego pociąga za sobą utratę prawa do świadczenia.

2.19. Repatriacja

- a) CAA zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonych (pasażerów) w sytuacji, gdy w wyniku wypadku za granicą kierowca zmarł lub został hospitalizowany, a hospitalizacja, po konsultacji z lekarzem prowadzącym, będzie trwała dłużej niż 4 dni.
- b) Świadczenie jest realizowane poprzez zorganizowanie i pokrycie kosztów podróży pociągiem lub samolotem, jeśli podróż pociągiem trwałaby dłużej niż 8 godzin, oraz taksówką na dworzec lub lotnisko oraz z dworca lub lotniska.
- c) Świadczenie jest realizowane pod warunkiem, że żaden z pasażerów nie posiada prawa jazdy lub nie może prowadzić pojazdu.

2.20. Przewóz medyczny

- a) CAA zorganizuje, zgodnie z pisemnymi zaleceniami lekarza prowadzącego, i pokryje koszty transportu medycznego do

najbliższej placówki medycznej w stosunku do miejsca zdarzenia assistance lub placówki medycznej znajdującej się na terytorium Polski, zapewniającej możliwość leczenia Ubezpieczonego (położonej możliwie najbliżej miejsca zamieszkania Ubezpieczonego).

- b) Świadczenie przysługuje, gdy w opinii lekarza CAA, po konsultacji z lekarzem prowadzącym, konieczna jest hospitalizacja Ubezpieczonego w wyniku zdarzenia assistance.
- c) Świadczenie realizowane jest środkiem transportu wybranym przez lekarza CAA, w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.
- d) Niezastosowanie się przez Ubezpieczonego do decyzji lekarza CAA lub samowolne podejmowanie decyzji sprzecznych z zaleceniami lekarza CAA lub lekarza prowadzącego pociąga za sobą utratę prawa do świadczenia.

2.21. Wizyta osoby bliskiej

- a) CAA zorganizuje i pokryje koszty wizyty jednej osoby bliskiej dla Ubezpieczonego, jeśli ten w wyniku zdarzenia assistance, które miało miejsce za granicą, jest hospitalizowany, tj.:
 - i) podróży osoby bliskiej do miejsca hospitalizacji Ubezpieczonego środkami komunikacji publicznej, oraz
 - ii) noclegu osoby bliskiej w hotelu o standardzie trzygwiazdkowym, położonym możliwie najbliżej miejsca hospitalizacji Ubezpieczonego, do czasu wypisania Ubezpieczonego ze szpitala, nie dłużej jednak niż przez 10 dni.
- b) Świadczenie nie obejmuje innych kosztów niż koszt podróży i noclegu.
- c) Świadczenie realizowane jest pod warunkiem, że w następstwie zdarzenia assistance Ubezpieczony jest hospitalizowany w odległości większej niż 25 km od miejsca jego zamieszkania, a w ocenie lekarza CAA, po konsultacji z lekarzem prowadzącym, hospitalizacja będzie trwała dłużej niż 5 dni.

2.22. Dostarczenie leków

- a) CAA zorganizuje i pokryje koszt dostarczenia Ubezpieczonemu przebywającemu za granicą niezbędnych lekarstw przepisanych przez lekarza, w sytuacji ich niedostępności w kraju przebywania.
- b) Świadczenie nie obejmuje kosztów zakupu leków.

2.23. Opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi

- a) CAA, w sytuacji gdy w wyniku wypadku dzieci, które nie ukończyły 15 lat lub osoby niesamodzielne, zostały pozbawione opieki podróżujących z nimi osób dorosłych, zorganizuje i pokryje koszty:
 - i) przewozu (środkami komunikacji publicznej, w towarzystwie osoby uprawnionej przez CAA) dzieci lub osób niesamodzielnych do osoby wskazanej przez Ubezpieczonego, przebywającej na terytorium Polski, oraz podróży powrotnej, albo
 - ii) przewozu (środkami komunikacji publicznej) osoby wskazanej przez Ubezpieczonego do opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi z miejsca jej pobytu w Polsce do miejsca zamieszkania dzieci lub osób niesamodzielnych.
- b) Ubezpieczony zobowiązany jest do udzielenia CAA pełnej informacji, jeśli opieka nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi wymaga specjalnego postępowania (np. cierpią one na choroby przewlekłe lub wymagają rehabilitacji) oraz jeśli przyjmują one leki lub znajdują się na specjalnej diecie.

2.24. Transport zwłok

- a) CAA zorganizuje i pokryje koszty czynności związanych z przewiezieniem zwłok lub prochów Ubezpieczonego do miejsca jego pochówku w Polsce, jeśli do śmierci Ubezpieczonego doszło na skutek wypadku, który miał miejsce za granicą.
- b) Świadczenie nie obejmuje pokrycia wydatków związanych z kremacją, pogrzebem i pochówkiem.

2.25. Tłumacz

CAA zorganizuje telefoniczną pomoc językową w rozmowach Ubezpieczonego z obcokrajowcami, związanych ze zdarzeniem assistance (tłumaczenie z języka polskiego na język angielski oraz z języka angielskiego na język polski).

2.26. Pomoc finansowa

- a) CAA udzieli Ubezpieczonemu nieoprocentowanej pożyczki środków pieniężnych (do wysokości określonej w Tabeli świadczeń i limitów) w przypadku, jeśli za granicą skradziony został ubezpieczony pojazd jednocześnie z kartami płatniczymi, gotówką, czekami podróżnymi lub bagażem.
- b) CAA udzieli pożyczki po przedłożeniu przez Ubezpiezonego zaświadczenia o zgłoszeniu utraty wyżej wymienionych przedmiotów odpowiednim władzom oraz udzieleniu gwarancji zwrotu pożyczki w postaci uzgodnionej z Ubezpieczonym.
- c) Ubezpieczony zobowiązany jest zwrócić CAA kwotę pożyczki w pełnej wysokości w terminie 60 dni od daty przelewu środków do dyspozycji Ubezpiezonego. Przeliczenie pożyczki na polskie złote następuje według obowiązującego w dniu dokonywania jej zwrotu kursu średniego walut obcych ustalonego przez NBP.

2.27. Ochrona prawna za granicą

- a) CAA zorganizuje i pokryje koszty:
 - i) pomocy prawnej w postępowaniu sądowym profesjonalnego pełnomocnika reprezentującego Ubezpiezonego, kierującego pojazdem w chwili wypadku, oraz
 - ii) udzieli nieoprocentowanej pożyczki środków pieniężnych na poczet wpłaty kaucji sądowej, opłat proceduralnych lub kar pieniężnych w postępowaniu sądowym, jeżeli będzie ona wymagana.
- b) Świadczenie przysługuje w przypadku, gdy w następstwie wypadku, który miał miejsce za granicą, zachodzi konieczność skorzystania przez Ubezpiezonego z pomocy prawnej.
- c) Świadczenia są realizowane do wysokości sum ubezpieczenia określonych w Tabeli świadczeń i limitów.
- d) Warunkiem otrzymania świadczenia jest:
 - i) potwierdzenie przez konsula RP lub władze lokalne zaistnienia zdarzenia, które to potwierdzenie Ubezpieczony obowiązany jest uzyskać,
 - ii) udzielenie przez Ubezpiezonego CAA zabezpieczenia uzgodnionego z Ubezpieczonym.
- e) Ubezpieczony zobowiązany jest zwrócić CAA kwotę pożyczki w pełnej wysokości w terminie 60 dni od daty przelewu środków do dyspozycji Ubezpiezonego. Przeliczenie pożyczki na polskie złote następuje według obowiązującego w dniu dokonywania jej zwrotu kursu średniego walut obcych ustalonego przez NBP.
- f) CAA nie ponosi odpowiedzialności za wynik działania pełnomocnika świadczącego pomoc prawną.

2.28. Pomoc administracyjna

CAA udzieli informacji o działaniach i formalnościach, jakie Ubezpieczony powinien podjąć w sytuacji utraty dokumentów takich jak: prawo jazdy, dowód rejestracyjny, paszport, dowód osobisty, bilety.

2.29. Pomoc informacyjna

CAA udziela telefonicznej informacji o:

- i) postępowaniu, w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w zakresie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych,
- ii) procedurze zgłaszania szkód, wymaganej dokumentacji i obowiązujących terminach,
- iii) najbliższych podmiotach świadczących usługi pomocy drogowej, wynajmu samochodów, hotelach, stacjach paliw,
- iv) warsztatach partnerskich oraz warsztatach autoryzowanych, w zakresie napraw danej marki pojazdu,
- v) orientacyjnych kosztach paliwa i opłatach drogowych we wskazanym kraju na terenie Europy,
- vi) sytuacji na przejściach granicznych,
- vii) warunkach pogodowych,
- viii) danym zdarzeniu wskazanej przez Ubezpiezonego osobie na terytorium Polski.

2.30. Przewóz, opieka i leczenie zwierzęcia domowego

- a) Obejmujemy ochroną ubezpieczeniową zwierzę domowe przewożone w pojeździe, które w chwili wypadku:
 - i) ukończyło 4 miesiące życia,

ii) jest własnością kierowcy lub pasażera.

- b) CAA udziela telefonicznej informacji o:
 - i) pensjonatach lub hotelach dla zwierząt,
 - ii) najbliższym punkcie weterynaryjnym, klinice dla zwierząt.
- c) CAA, w następstwie wypadku, zorganizuje i pokryje koszty (do wysokości określonych w Tabeli świadczeń i limitów) następujących świadczeń:
 - i) przewozu zwierzęcia domowego z miejsca zdarzenia do innego opiekuna albo do najbliższego punktu weterynaryjnego lub kliniki dla zwierząt,
 - ii) leczenia (zabiegi, operacje i leki w klinice lub przychodni weterynaryjnej) udokumentowanych urazów zwierzęcia domowego odniesionych wskutek wypadku,
 - iii) opieki nad zwierzęciem domowym,
 - iv) utylizacji zwłok zwierzęcia domowego zmarłego na skutek wypadku.

3. Jaki jest zakres ubezpieczenia w wariancie Opony?

3.1. CAA w przypadku uszkodzenia ogumienia zorganizuje i pokryje koszty:

- a) wymiany na miejscu zdarzenia koła lub kół, w których zostały uszkodzone opony lub dętki, na sprawne koło lub koła zapasowe będące na wyposażeniu pojazdu (wyłącznie koszt dojazdu przedstawiciela CAA i robocizny);
- b) holowania pojazdu do wskazanego przez CAA warsztatu, w którym zostanie dokonana naprawa uszkodzonego ogumienia, jeżeli wymiana koła lub kół w miejscu zdarzenia nie będzie możliwa (w ocenie przedstawiciela CAA);
- c) naprawy uszkodzonego ogumienia w warsztacie wskazanym przez CAA (wyłącznie koszt robocizny); albo
- d) wymiany w warsztacie wskazanym przez CAA koła lub kół, w których zostały uszkodzone opony lub dętki, na sprawne koło lub koła (koszt robocizny, bez kosztów zakupu opon i dętek), o ile naprawa uszkodzonego ogumienia w warsztacie wskazanym przez CAA nie będzie możliwa.

Pokrycie kosztów naprawy dotyczy wyłącznie ogumienia uszkodzonego w takim zakresie, w jakim technologia naprawy i ogólnie przyjęta praktyka dopuszcza możliwość jej wykonania.

3.2. CAA udzieli telefonicznej informacji o danych teleadresowych:

- a) zakładów wulkanizacyjnych;
- b) sklepów z oponami;
- c) punktów przechowywania opon.

3.3. Pokrycie kosztów naprawy, w zakresie opisanym w pkt 3.1 lit. c), przysługuje pod warunkiem uprzedniego wykonania przez CAA usługi, o której mowa w pkt 3.1 lit. a) lub b).

3.4. Pokrycie kosztów wymiany, w zakresie opisanym w pkt 3.1 lit. d), przysługuje pod warunkiem uprzedniego wykonania przez CAA usług, o których mowa w pkt 3.1 lit. a) lub b) oraz podjęcia próby naprawy, o której mowa w pkt 3.1 lit. c).

4. Jaki jest zakres ubezpieczenia w wariancie Samochód zastępczy do 5 dni po wypadku?

4.1. CAA zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia, wynajmu i odbioru samochodu zastępczego, jeżeli w wyniku wypadku nastąpiło unieruchomienie pojazdu i zgodnie z ustaleniami CAA pojazd nie zostanie naprawiony w dniu zgłoszenia zdarzenia, z zastrzeżeniem pkt 4.4.

4.2. Warunkiem skorzystania przez Ubezpiezonego ze świadczenia Samochód zastępczy do 5 dni po wypadku jest:

- a) wcześniejsze wykonanie świadczenia holowania pojazdu, o którym mowa w pkt 2.2, z zastrzeżeniem pkt 4.4;
- b) umożliwienie CAA monitorowania przebiegu naprawy pojazdu w warsztacie;
- c) pisemne wyrażenie zgody na warunki korzystania z samochodu zastępczego, określone przez podmiot wynajmujący samochód na zlecenie CAA,
- d) korzystanie z samochodu zastępczego jedynie na terytorium Polski.

4.3. Samochód zastępczy przysługuje począwszy od dnia, w którym przekazano samochód zastępczy, do dnia zakończenia naprawy

unieruchomionego pojazdu, jednakże nie dłużej niż przez niepodzielny okres 5 dni.

- 4.4. W związku z jednym zdarzeniem assistance, z jednej umowy ubezpieczenia, przysługuje tylko jeden samochód zastępczy.
- 4.5. W ramach świadczenia Samochód zastępczy do 5 dni po wypadku CAA zorganizuje i pokryje koszty związane z wynajmem samochodu o klasie odpowiadającej klasie pojazdu wskazanego w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że wyboru samochodu zastępczego dokonuje CAA w zależności od lokalnych możliwości oraz że najwyższą możliwą klasą samochodu zastępczego jest klasa C.
- 4.6. Zakres naszej odpowiedzialności nie obejmuje kosztów paliwa i innych materiałów eksploatacyjnych, ubezpieczeń dobrowolnych i innych opłat dodatkowych.
- 4.7. Ubezpieczony jest zobowiązany zwrócić samochód zastępczy podmiotowi wynajmującemu najpóźniej w dniu upływu okresu wynajmu, w takim samym stanie (w szczególności z tym samym poziomem paliwa i z tym samym wyposażeniem), w jakim go otrzymał.
- 4.8. Samochód zastępczy może zostać zwrócony przez Ubezpieczonego w innym miejscu niż miejsce jego podstawienia, pod warunkiem że podmiot wynajmujący w danym czasie posiada czynną placówkę w województwie, w którym nastąpi zwrot samochodu zastępczego. W takiej sytuacji Ubezpieczony zobowiązany jest, nie później niż na 1 dzień przed datą planowanego zwrotu samochodu, ustalić z CAA dokładne miejsce, czas i sposób przekazania samochodu zastępczego podmiotowi wynajmującemu.
- 4.9. Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie informować CAA o fakcie zakończenia naprawy objętego ochroną.
- 4.10. Niedopełnienie przez Ubezpieczonego wyżej wymienionych obowiązków, wprowadzenie w błąd CAA lub podmiotu wynajmującego, względnie używanie samochodu zastępczego niezgodnie z jego przeznaczeniem lub korzystanie z niego niezgodnie z warunkami określonymi przez podmiot wynajmujący w umowie najmu samochodu zastępczego, będzie się wiązać z koniecznością pokrycia przez Ubezpieczonego wynikających z tego dodatkowych kosztów.

5. Jaki jest zakres ubezpieczenia w wariancie Pomoc Medyczna 24?

- 5.1. W wariancie Pomoc Medyczna 24 chronimy zdrowie Ubezpieczonego.
- 5.2. Zakres ubezpieczenia obejmuje świadczenie usług Pomocy Medycznej 24 na terenie Polski, które są wymagane w związku z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonego.
- 5.3. Z uwagi na charakter świadczeń przewidzianych w Pomocy Medycznej 24, CAA nie zorganizuje świadczeń pomocy medycznej w sytuacji, gdy zgodnie z wiedzą medyczną zachodzi bezpośrednie zagrożenie zdrowia i życia Ubezpieczonego, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego.
- 5.4. Rodzaje świadczeń przysługujących w razie zajścia poszczególnych zdarzeń oraz limity określa Tabela świadczeń i limitów – Pomoc Medyczna 24.
- 5.5. Wskazane w poniższej tabeli usługi Pomocy Medycznej 24 polegają na wykonaniu następujących świadczeń:
 - a) wizyta lekarza pierwszego kontaktu – CAA zorganizuje i pokryje koszty dojazdu oraz honorarium lekarza pierwszego kontaktu za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub zorganizuje i pokryje koszty wizyty lekarskiej w najbliższej placówce medycznej;
 - b) wizyta pediatry – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania dziecko Ubezpieczonego potrzebuje konsultacji lekarskiej, CAA zorganizuje i pokryje koszty wizyty lekarza pediatry w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub w najbliższej placówce medycznej;
 - c) wizyta pielęgniarki – CAA na zlecenie lekarza prowadzącego zorganizuje i pokryje koszty dojazdu pielęgniarki do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz pokryje jej honorarium;
 - d) transport Ubezpieczonego do placówki medycznej na wizytę u lekarza pierwszego kontaktu lub u pediatry – w przypadku

organizacji w najbliższej placówce medycznej wizyty lekarskiej, o której mowa w lit. a), CAA na życzenie Ubezpieczonego zorganizuje również transport do placówki medycznej i pokryje jego koszty;

- e) opieka pielęgniarska po hospitalizacji – jeżeli po zakończeniu hospitalizacji trwającej co najmniej 7 dni lekarz prowadzący stwierdzi, że uzasadniona jest pomoc pielęgniarska w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, CAA zorganizuje i pokryje koszty opieki pielęgniarskiej;
 - f) dostawa leków i drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego – CAA zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia leków i drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, w sytuacji gdy jego stan zdrowia wymaga leczenia lub rehabilitacji; koszty zakupionych leków oraz wypożyczenia lub zakupu sprzętu pokrywane są przez Ubezpieczonego;
 - g) transport medyczny – CAA zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego:
 - i) z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego do najbliższej placówki medycznej,
 - ii) ze szpitala do szpitala, jeśli placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony, nie może zapewnić mu wymaganej opieki bądź gdy skierowany jest on na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny,
 - iii) z placówki medycznej do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, jeśli pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 5 dni;
 - h) organizacja procesu rehabilitacji – jeżeli zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego Ubezpieczony wymaga rehabilitacji w miejscu zamieszkania lub stacjonarnej placówce rehabilitacyjnej, CAA zorganizuje wizytę specjalisty fizykoterapeuty w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub zorganizuje transport oraz wizytę w poradni rehabilitacyjnej; koszty transportu oraz rehabilitacji ponosi Ubezpieczony;
 - i) pomoc psychologa – jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania Ubezpieczonego będzie zalecona przez lekarza prowadzącego porada psychologa, CAA zorganizuje i pokryje koszty wizyty oraz honorarium psychologa;
 - j) organizacja hospitalizacji – na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza prowadzącego CAA wskaże placówki szpitalne, w których możliwa jest kontynuacja leczenia, wraz z dostępnymi terminami.
- 5.6. Wskazane w Tabeli świadczeń i limitów – Pomoc Medyczna 24 usługi w postaci badań diagnostycznych polegają na zorganizowaniu i pokryciu przez CAA kosztów badań radiologicznych, laboratoryjnych, ultrasonograficznych, innych badań z zakresu diagnostyki obrazowej, w tym rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej, jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego niezbędne jest przeprowadzenie badań diagnostycznych w oparciu o pisemne zalecenia lekarza prowadzącego.
- 5.7. Wskazane w Tabeli świadczeń i limitów – Pomoc Medyczna 24 usługi świadczone na życzenie Ubezpieczonego polegają na wykonaniu następujących czynności:
- a) przekazywanie niezbędnych informacji – na życzenie Ubezpieczonego CAA przekaze informacje o zaistniałym zdarzeniu rodzinie oraz pracodawcy Ubezpieczonego oraz za jego zgodą przekaze ważne informacje o stanie zdrowia Ubezpieczonego osobie wskazanej przez niego;
 - b) organizacja wizyty u lekarza specjalisty – w przypadku otrzymania od lekarza badającego Ubezpieczonego po zdarzeniu zalecenia wizyty u lekarza specjalisty, CAA zorganizuje taką wizytę; koszty wizyty pokrywa Ubezpieczony;
 - c) infolinia medyczna – na życzenie CAA zapewni możliwość rozmowy telefonicznej z lekarzem, który udzieli Ubezpieczonemu wskazówek co do dalszego postępowania; ponadto CAA udostępni mu następujące informacje o:
 - i) aptekach na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów,
 - ii) placówkach medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,

Tabela świadczeń i limitów – Pomoc Medyczna 24

Zdarzenie assistance	Rodzaj świadczenia	Limit świadczeń, maksymalna suma ubezpieczenia w okresie ubezpieczenia
Uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia Ubezpieczonego – NZ, NW	Wizyta lekarza pierwszego kontaktu (domowa lub w placówce medycznej) – w przypadku dorosłych	2 razy / 500 zł
	Wizyta pediatry (domowa lub w placówce medycznej) – w przypadku dzieci (jeśli dziecko jest Ubezpieczonym)	2 razy / 500 zł
	Wizyta pielęgniarki	2 razy / 400 zł
	Transport do placówki medycznej na wizytę u lekarza pierwszego kontaktu lub pediatry (jeśli dziecko jest Ubezpieczonym)	2 razy / 200 zł
	Opieka pielęgniarska po hospitalizacji	2 razy po 48 h
	Dostarczenie leków i drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego	2 razy / 400 zł
	Transport medyczny	2 razy / 2000 zł
	Organizacja procesu rehabilitacji	2 razy
	Pomoc psychologa	10 razy / 500 zł
	Organizacja hospitalizacji	2 razy
Uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia – NW	Badania diagnostyczne	2 razy / 400 zł
Na życzenie Ubezpieczonego	Przekazywanie niezbędnych informacji	bez limitu
	Organizacja wizyty u lekarza specjalisty	2 razy
	Infolinia medyczna	bez limitu

- iii) placówkach medycznych (lekarze ogólni, szpitale, przychodnie, spółdzielnie lekarskie), w tym adresy, godziny pracy i numery telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych,
- iv) placówkach lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki akademickie medycznych),
- v) placówkach odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju,
- vi) placówkach opieki społecznej,
- vii) placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
- viii) działaniach, które należy podjąć przed podróżą oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
- ix) badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
- x) schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
- xi) danym leku – stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
- xii) zasadach zdrowego żywienia i dietach: bezglutenowej, bogatoresztkowej, cukrzycowej, ubogobiałkowej, bogatobiałkowej, niskocholesterolowej, niskokalorycznej, redukcyjnej, wątrobowej, wrzodowej,
- xiii) grupach wsparcia i telefonach zaufania w Polsce dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, samotnych matek, cierpiących na określone schorzenia lub dotkniętych: narkomanią, alkoholizmem, nikotynizmem, przemocą domową, chorobą nowotworową, cukrzycą, otyłością, anoreksją, bulimią, depresją,
- xiv) uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
- xv) ciąży: objawy ciąży, badania, zagrożenia, przesady, dieta: przed, w trakcie ciąży i po porodzie, tabela dietetyczna,
- xvi) pielęgnacji niemowląt – dla młodych matek,

- xvii) stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy,
- xviii) przygotowaniu do zabiegów i badań medycznych: gastroscopia, kolonoskopia, koronografia, rezonans magnetyczny, ultrasonografia, wlew doodbytniczy.

6. Jakie są obowiązki, gdy zajdzie zdarzenie assistance?

W przypadku zaistnienia zdarzenia assistance, w którego następstwie Ubezpieczony zgłasza potrzebę realizacji świadczeń, przed podjęciem działań we własnym zakresie, Ubezpieczony ma obowiązek:

- a) niezwłocznie, nie później niż 48 godzin od zaistnienia zdarzenia, skontaktować się z CAA (pod numer telefonu wskazany w polisie);
- b) podać wszelkie dostępne informacje niezbędne do udzielenia należytej pomocy zgodnie z danym wariantem ubezpieczenia Assistance, a w szczególności:
 - i) swoje imię i nazwisko oraz adres zamieszkania,
 - ii) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - iii) markę, typ i model pojazdu podanego w polisie oraz jego numer rejestracyjny,
 - iv) dokładne – w miarę możliwości – miejsce zdarzenia, nazwę miejscowości oraz numer telefonu, pod którym CAA może się skontaktować z Ubezpieczonym bądź przedstawicielem Ubezpieczonego,
 - v) opis zdarzenia assistance i rodzaj potrzebnej pomocy;
- c) postępować zgodnie z dyspozycjami CAA;
- d) zapewnić – w miarę możliwości i dostępnych środków – bezpieczeństwo ruchu w miejscu zdarzenia assistance, pomoc lekarską osobom rannym i zabezpieczyć ich mienie;
- e) zapobiec – w miarę możliwości i dostępnych środków – zwiększeniu szkody.

7. Za co nie odpowiadamy?

- 7.1. Nie ponosimy odpowiedzialności za niespełnienie świadczenia assistance, jeżeli wynikało to z powodu działania siły wyższej, takiej jak: trzęsienie ziemi, powódź, huragan lub zaistnienia innego zjawiska lub zdarzenia uniemożliwiającego realizację usług objętych świadczeniem.

- 7.2. Nie ponosimy odpowiedzialności za ewentualne opóźnienia zaistniałe z przyczyn zewnętrznych, niezależnych od CAA (w tym wymienionych w pkt 7.1).
- 7.3. Nie zwracamy kosztów usług poniesionych bezpośrednio przez Ubezpieczonego, jeżeli działał on bez porozumienia z CAA, chyba że skontaktowanie się z CAA było niemożliwe z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego. W takim wypadku Ubezpieczonemu przysługuje zwrot celowych i uzasadnionych, z uwagi na rodzaj pomocy potrzebnej w związku ze zdarzeniem assistance, kosztów usług assistance, jeśli zostały zorganizowane we własnym zakresie, pod warunkiem przekazania nam faktur lub rachunków za wykonane usługi. Dokonamy zwrotu kosztów do wysokości wyznaczonej limitami świadczeń określonymi w OWUK.
- 7.4. Nasza odpowiedzialność jest wyłączona, jeżeli zdarzenie assistance nastąpiło w związku:
 - a) z katastrofą nuklearną lub działaniem radioaktywności;
 - b) z samobójstwem lub samookaleczeniem Ubezpieczonego, względnie usiłowaniem samobójstwa lub dokonania samookaleczenia;
 - c) ze świadczeniem przez Ubezpieczonego płatnych usług, w tym przewozu osób lub ładunków.
- 7.5. Naszą odpowiedzialnością nie są objęte awarie powtarzające się po pierwszej interwencji CAA, wynikające z braku definitywnego usunięcia usterki w warsztacie naprawczym, tj. nawracające awarie, rozładowanie akumulatora, awarie instalacji elektrycznej lub alarmowej.
- 7.6. Naszą odpowiedzialnością nie jest objęty ładunek przewożony w pojeździe.
- 7.7. Nie pokrywamy kosztów naprawy pojazdów w warsztatach oraz kosztów konserwacji i eksploatacji pojazdu, z wyjątkiem pokrycia kosztów naprawy uszkodzonego ogumienia w wariantcie Opony. Ponadto nie pokrywamy kosztów paliwa, energii elektrycznej, części zamiennych, a także kosztów zakupu lub dorobienia kluczyków, sterowników ani kosztów zakupu kół, opon, dętek i zestawu naprawczego koła – w tym również w wariantcie Opony.
- 7.8. W przypadku organizacji przez CAA transportu kierowcy lub transportu pasażerów zgodnie z przysługującymi świadczeniami nie pokrywamy kosztów płatnego nadbagażu, opłat celnych i drogowych ani wyżywienia w trakcie podróży.
- 7.9. Ze świadczeń assistance nie mogą skorzystać osoby przewożone pojazdem w liczbie większej od liczby miejsc określonej w dowodzie rejestracyjnym pojazdu.
- 7.10. Świadczenie assistance nie przysługuje, jeżeli zdarzenie assistance miało miejsce na drogach nieutwardzonych oraz tam, gdzie wstęp jest niemożliwy lub niedozwolony przez obowiązujące przepisy prawa.
- 7.11. W wariantcie Pomoc Medyczna 24 nie pokrywamy kosztów leczenia przez lekarza będącego członkiem rodziny Ubezpieczonego.

X. KLAUZULA OCHRONY ZNIŻEK

1. Zastosowanie klauzuli ochrony zniżek

- 1.1. Umowa ubezpieczenia OC lub autocasco za zapłatą dodatkowej składki może zostać rozszerzona o klauzulę ochrony zniżek.
- 1.2. Klauzula ochrony zniżek polega na tym, że:
 - a) jeśli w okresie, na który została zawarta umowa ubezpieczenia OC z tą klauzulą, będzie miała miejsce jedna szkoda z ubezpieczenia OC, to szkoda ta nie będzie uwzględniana w wysokości składki na kolejny okres ubezpieczenia OC;
 - b) jeśli w okresie, na który została zawarta umowa ubezpieczenia OC i autocasco z tą klauzulą, będzie miała miejsce jedna szkoda z ubezpieczenia OC lub jedna szkoda z ubezpieczenia autocasco, to szkody te nie będą uwzględniane w wysokości składki na kolejny okres, odpowiednio ubezpieczenia OC i autocasco.
- 1.3. W przypadku wystąpienia w okresie ubezpieczenia drugiej i kolejnych szkód z ubezpieczenia OC lub drugiej i kolejnych szkód z autocasco, w wysokości składki na kolejny okres ubezpieczenia odpowiednio ubezpieczenia OC lub autocasco, w zależno-

ści od tego, w którym ubezpieczeniu wystąpi druga lub kolejne szkody, nie będzie uwzględniona pierwsza szkoda, ale będą uwzględnione druga i kolejne szkody.

- 1.4. Okres obowiązywania klauzuli ochrony zniżek jest taki sam jak okres, na który została zawarta umowa ubezpieczenia OC lub autocasco.

XI. POSTANOWIENIA WSPÓLNE

1. Zawarcie umowy ubezpieczenia

- 1.1. Umowę ubezpieczenia zawieramy na podstawie złożonego przez Ciebie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- 1.2. Dane przekazywane przez Ciebie, niezbędne do zawarcia umowy, o które pytamy podczas składania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, obejmują w szczególności:
 - a) dane mające wpływ na wysokość składki ubezpieczeniowej, w tym dane dotyczące historii ubezpieczenia;
 - b) dane pojazdu;
 - c) Twoje dane osobowe, Ubezpieczonego lub innych osób mogących korzystać z pojazdu;
 - d) okres ubezpieczenia.
- 1.3. Na podstawie uzyskanych od Ciebie informacji przygotowujemy propozycję zawarcia umowy ubezpieczenia, która będzie zawierała informacje o zakresie ochrony ubezpieczeniowej, wysokości składki oraz terminach i sposobach jej płatności. Propozycję zawarcia umowy ubezpieczenia doręczymy Ci wraz z OWUK. Nasza propozycja zawarcia umowy ubezpieczenia będzie ważna do dnia w niej wskazanego jako dzień zapłaty składki lub jej pierwszej raty.
- 1.4. Umowa ubezpieczenia zostanie zawarta:
 - a) w sytuacji gdy została przygotowana propozycja zawarcia umowy ubezpieczenia – z chwilą zapłacenia składki lub jej pierwszej raty w terminie wskazanym w propozycji;
 - b) w sytuacji gdy propozycja zawarcia umowy ubezpieczenia nie została sporządzona – z chwilą zaakceptowania przez nas wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- 1.5. Możemy uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia AC lub MINI AC od zastosowania w pojeździe urządzeń zabezpieczających przed kradzieżą.
- 1.6. Możemy uzależnić rozpoczęcie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej od dostarczenia przez Ciebie dokumentów dotyczących pojazdu (np. dowodu rejestracyjnego, karty pojazdu) lub dokumentów potwierdzających własność pojazdu (np. umowy sprzedaży, zamiany, darowizny, faktury zakupu lub dokumentu odprawy celnej) lub od przeprowadzenia i pozytywnego wyniku inspekcji pojazdu obejmowanego ubezpieczeniem. W takim przypadku w trakcie składania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub po zawarciu umowy ubezpieczenia uzgodnimy z Tobą termin wykonania inspekcji pojazdu lub termin dostarczenia dokumentów.
- 1.7. Złożymy Ci oświadczenie o akceptacji wyników inspekcji pojazdu lub dostarczonych dokumentów w terminie 7 dni roboczych (nie licząc sobót, niedziel i świąt) od daty przeprowadzenia inspekcji lub odpowiednio od daty otrzymania żądanych dokumentów. Jeśli nie złożymy oświadczenia we wskazanym terminie, będzie to jednoznaczne z akceptacją wyniku inspekcji lub dokumentów. Wyżej wymienione oświadczenie możemy złożyć również w formie elektronicznej (e-mail, SMS) uzgodnionej jako forma kontaktu z Tobą.
- 1.8. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia mamy prawo do weryfikacji informacji podanych przez Ciebie we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz dokumentów potwierdzających te informacje, w tym również do przeprowadzenia inspekcji pojazdu. Postanowienia pkt 1.6 oraz pkt 1.7 stosuje się odpowiednio.
- 1.9. Pamiętaj, warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach wskazanych w OWUK jest jednoczesne zawarcie z nami umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC) posiadaczy pojazdów mechanicznych na ten sam pojazd.

2. Zawarcie umowy ubezpieczenia na kolejny okres

- 2.1. Gdy umowa ubezpieczenia będzie dobiegała końca, możemy zaproponować Ci zawarcie umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia, zgodnie z zasadami opisanymi poniżej.
- 2.2. Nie później niż na 2 tygodnie przed datą zakończenia bieżącego okresu ubezpieczenia doręczymy Ci propozycję zawarcia umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia, która będzie zawierała w szczególności:
 - a) nową wysokość składki i terminy jej płatności;
 - b) proponowany zakres ubezpieczenia oraz wysokość sum ubezpieczenia;
 - c) informacje dotyczące ryzyka ubezpieczeniowego, potrzeb i wymagań co do zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wynikające z oświadczeń złożonych przez Ciebie przy zawieraniu pierwszej umowy ubezpieczenia oraz danych dotyczących tego ryzyka, oraz potrzeb i wymagań co do zakresu ochrony ubezpieczeniowej zebranych przez nas w toku wykonywania dotychczas obowiązującej umowy lub umów ubezpieczenia;
 - d) aktualne OWUK.
- 2.3. Wraz z propozycją zawarcia umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia doręczymy Ci dokument, który z chwilą zawarcia umowy ubezpieczenia stanie się polisą potwierdzającą zawarcie umowy ubezpieczenia na kolejny okres.
- 2.4. Umowa ubezpieczenia na warunkach określonych w propozycji zawarcia umowy ubezpieczenia zostanie zawarta z chwilą zapłaty przez Ciebie składki lub jej pierwszej raty w wysokości i terminie wskazanych w propozycji zawarcia umowy ubezpieczenia.
- 2.5. Ochrona ubezpieczeniowa rozpocznie się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
- 2.6. Nie przedstawimy Ci propozycji zawarcia umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia, jeżeli do końca bieżącego okresu ubezpieczenia nie opłacisz w całości składki za bieżący okres ubezpieczenia.

3. Obowiązki Twoje i Ubezpieczonego

- 3.1. Ty lub Ubezpieczony macie obowiązek:
 - a) podać do naszej wiadomości wszystkie znane sobie okoliczności, o które pytamy we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli zawierasz umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na nim i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia, mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważać będziemy za nieistotne;
 - b) zawiadomić nas o wszelkich zmianach okoliczności, o których mowa w lit. a), niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości;
 - c) sprawdzić po otrzymaniu polisy poprawność danych i informacji zawartych w treści otrzymanych dokumentów;
 - d) zgłosić nam telefonicznie lub na piśmie – w terminie 7 dni od dnia otrzymania dokumentów, o których mowa w lit. c) – stwierdzone przez Ciebie niezgodności danych i informacji zawartych w treści tych dokumentów ze stanem rzeczywistym oraz podać poprawne dane; w takim wypadku dokonamy w treści dokumentów odpowiednich zmian oraz, jeśli zmiany te mają wpływ na istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, możemy zaproponować Ci nową składkę zgodnie z pkt 4.7;
 - e) na nasze żądanie udostępnić pojazd do przeprowadzenia inspekcji oraz przedstawić dokumenty potwierdzające podane przez Ciebie dane we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - f) przed zawarciem umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej przekazać Ubezpieczonemu OWUK w formie pisemnej lub, jeśli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku.
- 3.2. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem pkt 3.1 lit. a) i b) nie zostały podane do naszej wiadomości. Jeżeli do naruszenia pkt 3.1 lit. a) i b) doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmujemy, że wypadek prze-

widziany umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

- 3.3. Poza obowiązkami opisanymi w tym punkcie, na Tobie i Ubezpieczonym spoczywają obowiązki związane z procesem zgłoszenia i likwidacji szkód opisane w poszczególnych rozdziałach.

4. Składka

- 4.1. Składkę ubezpieczeniową ustalamy na podstawie taryfy obowiązującej w chwili złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- 4.2. Wysokość składki ustalamy w szczególności na podstawie:
 - a) klasyfikacji pojazdu uwzględniającej: markę, model, okres eksploatacji, wartość, rodzaj, inne parametry techniczne mające wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego;
 - b) sposobu używania pojazdu, miejsca używania pojazdu (strefy regionalnej);
 - c) zakresu ochrony;
 - d) dotychczasowego przebiegu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych i ubezpieczenia autocasco (w tym liczby szkód z tytułu wyżej wymienionych);
 - e) sposobu płatności składki ubezpieczeniowej;
 - f) innych czynników istotnych dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego, o które pytaliśmy Cię w trakcie składania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- 4.3. Przy ustalaniu składki za ubezpieczenia AC oraz MINI AC uwzględniamy zmianę wartości pojazdu w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem umów ubezpieczenia AC, do których ma zastosowanie „GSU+”.
- 4.4. Składkę możesz opłacić jednorazowo bądź w ratach, zgodnie z Twoim wyborem, jakiego możesz dokonać podczas składania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- 4.5. Termin płatności poszczególnych rat określiliśmy w umowie ubezpieczenia.
- 4.6. Za dzień zapłaty składki lub jej raty przyjmujemy, w przypadku płatności:
 - a) przelewem bankowym – dzień wpływu składki na nasz rachunek bankowy;
 - b) za pobraniem pocztowym – dzień dokonania płatności podmiotowi uprawnionemu do pobrania kwoty składki w celu jej przekazania do nas;
 - c) kartą płatniczą – dzień dokonania autoryzacji transakcji;
 - d) gotówką – dzień zapłacenia składki uprawnionemu przez nas do pobrania składki przedstawicielowi;
 - e) poleceniem zapłaty – dzień obciążenia rachunku zlecającego, o ile na tym rachunku znajdowały się odpowiednie środki;
 - f) elektronicznych za pośrednictwem agenta rozliczeniowego w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych – dzień dokonania autoryzacji płatności elektronicznej przez agenta rozliczeniowego;
 - g) środkami pochodzącymi z zawartego przez Ciebie, za naszym pośrednictwem, kredytu związanego w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o kredycie konsumenckim przyznanym na opłacenie składki ubezpieczeniowej – dzień zawarcia umowy kredytu związanego.
- 4.7. W razie ujawnienia się okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, zarówno Ty, jak i my możemy żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
- 4.8. W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu ubezpieczenia składka zostanie Ci zwrócona proporcjonalnie za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem pkt 4.9 i 4.10.
- 4.9. Jeśli odstąpisz od umowy ubezpieczenia, z tytułu której składkę opłaciłeś w sposób opisany w pkt 4.6 lit. g), odstąpienie to będzie również skuteczne wobec umowy kredytu i wiąże się z tym, że wpłacona na pokrycie składki ubezpieczeniowej kwota kredytu

zostanie przez nas zwrócona bankowi, z którym zawarłeś umowę kredytu.

- 4.10. Jeśli odstąpisz od umowy kredytu, o którym mowa w pkt 4.6 lit. g), odstąpienie to nie będzie skuteczne względem umowy ubezpieczenia, która nadal będzie trwała. W przypadku odstąpienia od umowy kredytu wpłacona na pokrycie składki ubezpieczeniowej kwota kredytu zostanie przez nas zwrócona bankowi, z którym zawarłeś umowę kredytu. W takiej sytuacji będziesz zobowiązany do zapłaty składki za okres świadczonej ochrony ubezpieczeniowej.

5. Za co nie odpowiadamy (generalne wyłączenia)?

5.1. Z naszej odpowiedzialności wyłączone są szkody, wypadki i zdarzenia assistance:

- a) spowodowane umyślnie przez Ciebie lub Ubezpieczonego;
- b) spowodowane wskutek rażącego niedbalstwa Twojego lub Ubezpieczonego, chyba że zapłata odszkodowania lub spełnienie świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności;
- c) spowodowane umyślnie przez osobę, z którą Ty lub Ubezpieczony pozostajecie we wspólnym gospodarstwie domowym;
- d) spowodowane działaniami wojennymi, a także powstałe w związku z zamieszkami, rozruchami, aktami terroryzmu, sabotażu, w czasie używania pojazdu w związku z obowiązkowymi świadczeniami na rzecz wojska i policji;
- e) powstałe w związku z udziałem pojazdu wskazanego w polisie w zawodach, wyścigach, rajdach lub ich próbach, treningach, jazdach terenowych;
- f) powstałe wskutek kierowania pojazdem przez osoby, które:
 - i) nie posiadają wymaganych prawem polskim uprawnień do kierowania pojazdem lub którym zatrzymano czasowo lub na stałe dokumenty potwierdzające te uprawnienia,
 - ii) znajdowały się w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii lub podobnie działających leków; dotyczy to nawet sytuacji, gdy środki były przepisane przez lekarza, o ile zgodnie z informacją od producenta leku jego zażycie wpływa na zdolność prowadzenia pojazdów;
- g) powstałe w czasie ruchu pojazdu, gdy pojazd nie był dopuszczony do ruchu, a w przypadku pojazdów podlegających rejestracji – gdy w chwili zaistnienia szkody pojazd nie miał ważnego badania technicznego; musi zachodzić związek przyczynowy pomiędzy zaistniałym wypadkiem i brakiem badania technicznego pojazdu;
- h) powstałe w pojazdach nielegalnie sprowadzonych z zagranicy, wówczas gdy Ty lub Ubezpieczony posiadaliście wiedzę o fakcie nielegalnego sprowadzenia pojazdu do Polski lub przy dochowaniu należytej staranności mogliście taką wiedzę posiadać;
- i) powstałe w następstwie używania pojazdu niezgodnie z jego przeznaczeniem;
- j) polegające na uszkodzeniu silnika, powstałe wskutek zasania wody podczas jazdy w warunkach stwarzających takie zagrożenie;
- k) powstałe wskutek niewłaściwego załadunku, przewożenia i rozładunku ładunku, bagażu lub fotelików;
- l) powstałe podczas lub wskutek użycia pojazdu do transportu towarów niebezpiecznych, o których mowa w ustawie z 19 sierpnia 2011 r. o przewozie towarów niebezpiecznych;
- m) powstałe w pojazdach wskutek wykonania naprawy i przeróbek elementów mających wpływ na bezpieczeństwo jazdy, których naprawa jest niedozwolona przez producenta pojazdu;
- n) powstałe w wyniku zużycia eksploatacyjnego pojazdu, jego części lub wyposażenia;
- o) w zakresie podlegającym naprawom w ramach gwarancji lub rękojmi za wady pojazdu, jego części lub wyposażenia;
- p) będące następstwem wadliwej naprawy pojazdu, jego części lub wyposażenia;

q) powstałe wskutek czynnego uczestniczenia pojazdem w akcjach protestacyjnych lub blokadach dróg;

r) powstałe w pojeździe użyty przez Ubezpieczonego lub kierowcę jako narzędzie przestępstwa lub jego usiłowania.

5.2. Wyłączenia naszej odpowiedzialności, o których mowa w pkt 5.1, nie mają zastosowania do ubezpieczenia Zielona Karta.

6. Czas trwania ochrony ubezpieczeniowej

- 6.1. Nasza ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z dniem określonym w umowie ubezpieczenia i potwierdzonym w polisie jako początek ochrony ubezpieczeniowej.
- 6.2. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia oraz w innych przypadkach określonych w OWUK.
- 6.3. W razie zbycia pojazdu (np. sprzedaż pojazdu, darowizna) prawa z umowy ubezpieczenia mogą być przeniesione na nowego właściciela pojazdu za naszą zgodą.
- 6.4. Nasza zgoda, o której mowa w pkt 6.3, nie jest wymagana w przypadku, gdy prawo własności pojazdu zostało przeniesione na Ciebie, jeśli byłeś dotychczas posiadaczem pojazdu. W takim przypadku dotychczasowy właściciel lub nowy właściciel pojazdu (czyli Ty) zobowiązany jest niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia przejścia lub przeniesienia prawa własności pojazdu, zawiadomić nas o tym i dostarczyć nam dokument potwierdzający przeniesienie tych praw.
- 6.5. W razie przeniesienia praw, o których mowa w pkt 6.3 lub 6.4, na nowego właściciela pojazdu przechodzą także obowiązki, które ciążyły na dotychczasowym właścicielu, chyba że strony za naszą zgodą umówiły się inaczej. Były właściciel pojazdu odpowiada z nowym właścicielem solidarnie za zapłatę składki przypadającej za czas do chwili przeniesienia prawa własności pojazdu na nowego właściciela.
- 6.6. Jeśli prawa, o których mowa w pkt 6.3 lub 6.4, nie zostały przeniesione na nowego właściciela, umowa ubezpieczenia wygasa z chwilą przeniesienia własności pojazdu na nowego właściciela.
- 6.7. Zapisów pkt 6.3–6.6 nie stosuje się przy przenoszeniu wierzycielności, jakie powstały lub mogą powstać wskutek zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia.

7. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

- 7.1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
 - a) z chwilą wyrejestrowania pojazdu;
 - b) z chwilą utraty bądź całkowitego zniszczenia przedmiotu ubezpieczenia, w przypadku ubezpieczeń AC, MINI AC i Szyby;
 - c) w przypadku, o którym mowa w pkt 6.6;
 - d) jednocześnie z rozwiązaniem zawartej z nami umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych;
 - e) z upływem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia wskazanego w polisie;
 - f) z dniem wypłaty odszkodowania za szkodę całkowitą lub kradzież pojazdu, w przypadku ubezpieczeń AC, MINI AC i Szyby;
 - g) z dniem wypłaty świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia, w przypadku ubezpieczenia NNW;
 - h) z upływem 30 dni od daty złożenia wypowiedzenia przez Ciebie, w przypadku ubezpieczenia NNW oraz NNWP;
 - i) w przypadkach, o których mowa w pkt 7.2–7.5.
- 7.2. Jeśli ponosimy odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem przez Ciebie składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, mamy prawo wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać od Ciebie zapłaty składki za okres, przez który ponosiłśmy odpowiedzialność. W razie braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypada niezapłacona składka.
- 7.3. Jeśli nie zapłacisz w terminie kolejnej raty składki, wezwiemy Cię do jej zapłaty, z zastrzeżeniem że nieuregulowanie jej w terminie 7 dni od otrzymania wezwania spowoduje rozwiązanie umowy ubezpieczenia z dniem następnym po upływie tego terminu.
- 7.4. W przypadku zaistnienia ważnych powodów, to jest gdy:
 - a) Ty lub Ubezpieczony uniemożliwiasz nam dokonanie inspekcji pojazdu w terminie ustalonym zgodnie z pkt 1.6 lub 1.8;

- b) Ty lub Ubezpieczony odmówiliście umówienia się na inspekcję pojazdu albo z przyczyn leżących po Twojej stronie lub Ubezpieczonego inspekcja nie została przeprowadzona w terminie 30 dni od daty pierwszego kontaktu;
 - c) w wyniku inspekcji pojazdu, o której mowa w pkt 1.8, ujawniono niezgodności pomiędzy informacjami podanymi przez Ciebie podczas składania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia a stanem faktycznym, wykluczające zawarcie umowy na podstawie OWUK;
 - d) Ubezpieczony w zgłoszeniu szkody jako przyczynę jej powstania umyślnie wskazał zdarzenie, które nie było przyczyną szkody (w szczególności zdarzenie, które nie miało miejsca);
 - e) przedmiot ubezpieczenia spełnia warunki określone w rozdziale I pkt 2, rozdziale II pkt 2, rozdziale III pkt 2, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem wskazanym w naszym oświadczeniu o rozwiązaniu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż z dniem otrzymania przez Ciebie tego oświadczenia.
- 7.5. W przypadku zaistnienia ważnego powodu, jakim również jest sytuacja, gdy w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia pojazd, będący przedmiotem ubezpieczenia, nie zostanie zarejestrowany w Polsce:
- a) możemy wypowiedzieć umowę ubezpieczenia, która rozwiąże się z dniem wskazanym w wypowiedzeniu, nie wcześniej jednak niż po upływie 21 dni od dnia wysłania oświadczenia o wypowiedzeniu, lub
 - b) Ty możesz wypowiedzieć umowę ubezpieczenia, która rozwiąże się z dniem otrzymania przez nas Twojego oświadczenia o wypowiedzeniu.
- 7.6. Jeśli umowa ubezpieczenia zawarta jest na okres dłuższy niż 6 miesięcy, możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni (w przypadku gdy jesteś przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w przypadku gdy nie jesteś przedsiębiorcą) od dnia jej zawarcia. Jeżeli jesteś konsumentem i najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia nie poinformowaliśmy Cię o prawie odstąpienia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie. Umowa ubezpieczenia rozwiąże się z dniem, w którym otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia.
- 7.7. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Cię z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

8. Pozostałe zasady wypłaty odszkodowań i świadczeń

- 8.1. Odszkodowania oraz świadczenia wypłacamy w polskich złotych. Jeśli koszty podlegające zwrotowi na podstawie OWUK są ponoszone w walucie obcej, to odszkodowanie wypłacamy w polskich złotych według kursu średniego walut obcych ogłoszanego przez NBP, obowiązującego w dniu zajścia zdarzenia, z zastrzeżeniem postanowień rozdziałów: VIII pkt 2, IX pkt 1.8, pkt 2.26 lit. c), pkt 2.27 lit. e).
- 8.2. Jeśli podałeś nam nieprawdziwe informacje mające wpływ na wysokość składki, będziesz zobowiązany do dopłaty kwoty składki wynikającej z różnicy pomiędzy składką, jaka należałaby się nam, gdybyś podał dane prawdziwe, a składką przyjętą w umowie ubezpieczenia.
- 8.3. Pamiętaj, że wypłata odszkodowania lub świadczenia nie pomniejsza sumy ubezpieczenia (odnawialna suma ubezpieczenia), z zastrzeżeniem wypłaty odszkodowania za kradzież pojazdu, szkodę całkowitą lub wypłaty odszkodowania lub świadczenia w wysokości równej sumie ubezpieczenia (nie dotyczy NNWP).
- 8.4. Wypłacamy odszkodowanie lub spełniamy świadczenie w terminie:
 - a) 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym ochroną ubezpieczeniową;
 - b) jeśli w wyżej wymienionym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości odszkodowania lub świadczenia jest niemożliwe, odszkodowanie lub świadczenie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe; bezsporna część jest wypłacana w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym ochroną ubezpieczeniową.

9. Roszczenia zwrotne

- 9.1. Z chwilą wypłaty odszkodowania roszczenia Ubezpieczonego względem osób trzecich, odpowiedzialnych za spowodowanie szkody, przechodzą na nas do wysokości wypłaconego odszkodowania.
- 9.2. Nie przechodzą na nas roszczenia regresowe (zwrotne) Ubezpieczonego w stosunku do osób, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
- 9.3. Jeśli Ubezpieczony zrzekł się roszczeń o odszkodowanie w stosunku do osoby odpowiedzialnej za szkodę, względnie wyraził zgodę na ich zmniejszenie, możemy odmówić wypłaty odszkodowania lub odpowiednio je zmniejszyć. Jeśli fakt zrzeczenia się lub ograniczenia roszczeń przez Ubezpieczonego ujawnił się po wypłacie odszkodowania, przysługuje nam prawo do dochodzenia od osoby, której wypłacone zostało odszkodowanie, zwrotu całości lub stosownej części wypłaconego odszkodowania.

10. Sposób dochodzenia roszczeń

- 10.1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania, poinformujemy Ciebie lub Ubezpieczonego o tym fakcie, jeżeli nie jesteście osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmiemy postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia. Informujemy również osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
- 10.2. Jeżeli w terminach określonych pkt 8.4. nie wypłacimy odszkodowania lub świadczenia, zawiadamiamy pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli Ubezpieczony nie jest osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a także wypłacamy bezsporną część odszkodowania lub świadczenia. Jeżeli odszkodowanie lub świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, informujemy o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli Ubezpieczony nie jest osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Nasza informacja zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

11. Co rozumiemy przez pojęcia użyte w OWUK?

- 11.1. **awaria** – zdarzenie losowe, powodujące unieruchomienie pojazdu, wynikające z przyczyn wewnętrznych pochodzenia mechanicznego, elektrycznego, elektronicznego (w tym awarie alarmu montowanego fabrycznie i niefabrycznie), pneumatycznego lub hydraulicznego;
- 11.2. **bagaż** – przedmioty stanowiące własność Ubezpieczonego, które w chwili powstania szkody znajdowały się w pojeździe, w tym w bagażniku wewnętrznym lub bagażniku zewnętrznym pojazdu; za bagaż uznaje się również bagażnik zewnętrzny zamontowany na pojeździe, w tym boksy dachowe lub kuфы motocyklowe; za bagaż nie uznaje się biżuterii, pieniędzy, kart płatniczych ani innych środków płatniczych;
- 11.3. **CAA** – Centrum Alarmowe Assistance, to podmiot zajmujący się organizacją i świadczeniem usług określonych w OWUK w zakresie ubezpieczenia Assistance i klauzuli Droga do zdrowia;
- 11.4. **czasowa niezdolność do pracy** – trwająca nieprzerwanie co najmniej 14 dni, potwierdzona zwolnieniem lekarskim czasowa niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania działalności zarobkowej, spowodowana zarejestrowanym w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy;

- 11.15. **deszcz nawalny** – deszcz o współczynniku wydajności co najmniej 4 ustalonym przez Instytut Meteorologii i Gospodarki Wodnej (IMGW); przy braku uzyskania odpowiednich informacji z IMGW wystąpienie deszczu nawalnego stwierdza się na podstawie stanu faktycznego i rozmiaru szkód w miejscu ich powstania bądź w bezpośrednim sąsiedztwie;
- 11.16. **dni robocze** – dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
- 11.17. **EUROTAXGLASS'S, AUDATEX, INFO-EKSPERT, DAT** – systemy służące do wyceny wartości pojazdów, kalkulacji kosztów naprawy lub wyceny wartości pojazdów w stanie uszkodzonym; MONEX EUROTAXGLASS'S, AUDATEX OPTIMA, CALCDX DAT – moduły wymienionych systemów, które zawierają bazę dostępnych części zamiennych i materiałów porównywalnej jakości dystrybuowanych poza siecią oficjalnego producenta lub importera pojazdu (zamienniki);
- 11.18. **foteliki** – samochodowe foteliki lub podstawki bezpieczeństwa służące do przewozu dzieci, stanowiące własność Ubezpieczonego, które w chwili powstania szkody znajdowały się w pojeździe, w tym w bagażniku wewnętrznym lub bagażniku zewnętrznym pojazdu;
- 11.19. **godziny robocze** – godziny od 8.00 do 18.00 w dni robocze;
- 11.10. **grad** – opad atmosferyczny składający się z bryłek lodu;
- 11.11. **gwarantowana suma ubezpieczenia plus (GSU+)** – to kwota odpowiadająca wartości pojazdu z dnia złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i wskazana w polisie, a w przypadku gdy w dniu powstania szkody wartość pojazdu jest wyższa niż wskazana w polisie – kwota odpowiadająca wartości pojazdu z dnia powstania szkody, jednak nie wyższa niż 110% wartości pojazdu wskazanej w polisie. Kwota ta jest podstawą do ustalenia wysokości odszkodowania za szkodę całkowitą lub kradzież pojazdu;
- 11.12. **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny;
- 11.13. **inspekcja pojazdu** – wykonane na nasze zlecenie identyfikacja i oględziny pojazdu zgłoszonego do ubezpieczenia wraz z ustaleniem zakresu jego ewentualnych uszkodzeń, w celu weryfikacji danych i informacji podanych przez Ciebie we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, np. marka, model, numer rejestracyjny, numer VIN, ewentualne uszkodzenia, urządzenia zabezpieczające przed kradzieżą i aktualne badania techniczne;
- 11.14. **kierowca** – osoba kierująca pojazdem, w tym upoważniona do kierowania pojazdem przez samoistnego posiadacza pojazdu;
- 11.15. **kradzież pojazdu** – działanie sprawcy polegające na zabraniu w celu przywłaszczenia pojazdu lub na zabraniu w celu przywłaszczenia pojazdu z włamaniem (kradzież z włamaniem), które doprowadziło do utraty posiadania zabezpieczonego pojazdu, lub działanie sprawcy polegające na zabraniu w celu przywłaszczenia pojazdu przy użyciu przemocy lub groźąc natychmiastowym jej użyciem albo doprowadzając człowieka do stanu nieprzytomności lub bezbronności (rozbój), które doprowadziło do utraty posiadania pojazdu; pojęcie kradzieży nie obejmuje przypadków, gdy sprawca wszedł w posiadanie klucza lub innych urządzeń służących do otwarcia lub uruchomienia pojazdu za Twoim przyzwoleniem lub Ubezpieczonego, lub innej osoby upoważnionej do używania lub dysponowania pojazdem; w ubezpieczeniu Assistance pod pojęciem kradzieży rozumie się również zabór pojazdu w celu krótkotrwałego użycia;
- 11.16. **kraje europejskie**: Albania, Andora, Austria, Belgia, Białoruś, Bośnia i Hercegowina, Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Czarnogóra, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Islandia, Liechtenstein, Litwa, Luksemburg, Łotwa, Macedonia, Malta, Mołdawia, Monako, Niemcy, Norwegia, Polska, Portugalia, Rosja w części europejskiej, Rumunia, San Marino, Serbia, Słowacja, Słowenia, Szwajcaria, Szwecja, Turcja w części europejskiej, Ukraina, Watykan, Węgry, Wielka Brytania i Włochy;
- 11.17. **lawina** – gwałtowne zsuwanie się lub staczanie mas śniegu, lodu, błota, skał lub kamieni na terenach górskich lub falistych;
- 11.18. **lekarz CAA** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana i upoważniona do występowania w imieniu CAA;
- 11.19. **lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu;
- 11.20. **My** – UNIQA TU S.A., jesteśmy ubezpieczycielem;
- 11.21. **nagle zachorowanie** – nagły stan chorobowy, zagrażający zdrowiu Ubezpieczonego, który spowodował konieczność udzielenia Ubezpieczonemu natychmiastowej pomocy medycznej, jednakże niewymagający świadczeń pogotowia ratunkowego; dla ubezpieczenia Assistance w wariantach Standard, Premium lub Prestiż stan ten musi powstać w okresie naszej odpowiedzialności oraz w czasie podróży ubezpieczonym pojazdem;
- 11.22. **nieszcześliwy wypadek** – nagłe zdarzenie powstałe w okresie naszej odpowiedzialności, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego, które:
- a) na potrzeby ubezpieczenia NNW i klauzuli Droga do zdrowia – powstało w związku z:
 - i) ruchem pojazdu wskazanego w polisie,
 - ii) przebywaniem Ubezpieczonego w pojeździe wskazanym w polisie w przypadku zatrzymania lub postoju na trasie jazdy,
 - iii) wsiadaniem i wysiadaniem z pojazdu wskazanego w polisie,
 - iv) naprawą na trasie ruchu pojazdu wskazanego w polisie;
 - b) na potrzeby ubezpieczenia NNWP – powstało w związku z pracą;
 - c) na potrzeby ubezpieczenia Assistance – spowodowało u Ubezpieczonego trwałe uszczerbek na zdrowiu lub rozstrój zdrowia;
- 11.23. **okres eksploatacji pojazdu**:
- a) dla celów zawarcia umowy ubezpieczenia – okres liczony od daty pierwszej rejestracji pojazdu dokonanej w roku jego produkcji do pierwszego dnia okresu ubezpieczenia; jeżeli data pierwszej rejestracji nie jest znana lub pierwsza rejestracja nastąpiła po roku produkcji, to okres eksploatacji jest liczony od dnia 31 grudnia roku produkcji pojazdu;
 - b) dla celów postępowania likwidacyjnego – okres liczony od daty pierwszej rejestracji pojazdu dokonanej w roku jego produkcji do dnia powstania szkody; jeżeli data pierwszej rejestracji nie jest znana lub pierwsza rejestracja nastąpiła po roku produkcji, to okres eksploatacji jest liczony od dnia 31 grudnia roku produkcji pojazdu;
- 11.24. **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca z Ubezpieczonym, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji;
- 11.25. **osuwanie się ziemi** – niespodowodowane działalnością ludzką zsuwanie się ziemi po stoku;
- 11.26. **pasażer** – każda osoba podróżująca pojazdem w momencie zajęcia wypadku lub zdarzenia assistance, z wyłączeniem osób przewożonych odpłatnie oraz autostopowiczów;
- 11.27. **pojazd** – środek transportu (w tym pojazd specjalny) przeznaczony do poruszania się po drodze, wskazany w polisie, dopuszczony do ruchu, posiadający ważne badania techniczne, zarejestrowany lub podlegający rejestracji w Polsce, stosownie do przepisów ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym, na którego ubezpieczenie wyraziliśmy zgodę;
- 11.28. **pojazd nielegalnie sprowadzony z zagranicy** – pojazd sprowadzony z zagranicy do Polski z naruszeniem obowiązku odprawy celnej lub na podstawie dokumentu nabycia pojazdu, zawierającego nieprawdziwe dane dotyczące własności pojazdu, tożsamości sprzedającego lub nieprawdziwe dane identyfikacyjne pojazdu (marka, typ, numer identyfikacyjny VIN);
- 11.29. **pojazd specjalny** – pojazd samochodowy przeznaczony do wykonywania specjalnej funkcji, która powoduje konieczność dostosowania nadwozia lub posiadania wyposażenia specjalnego (pojazdy wymienione w tabeli nr 3 rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 27 września 2003 r. w sprawie szczegółowych

- czynności organów w sprawach związanych z dopuszczeniem pojazdów do ruchu oraz wzorów dokumentów w tych sprawach); w pojeździe tym mogą być przewożone osoby lub rzeczy związane z wykonywaniem funkcji specjalnej;
- 11.30. **powódź** – zalanie terenu w następstwie podniesienia się poziomu wody w korytach wód płynących lub stojących; fakt wystąpienia powodzi ustala się w oparciu o informacje uzyskane z Instytutu Meteorologii i Gospodarki Wodnej (IMGW), a w przypadku braku uzyskania odpowiednich informacji z IMGW bierze się pod uwagę stan faktyczny i rozmiar szkód w miejscu ubezpieczenia, świadczące o wystąpieniu powodzi;
- 11.31. **pożar** – proces spalania wynikający z działania czynnika termicznego lub chemicznego pochodzącego z zewnątrz lub wewnątrz pojazdu;
- 11.32. **przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze** – elementy wspomagające leczenie następstw nieszczęśliwego wypadku, zalecone przez lekarza: gorsety, protezy, kule, stabilizatory, aparaty ortopedyczne, wózki inwalidzkie;
- 11.33. **silny wiatr** – wiatr o prędkości nie mniejszej niż 15 m/s (54 km/h) ustalonej przez Instytut Meteorologii i Gospodarki Wodnej (IMGW), którego działanie wyrządza masowe szkody, a w przypadku braku opinii IMGW wystąpienie silnego wiatru stwierdza się na podstawie stanu faktycznego i rozmiaru szkód w miejscu ich powstania bądź bezpośrednim sąsiedztwie;
- 11.34. **siły przyrody** – na potrzeby ubezpieczenia MINI AC są to: deszcz nawalny, grad, lawina, osuwanie się ziemi, powódź, pożar, silny wiatr, trzęsienie ziemi, uderzenie pioruna, zapadanie się ziemi;
- 11.35. **szkoda** – w ubezpieczeniach AC, MINI AC – uszczerbek majątkowy w pojeździe, wyposażeniu dodatkowym lub wyposażeniu specjalnym, polegający na jego uszkodzeniu lub utracie, z wyłączeniem utraconych korzyści lub ubytku wartości pojazdu; w ubezpieczeniu NNW – uszkodzenie ciała lub śmierć; w ubezpieczeniu NNWP – czasowa niezdolność do pracy; w ubezpieczeniu Bagaż i foteliki – uszczerbek majątkowy w bagażu lub fotelikach polegający na ich uszkodzeniu w wyniku wypadku lub utracie;
- 11.36. **szkoda całkowita pojazdu** – uszkodzenie pojazdu w takim stopniu, że szacowany koszt naprawy (liczony zgodnie z: dla AC – rozdział I pkt 9.4; dla MINI AC – rozdział II pkt 9.3) przekracza 70% wartości pojazdu w dniu powstania szkody, nie wyższej jednak niż wartość pojazdu wskazana w polisie, a w razie zawarcia umowy z „GSU+” – 70% wartości pojazdu wskazanej w polisie, a w przypadku gdy wartość pojazdu w dniu powstania szkody jest wyższa niż wartość pojazdu wskazana w polisie – 70 % wartości pojazdu w dniu powstania szkody, przy czym wartość pojazdu nie będzie wyższa niż 110% jego wartości wskazanej w polisie;
- 11.37. **szkoda częściowa pojazdu** – uszkodzenie pojazdu w takim stopniu, że szacowany koszt naprawy (liczony zgodnie z: dla AC – rozdział I pkt 9.4; dla MINI AC – rozdział II pkt 9.3) nie przekracza 70% wartości pojazdu w dniu powstania szkody, nie wyższej jednak niż wartość pojazdu wskazana w polisie, a w razie zawarcia umowy z „GSU+” – 70% wartości pojazdu wskazanej w polisie, a w przypadku gdy wartość pojazdu w dniu powstania szkody jest wyższa niż wartość pojazdu wskazana w polisie – 70 % wartości pojazdu w dniu powstania szkody, przy czym wartość pojazdu nie będzie wyższa niż 110% jego wartości wskazanej w polisie;
- 11.38. **szpital** – działający zgodnie z prawem zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony dla chorych, wymagających opieki leczniczej, zabiegów operacyjnych lub zabiegów diagnostycznych, zapewniający chorym całodobową opiekę średniego i wyższego personelu medycznego; w rozumieniu OWUK za szpital nie uważa się ośrodków opieki społecznej, ośrodków dla psychicznie chorych, hospicjów onkologicznych, ośrodków dla leczenia uzależnień od narkotyków, alkoholu i innych, ośrodków sanatoryjnych, ośrodków rehabilitacyjnych ani ośrodków wypoczynkowych;
- 11.39. **świadczenia zdrowotne** – świadczenia, które zostały wymienione w rozdziale VI pkt 1.14. w Tabeli świadczeń zdrowotnych – Droga do zdrowia;
- 11.40. **trzęsienie ziemi** – naturalne, gwałtowne wstrząsy skorupy ziemskiej;
- 11.41. **Ty (Ubezpieczający)** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z nami umowę ubezpieczenia;
- 11.42. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej (w zależności od zakresu ubezpieczenia wybranego w momencie składania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia), na której rachunek zawarto umowę ubezpieczenia, tj. w przypadku umów ubezpieczenia AC, MINI AC, Szyby – właściciel pojazdu; w przypadku umowy ubezpieczenia NNW, Bagaż foteliki oraz Assistance (z zastrzeżeniem świadczenia „Samochód zastępczy” określonego w rozdziale IX pkt 2.5 oraz wariantu „Samochód zastępczy do 5 dni po wypadku” określonego w rozdziale IX pkt 4) – kierowca lub pasażer (odpowiednio do opisu poszczególnych świadczeń); w przypadku świadczenia „Samochód zastępczy” i wariantu „Samochód zastępczy do 5 dni po wypadku”, o których mowa powyżej – kierowca; w przypadku umowy ubezpieczenia NNWP – właściciel pojazdu lub korzystający z niego w ramach umowy leasingu lub umowy najmu długoterminowego (tj. umowy najmu zawartej na okres co najmniej 12 miesięcy), prowadzący działalność gospodarczą w formie jednoosobowej lub będący współnikiem spółki cywilnej; w przypadku umowy ubezpieczenia Zielona Karta – posiadacz pojazdu i każda osoba kierująca pojazdem w chwili zajścia zdarzenia objętego zakresem danego ubezpieczenia; w przypadku ubezpieczenia Pomoc Medyczna 24 – właściciel pojazdu oraz osoby bliskie, o ile pozostają z nim we wspólnym gospodarstwie domowym;
- 11.43. **uderzenie pioruna** – bezpośrednie wyładowanie atmosferyczne na ubezpieczone mienie, pozostawiające ślady tego zdarzenia;
- 11.44. **udział własny** – wartość wyrażona kwotowo lub procentowo, o którą pomniejszane jest odszkodowanie, wskazana we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzona w polisie;
- 11.45. **uniernuchomienie pojazdu** – stan pojazdu, który uniemożliwia dalsze jego używanie na drogach publicznych w sposób bezpieczny lub zgodny z przepisami ruchu drogowego z powodu stanu technicznego, w jakim ten pojazd się znalazł w wyniku zdarzenia assistance; uniernuchomienie pojazdu obejmuje sytuacje, kiedy pojazd nie może się poruszać samodzielnie, jak też wówczas, gdy zostały uszkodzone elementy bezpośrednio wpływające na bezpieczeństwo, w szczególności oświetlenie, hamulce; uniernuchomieniem pojazdu nie jest:
- przeładowanie pojazdu uniemożliwiające dalsze jego używanie na drogach publicznych w sposób bezpieczny lub zgodny z przepisami ruchu drogowego, jak też inna niesprawność wynikająca z przeładowania pojazdu;
 - odstawienie pojazdu do warsztatu naprawczego bez udziału CAA w celu dokonania napraw, w tym wcześniej umówionych, wykonywanie przeglądów i badań technicznych oraz usuwanie ewentualnych usterek wykrytych w czasie ich trwania, a także wykonanie napraw blacharsko-lakierniczych oraz montaż dodatkowego wyposażenia;
 - faktyczne uniemożliwienie ruchu pojazdu nieskutkujące powstaniem uszkodzeń technicznych pojazdu;
- 11.46. **uszkodzenie ogumienia** – brak powietrza w oponie lub oponach – z przyczyn takich jak przebiecie lub wystrzelenie opony lub dętki, niesprawne wentyle, inne przyczyny, z powodu których uchodzi powietrze z opony lub dętki;
- 11.47. **warsztat partnerski** – warsztat współpracujący z nami w zakresie napraw pojazdów; lista warsztatów partnerskich zamieszczona jest na naszej stronie internetowej;
- 11.48. **wartość pojazdu** – wartość ustalona przez nas na podstawie danych zawartych w systemie (katalogu) INFO-EKSPERT; przy braku powyższych notowań dla danego pojazdu wartość pojazdu ustala się z wykorzystaniem systemu EUROTAXGLASS'S, a w razie jego braku także w tym systemie – metody oceny indywidualnej w uzgodnieniu z Tobą; wartość pojazdu uwzględnia wartość wskazanego przez Ciebie we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wyposażenia dodatkowego lub wyposażenia specjalnego; wartość pojazdu fabrycznie nowego, potwierdzona

fakturą zakupu, stanowi wartość pojazdu w rozumieniu OWUK, w okresie 12 miesięcy od daty jej wystawienia; w przypadku umów ubezpieczenia, które zostały zawarte z zastosowaniem „GSU+”, wartość pojazdu jest równa wartości pojazdu z dnia powstania szkody, jednak nie mniejsza niż wartość pojazdu z dnia złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i wskazana w polisie nie większa niż 110% tej wartości;

11.49. wypadek:

- a) na potrzeby ubezpieczenia AC – uszkodzenie lub zniszczenie pojazdu, jego części, wyposażenia dodatkowego lub wyposażenia specjalnego pojazdu specjalnego wskazanego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, powstałe wskutek wszelkich nagłych i nieprzewidzianych zdarzeń, które miały miejsce w czasie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia AC i wynikały z przyczyn zewnętrznych;
 - b) na potrzeby ubezpieczenia MINI AC – uszkodzenie lub zniszczeniu pojazdu lub jego części wskutek działania sił przyrody, tj. deszczu nawałnego, gradu, lawiny, osuwania się ziemi, powodzi, pożaru, silnego wiatru, trzęsienia ziemi, uderzenia pioruna, zapadania się ziemi, które miały miejsce w czasie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia MINI AC;
 - c) na potrzeby ubezpieczenia Assistance i ubezpieczenia Bagażu i fotelików – zdarzenie niezależne od woli Ubezpieczonego lub kierowcy, które miało miejsce w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, w którego wyniku unieruchomieniu lub zniszczeniu uległ pojazd podany w polisie na skutek:
 - i) kolizji z udziałem innych uczestników ruchu drogowego, w tym kolizji z udziałem osób,
 - ii) kolizji z przedmiotami i zwierzętami pochodzącymi z zewnątrz pojazdu, wyrócenia się pojazdu, wpadnięcia pojazdu do rowu, spadku pojazdu ze skarpy,
 - iii) pożaru lub wybuchu wynikających z działania czynnika termicznego lub chemicznego pochodzącego z zewnątrz lub wewnątrz pojazdu,
 - iv) powodzi, zatopienia, opadu atmosferycznego, huraganu, gradu, uderzenia pioruna, lawiny, osuwania lub zapadania się ziemi, lub innych sił przyrody,
 - v) włamania lub próby włamania do pojazdu przez osoby trzecie oraz zaboru przez osoby trzecie części pojazdu lub jego wyposażenia,
 - vi) uszkodzenia przez osoby trzecie, zwierzęta lub wandalizm dokonanego przez osoby trzecie,
 - d) na potrzeby ubezpieczenia Szyby – uszkodzenie lub zniszczenie w pojeździe szyby: czołowej, bocznej lub tylnej, o ile nie stanowi ona integralnej części dachu pojazdu,
- z zastrzeżeniem wyłączeń;

11.50. wyposażenie dodatkowe – urządzenia wskazane przez Ciebie we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, które nie są montowane standardowo przez producenta pojazdu w warunkach montażu fabrycznego lub generalnego importera pojazdu do Polski, których demontaż nie jest możliwy bez użycia narzędzi mechanicznych;

11.51. wyposażenie specjalne – urządzenia wskazane przez Ciebie we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, które nie są montowane przez producenta pojazdu specjalnego w warunkach montażu fabrycznego lub generalnego importera pojazdu specjalnego do Polski, których montaż był konieczny w celu dostosowania nadwozia do wykonywania specjalnej funkcji, a których demontaż nie jest możliwy bez użycia narzędzi mechanicznych;

11.52. zapadanie się ziemi – obniżenie terenu z powodu zawałenia się naturalnych, podziemnych, pustych przestrzeni w gruncie;

11.53. zdarzenie assistance – zaistniałe w okresie ochrony ubezpieczeniowej:

- a) awaria lub
- b) wypadek, lub
- c) kradzież pojazdu, lub
- d) nagłe zachorowanie, lub
- e) nieszczęśliwy wypadek, lub
- f) uszkodzenie ogumienia;

11.54. zwierzę domowe – kot należący do ras domowych lub pies.



XII. REKLAMACJE

1. Kiedy możesz złożyć reklamację?

- 1.1. W każdym przypadku osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, osobą uprawnioną z umowy ubezpieczenia lub spadkobiercą posiadającym interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamację.
- 1.2. W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do nas, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia składane przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierające zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie, który niezwiązany jest z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.
- 1.3. W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do nas, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia dotyczące brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierające zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie, który niezwiązany jest z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.

2. Jak możesz złożyć reklamację?

- 2.1. Reklamacje możesz złożyć:
 - a) w postaci elektronicznej poprzez formularz na stronie uniqa.pl/reklamacje;
 - b) ustnie:
 - i) telefonicznie pod numerem naszej infolinii +48 22 599 95 22,
 - ii) osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie;
 - c) na piśmie:
 - i) osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie,
 - ii) przesyłką pocztową na adres: 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51,
 - iii) na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w ustawie z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych jako rejestru publicznego prowadzonego przez ministra właściwego do spraw informatyzacji, tj. AE:PL-71235-46013-CSHSF-26.
- 2.2. Złożenie reklamacji niezwłocznie po ustaleniu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
- 2.3. W przypadku gdy nie posiadamy danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, w przypadku osoby prawnej lub spółki nieposiadającej osobowości prawnej – firmę i adres

siedziby, adres do korespondencji, adres e-mail (w razie wyboru takiej formy kontaktu).

3. Jak udzielimy Ci odpowiedzi na reklamację?

- 3.1. Odpowiedzi na reklamację udzielamy na piśmie. Jeżeli jesteś osobą fizyczną i chcesz otrzymać odpowiedź na reklamację mailowo, poinformuj nas o tym.
- 3.2. Odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.
- 3.3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć reklamacji i udzielić na nią odpowiedzi w terminie 30 dni, osobę, która złożyła reklamację, informujemy o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.

4. A co, jeśli nie zgadzasz się z naszą odpowiedzią na reklamację?

- 4.1. Jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację nie zgadza się z naszą odpowiedzią na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
- 4.2. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa; www.rf.gov.pl).
- 4.3. Możesz również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko nam. Powództwo wytaczasz według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby:
 - a) Twojej;
 - b) osoby uprawnionej;
 - c) Twojego spadkobiercy;
 - d) spadkobiercy osoby uprawnionej.
- 4.4. Jeśli jesteś konsumentem, masz także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
- 4.5. Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

5. Kto może złożyć skargę lub zażalenie?

Podmioty, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji, zgodnie z tym rozdziałem, mogą złożyć skargę lub zażalenie. Do skarg i zażeń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia pkt: 2, 3.1, 3.2 i 4.4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć skargi lub zażenia i udzielić odpowiedzi w terminie 30 dni, osobę, która je złożyła, informujemy w tym terminie o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na skargę lub zażalenie udzielimy nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

XIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

- 1.1. Wszelkie zawiadomienia i wyjaśnienia, z zastrzeżeniem rozdziału XII pkt 2.1 i 3.1, mogą być dokonywane w rozmowie telefonicznej rejestrowanej i archiwizowanej przez nas, drogą elektroniczną (skan dokumentu) lub w formie pisemnej.
- 1.2. W sprawach, których nie regulują OWUK oraz umowa ubezpieczenia, stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.
- 1.3. OWUK zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/25/03/2025 z 25 marca 2025 r.

XIV. OBOWIĄZKI INFORMACYJNE

Obowiązki informacyjne wynikają z art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, dlatego informujemy, że:

- 1.1. UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (zwana dalej my) ma siedzibę w Warszawie, przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa i jest

wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000271543. UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. uzyskała zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej oraz działalności reasekuracyjnej zezwoleniem Ministra Finansów z dnia 4 września 2000 r. nr FI/79/AU/JB/98, decyzją Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 19 grudnia 2006 r. nr NU/DPL/401/41/58/06/WR, oraz decyzją Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 17 grudnia 2008 r. nr DNS/602/75/15/08/JK.

- 1.2. Umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych reguluje ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Umowę ubezpieczenia w zakresie dobrowolnym, tj. autocasco, minicasco, szyb, bagażu i fotelików, następstw nieszczęśliwych wypadków, następstw nieszczęśliwych wypadków przedsiębiorcy, zielonej karty, assistance regulują Ogólne warunki ubezpieczeń komunikacyjnych zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/25/03/2025 z 25 marca 2025 r. Istotą naszych świadczeń jest zapewnienie ochrony ubezpieczeniowej, a w razie zaistnienia przewidzianego w umowie wypadku wypłacenie odszkodowania lub świadczenia, a także organizacja, pokrycie kosztów pomocy bądź dokonanej naprawy lub wymiany. Wszelkie wątpliwości oraz szczegóły dotyczące istoty świadczenia możesz wyjaśnić z naszym pracownikiem Call Center, dzwoniąc pod numer +48 22 599 95 22 (koszt połączenia według taryfy operatora) bądź odwiedzając stronę internetową uniqa.pl.
- 1.3. Składka ubezpieczeniowa, która powinna zostać nam zapłacona, wyliczana jest bądź przez doradcę w trakcie rozmowy telefonicznej, naszego agenta ubezpieczeniowego, bądź we własnym zakresie z wykorzystaniem kalkulatora dostępnego na stronie internetowej. Składka wyliczana jest w oparciu o deklarację ryzyka, a w szczególności w oparciu o informacje przekazane we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz zgodnie z taryfą, z uwzględnieniem aktualnych promocji.
- 1.4. Składka, za naszą zgodą, może zostać opłacona jednorazowo, w dwóch, w czterech bądź dwunastu ratach. Składkę należy opłacić w terminie ustalonym przy składaniu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub wskazanym w propozycji zawarcia umowy ubezpieczenia lub polisie.
- 1.5. Umowa ubezpieczenia dobrowolnego zawierana jest na okres wskazany w polisie, w którym to okresie, w zamian za zapłacenie składki, zapewniamy ochronę ubezpieczeniową w zakresie wynikającym z zawartej umowy ubezpieczenia.
- 1.6. Przysługuje Ci prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia aktualnie przekazywanych informacji – jeżeli jest to termin późniejszy. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia dobrowolnego możesz nam przekazać w dowolnej formie, także telefonicznie lub za pośrednictwem drogi elektronicznej. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych niezbędne jest złożenie oświadczenia woli w formie pisemnej. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia istnieje obowiązek zapłacenia wyłącznie części składki obliczonej proporcjonalnie za każdy dzień świadczonej przez nas ochrony ubezpieczeniowej.
- 1.7. Koszt połączenia z numerem infolinii Ubezpieczyciela (+48 22 599 95 22) jest ponoszony przez dzwoniącego, zgodnie z taryfą danego operatora.
- 1.8. Informacja o wysokości składki ustalona w trakcie rozmowy z naszym doradcą, agentem ubezpieczeniowym lub wyliczona przy użyciu kalkulatora dostępnego na stronie internetowej uniqa.pl jest aktualna przez okres 30 dni, nie później jednak niż do dnia wskazanego w propozycji zawarcia umowy ubezpieczenia jako dzień jej ważności, o ile do tego czasu nie nastąpiły istotne zmiany wpływające na szacowanie ryzyka w zakresie danych podanych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- 1.9. Umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego zawierana jest na okres 12 miesięcy – z zastrzeżeniem wyjątków określonych w art. 27

ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

- 1.10. W każdym przypadku osoba zainteresowana może wnosić do nas skargi, reklamacje i zażalenia. Szczegółowe zasady zgłaszania reklamacji, skarg lub zażaleń dostępne są w ogólnych warunkach ubezpieczenia, jak również na stronie uniqa.pl. Możliwe jest również skierowanie pisemnej skargi do Rzecznika Finansowego oraz Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
- 1.11. Informujemy, że Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny działa na zasadach określonych w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.
- 1.12. Językiem stosowanym w relacjach z konsumentem jest język polski.
- 1.13. Prawem właściwym, stanowiącym podstawę naszych stosunków z konsumentem przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak również właściwym dla zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, jest prawo polskie.
- 1.14. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej

ustawy jest Rzecznik Finansowy (ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa; www.rf.gov.pl).

- 1.15. Wszelkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia będą rozpatrywane na następujących zasadach:
 - a) powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia; 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;
 - b) powództwo o roszczenie wynikające z umów ubezpieczeń obowiązkowych lub obejmujące roszczenia z tytułu tych ubezpieczeń można wytoczyć bądź według przepisów o właściwości ogólnej, bądź przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby poszkodowanego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień pkt 1.16.
- 1.16. Powództwo o odszkodowanie z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych wytacza się wyłącznie przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania albo siedziby poszkodowanego zdarzeniem powodującym szkodę albo przed sąd właściwy dla miejsca zaistnienia tego zdarzenia. W braku wskazanych wyżej podstaw właściwości miejscowej powództwo można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej. Przelew wierzytelności nie wpływa na właściwość sądu.

XV. TABELA USZKODZEŃ CIAŁA NNW

A. USZKODZENIA GŁOWY		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
1. Uszkodzenia powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):		
a) rany skóry owłosionej głowy od 2 do 6 cm długości	1	
b) rany powyżej 6 do 10 cm długości	3	
c) rany powyżej 10 cm długości	8	
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) powyżej 10 do 50 cm ²	10	
d) powyżej 50 cm ²	20	
4. Rozpoznane wstrząśnienie mózgu w następstwie urazu czaszkowo-mózgowego:		
a) z hospitalizacją od 1 do 2 dni	1	
b) z hospitalizacją od 3 do 5 dni	2	
c) z hospitalizacją od 6 do 10 dni	5	
d) z hospitalizacją powyżej 10 dni	10	
5. Urazy śródczaszkowe		
a) krwiak śródczaszkowy pourazowy, potwierdzony w badaniach obrazowych mózgu (TK, RM) leczony zachowawczo	10	
b) krwiak śródczaszkowy pourazowy leczony operacyjnie	20	
c) krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o czasowej niezdolności do pracy na ponad 12 miesięcy	30	
d) krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy	60	
e) krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji	100	
f) zaburzenia mowy związane z urazem czaszkowo-mózgowym – afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agraphią i aleksją	80	
g) zaburzenia mowy związane z urazem czaszkowo-mózgowym – afazja całkowita motoryczna	60	
6. Uszkodzenia nerwów ruchowych:		
a) błoczkowy, dodatkowy, podjęzykowy	2	
b) okoruchowy, odwodzący, trójdzielný, twarzowy, błędny, językowo-gardłowy	3	
B. USZKODZENIA TWARZY		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
7. Uszkodzenia powłok twarzy (rany i ubytki):		
a) rany skóry twarzy od 2 do 5 cm długości	1	
b) rany skóry twarzy powyżej 5 do 10 cm długości	3	
c) rany skóry twarzy powyżej 10 cm długości	10	

d) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	5
8. Uszkodzenia nosa:	
a) złamanie kości nosa i przegrody nosa wieloodłamowe, z przemieszczeniem	5
b) złamanie kości przegrody nosa i przegrody nosa z przemieszczeniem	2
c) inne złamania kości przegrody nosa lub przegrody nosa bez przemieszczenia	1
d) utrata części nosa operowana rekonstrukcyjnie	7
e) utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	30
9. Utrata zębów stałych	
a) utrata siekaczy i kłów (za każdy ząb)	
i) co najmniej korona	3
ii) utrata częściowa	1
b) utrata pozostałych zębów	
i) co najmniej korona	1
ii) utrata częściowa	0,5
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	1
b) częściowa utrata języka	3
c) całkowita utrata języka	50
C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU	
Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
15. Porażenia nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
a) jednego oka	15
b) obu oczu	30
16. Uszkodzenia gałki ocznej wskutek urazów tępych, drażących, urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:	
a) bez zaburzeń ostrości wzroku – z potwierdzeniem dodatniego testu barwienia rogówki (fluoresceiną lub innym barwnikiem) lub koniecznością leczenia okulistycznego z minimum 3 wizytami u specjalisty okulisty	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 (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 tętniacy pourazowy	
	40
Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Ocenę końcową należy pomniejszyć o ewentualne wcześniejsze upośledzenie ostrości wzroku. W przypadku uszkodzenia narządu wzroku kolejne należne świadczenie wypłacane z tytułu tego samego nieszczęśliwego wypadku pomniejszane jest o kwotę już wypłaconego świadczenia.	
D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU (NIE PODLEGAJĄ SUMOWANIU) Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
23. Urazy małżowiny usznej:	
a) rany	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. Uszkodzenia ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, ucha wewnętrznego:	
a) bez utraty słuchu, jednostronne	1
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. POURAZOWE USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZĘŁYKU Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
26. Uszkodzenia gardła, tchawicy leczone operacyjnie	
	7
27. Uszkodzenie krtani:	
a) pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawicznej	5
b) powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawicznej	30
28. Uszkodzenie przełyku:	
a) leczone operacyjnie	7
b) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	35
29. Uszkodzenia skóry szyi:	
a) rany skóry do 2 cm długość	0,5
b) rany skóry od 2 do 7 cm długości	1
c) rany skóry powyżej 7 cm długości	3
F. USZKODZENIA KŁATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
30. Uszkodzenia części miękkich klatki piersiowej, plev, grzbietu:	
a) rany skóry od 5 do 10 cm długości	1
b) rany skóry powyżej 10 cm długości	2
c) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	1
31. Uszkodzenia 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
32. 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
33. Złamania mostka:	
a) bez przemieszczenia, wygojone bez deformacji	1

b) bez przemieszczenia, wygojone z deformacją	2
c) z przemieszczeniem	4
d) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem	6
34. Uszkodzenia 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
35. Uszkodzenia serca lub osierdzia:	
a) uszkodzenia serca wymagające nakłucia osierdzia	10
b) uszkodzenia serca lub osierdzia leczone operacyjnie	30
36. Uszkodzenia przepony leczone operacyjnie	10
G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
37. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej:	
a) rany skóry od 5 do 10 cm długości	1
b) rany skóry powyżej 10 cm długości	2
c) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	1
d) rany brzucha leczone operacyjnie z otwarciem jamy otrzewnowej	5
38. Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:	
a) leczone operacyjnie, bez utraty narządów jamy brzusznej	5
b) utrata części żołądka, jelita cienkiego lub grubego	10
39. Uszkodzenia 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
40. Uszkodzenia odbytnicy, odbytu, zwieracza odbytu:	
a) uszkodzenia zaopatrzone chirurgicznie lub operacyjnie	4
b) uszkodzenia wymagające odbytu sztucznego	15
41. Uszkodzenia śledziony:	
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata całkowita śledziony	15
42. Uszkodzenia 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	
43. Uszkodzenia 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, przy działającej prawidłowo drugiej nerce	25
e) utrata całkowita nerki, przy działającej z zaburzeniami drugiej nerce	30
f) utrata obu nerek	100
44. Uszkodzenie moczowodu:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone endoskopowo, operacyjnie	5
c) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
45. Uszkodzenia pęcherza moczowego:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone operacyjnie	10
c) utrata całkowita pęcherza	50
46. Uszkodzenia cewki moczowej:	
a) leczone zachowawczo	1
b) leczone endoskopowo	5
c) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
47. Uszkodzenia prącia:	
a) rany	2
b) uszkodzenia leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	5
c) częściowa utrata prącia	20
d) całkowita utrata prącia	40
48. Uszkodzenia 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
49. Utrata macicy	30
50. Pourazowe uszkodzenia krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy:	
a) rany skóry	2
b) uszkodzenia mięśni lub powięzi, zaopatrzone chirurgicznie	7
c) uszkodzenia leczone operacyjnie lub rekonstrukcyjnie	15
I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
51. Uszkodzenia kręgosłupa szyjnego:	
a) skręcenie bez unieruchomienia	1
b) skręcenie z unieruchomieniem	2
c) zwłknięcie	4

d) złamanie trzonów lub łuków kręgow leczone zachowawczo (każdy)	5
e) złamanie trzonów lub łuków kręgow leczone operacyjnie (każdy)	7
f) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%.	
52. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th10):	
a) skręcenie	1
b) zwichnięcie	2
c) złamanie trzonów lub łuków kręgow leczone zachowawczo (każdy)	4
d) złamanie trzonów lub łuków kręgow 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%.	
53. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11–L5):	
a) skręcenie	2
b) zwichnięcie	4
c) złamanie trzonów lub łuków kręgow leczone zachowawczo (każdy)	5
d) złamanie trzonów lub łuków kręgow 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%.	
54. Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	
a) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), leczone zachowawczo	10
b) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), leczone operacyjnie	20
c) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o czasowej niezdolności do pracy na ponad 12 miesięcy	30
d) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy	60
e) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji	100
J. USZKODZENIA MIEDNICY Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
55. Rozejście się spojenia łonowego	5
56. Zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego	10

57. Złamania miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe:	
a) w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa lub kulszowa)	2
b) w odcinku przednim – kość łonowa i kulszowa lub obustronnie	5
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a) bez przemieszczenia	10
d) w odcinku przednim i tylnym z przemieszczeniem	20
58. Złamanie panewki stawu biodrowego, zwichnięcia:	
a) tylnej kolumny, tylnej krawędzi	15
b) przedniej kolumny, przedniej krawędzi	5
c) zwichnięcie centralne I°	7
d) zwichnięcie centralne II°	15
e) zwichnięcie centralne III°/IV°	30
f) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
59. 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	1
g) złamanie kości ogonowej z przemieszczeniem	3
K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
ŁOPATKA	
60. Złamania łopatki:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	1
OBOJCZYK	
61. Złamania obojczyka:	
a) złamania wieloodłamowe	5
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	3
c) inne złamania	2
62. Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego:	
a) zwichnięcie I°	1
b) zwichnięcie II°	3
c) zwichnięcie III°	5

BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY	
63. Uszkodzenia stawu ramiennieo-łopatkowego (skręcenia, zwichnięcia, złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku:	
a) skręcenie	1
b) zwichnięcie bez repozycji (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	1
c) zwichnięcie wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	3
d) uszkodzenia, zerwanie ścięgna, przyczepów barku leczone operacyjnie	4
e) uszkodzenia, zerwanie ścięgna, przyczepów barku leczone zachowawczo	2
f) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
g) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
h) inne złamania	2
i) złamania leczone protezoplastyką	15
64. Utrata kończyny w stawie ramiennieo-łopatkowym	65
65. Utrata kończyny wraz z łopatką	70
RAMIĘ	
66. Złamanie trzonu kości ramiennej:	
a) wieloodłamowe	7
b) złamanie otwarte	10
c) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
d) inne złamania	2
67. Izolowane uszkodzenia części miękkich ramienia, skóry, mięśni, ścięgien:	
a) rany skóry od 2 do 5 cm długości	0,5
b) rany skóry powyżej 5 cm długości	1
c) uszkodzenie mięśnia dwugłowego leczone operacyjnie (szycie)	4
d) uszkodzenie innych mięśni i ścięgien ramienia zaopatrzone chirurgicznie	3
e) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	1
68. Utrata kończyny w obrębie ramienia	60
STAW ŁOKCIOWY	
69. Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
c) inne złamania	2
70. Inne uszkodzenia łokcia:	
a) skręcenie z unieruchomieniem	1
b) skręcenie bez unieruchomienia	0,5
c) zwichnięcie	3
PRZEDRAMIĘ	
71. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5

b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	3
c) inne złamania	1
72. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, lub złamania Monteggia, Galeazziego	9
b) złamanie otwarte	7
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
d) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	3
e) inne złamania	1
73. Izolowane uszkodzenia części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien:	
a) rany skóry powyżej 7 cm długości	1
b) uszkodzenia mięśni zaopatrzone chirurgicznie	2
c) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	1
d) uszkodzenia ścięgien zaopatrzone chirurgicznie (każde)	2
74. Utrata kończyny w obrębie przedramienia	55
NADGARSTEK	
75. Uszkodzenia nadgarstka:	
a) złamania mnogie kości nadgarstka z przemieszczeniem	7
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
d) zwichnięcie	5
e) skręcenie bez unieruchomienia	0,5
f) skręcenie z unieruchomieniem	1
76. Utrata ręki na poziomie nadgarstka	50
ŚRÓDRĘCZE	
77. Złamania kości śródręcza:	
a) I kość śródręcza:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
ii) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
iii) inne złamania	2
b) II kość śródręcza:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	4
ii) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii) inne złamania	1
c) III, IV, V kość śródręcza:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	2
ii) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii) inne złamania	1
78. Inne uszkodzenie dłoni i śródręcza:	1
a) rany dłoni i śródręcza powyżej 3 cm długości (z wyjątkiem palców)	1
b) rany dłoni i śródręcza do 3 cm długość (z wyjątkiem palców)	0,5
c) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	5

KCIUK	
79. Utrata w zakresie kciuka:	
a) utrata całkowita opuszki	1
a) utrata częściowa opuszki	0,5
b) utrata paliczka paznokciowego	6
c) utrata obu paliczków bez kości śródręcza	10
d) utrata obu paliczków z kością śródręcza	15
80. Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich):	
a) złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
d) rany powyżej 2 cm długości	1
e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f) skręcenie bez unieruchomienia	0,5
g) skręcenie z unieruchomieniem	1
h) zwichnięcie	2
PALEC WSKAZUJĄCY	
81. Utrata w obrębie wskaziciela w zależności od poziomu utraty:	
a) utrata całkowita opuszki	1
b) utrata częściowa opuszki	0,5
c) utrata paliczka paznokciowego	2
d) utrata paliczka paznokciowego i środkowego	8
e) utrata trzech paliczków	10
f) utrata wskaziciela z kością śródręcza	11
82. Inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (złamania, zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia części miękkich):	
a) złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
d) rany powyżej 3 cm długości	1
e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f) skręcenie bez unieruchomienia	0,5
g) skręcenie z unieruchomieniem	1
h) zwichnięcie	1
PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY	
83. 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 śródręcza	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 śródręcza	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 śródręcza	4
m) utrata częściowa lub całkowita opuszki, utrata częściowa paliczka paznokciowego (każdy)	0,5
84. Inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V – złamania, zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia części miękkich:	
a) palec III:	
i) złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
ii) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii) inne złamania	1
iv) rany powyżej 3 cm długości, uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
v) skręcenie bez unieruchomienia	0,5
vi) skręcenie z unieruchomieniem	1
vii) zwichnięcie	1
b) palec IV:	
i) złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
ii) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii) inne złamania	1
iv) rany powyżej 3 cm długości, uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
v) skręcenie bez unieruchomienia	0,5
vi) skręcenie z unieruchomieniem	1
vii) zwichnięcie	1
c) palec V:	
i) złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
ii) inne złamania	1
iii) rany powyżej 2 cm długości, uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
iv) skręcenie bez unieruchomienia	0,5
v) skręcenie z unieruchomieniem	1
vi) zwichnięcie	1
Uwaga: Wartość świadczenia związana z uszkodzeniem skóry, mięśni, 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. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu amputacji paliczków świadczenie opisane w punktach 80, 82, 84 nie jest należne.	
L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
STAW BIODROWY	
85. Utrata kończyny dolnej:	
a) przez wyluszczenie jej w stawie biodrowym	70
b) amputacja na poziomie uda	60

86. Uszkodzenia stawu biodrowego (złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	15
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	10
c) inne złamania	8
d) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
UDO	
87. Złamanie trzonu kości udowej:	
a) złamania wieloodłamowe	15
b) złamanie otwarte	12
c) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
d) inne złamania	3
88. Inne uszkodzenia tkanek miękkich – skóry, mięśni, ścięgien, naczyń:	
a) rany skóry uda lub pośladka do 6 cm długości	1
b) rany skóry uda lub pośladka powyżej 6 cm długości	2
c) uszkodzenia mięśni, ścięgien zaopatrzone chirurgicznie	3
d) uszkodzenia naczyń leczone operacyjnie	8
e) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	1
KOLANO	
89. Złamania kości tworzących staw kolanowy (dalszej nasady kości udowej, bliższej nasady kości piszczelowej, głowy kości strzałkowej i guzowatości piszczeli, kłykcia bocznego oraz przyśrodkowego):	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	20
b) złamania wieloodłamowe	10
c) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d) inne złamania	3
90. Złamania rzepki:	
a) złamania skutkujące usunięciem rzepki	10
b) złamania wieloodłamowe	8
c) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d) inne złamania	3
91. Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego (sumarycznie maksymalnie do 25%):	
a) skręcenie z unieruchomieniem	2
b) skręcenie bez unieruchomienia	1
c) uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej	3
d) uszkodzenie łąkotki bocznej	3
e) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego przedniego – ACL	5
f) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego tylnego – PCL	4
g) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego bocznego – LCL	4
h) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego przyśrodkowego – MCL	4

i) zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	4
92. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50
PODUDZIE	
93. Złamania trzonu kości podudzia (kość strzałkowa, kość piszczelowa):	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	15
b) złamanie otwarte	12
c) złamania wieloodłamowe	10
d) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e) inne złamania	3
94. Izolowane złamanie trzonu kości strzałkowej:	
a) złamania wieloodłamowe	3
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
95. Inne uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, ścięgna Achillesa i innych ścięgien:	
a) rany skóry powyżej 6 cm długości	2
b) rany skóry do 6 cm długości	1
c) całkowite uszkodzenie mięśnia trójgłowego łydki	10
d) uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone zachowawczo	2
e) uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	5
f) uszkodzenie innych mięśni i ścięgien leczone zachowawczo	1
g) uszkodzenie innych mięśni i ścięgien leczone operacyjnie	2
h) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	1
96. 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	
97. Uszkodzenia stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego:	
a) skręcenie	1
b) zwichnięcie	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
98. Złamania kości skokowej:	
a) złamania wieloodłamowe	8

b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
c) inne złamania	3
99. Złamania kości piętowej:	
a) złamania wieloodłamowe	10
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	8
c) inne złamania	4
100. Utrata kości skokowej i/lub piętowej:	
a) częściowa utrata	25
b) całkowita utrata	40
101. Złamania pozostałych kości stępu – za każdą kość śródstopia (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 10%):	
a) złamania wieloodłamowe	6
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
102. Złamania kości śródstopia – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 15%):	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	6
b) złamanie otwarte	5
c) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
d) inne złamania	2
103. Inne uszkodzenia okolicy stawu skokowego, stępu, śródstopia i stopy:	
a) rany powyżej 5 cm długości (okolice stępu, stawu skokowego, śródstopia, grzbietu stopy)	1
b) rany do 5 cm długości (okolice stępu, stawu skokowego, śródstopia, grzbietu stopy)	0,5
c) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	2
d) rany podeszwy stopy	2
104. Utrata stopy w całości	45
105. Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40
106. Utrata stopy w środkowej części stępu	35
107. Utrata stopy w okolicy stępowo-śródstopnej	25
PALCE STOPY	
108. Uszkodzenia palucha:	
a) częściowa utrata opuszki palucha	0,5
b) całkowita utrata opuszki palucha	1
c) utrata paliczka paznokciowego palucha	4
d) utrata całego palucha	8
e) utrata z kością śródstopia	10
109. Złamania palucha:	
a) złamania wieloodłamowe	4
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
110. 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

111. Utrata palców stopy II–V bez kości śródstopia (każdy)	2
112. Całkowita utrata opuszki palców stopy II–V (każdy)	1
113. Częściowa utrata opuszki palców stopy II–V (każdy)	0,5
114. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)	3
115. Utrata palca V z kością śródstopia	4
116. Uszkodzenia I, II, III, IV i V palca – zwichnięcia, skręcenia, rany, uszkodzenia ścięgien (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 stopy 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	
117. Uszkodzenie częściowe lub całkowite (w zależności od stopnia zaburzeń):	
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	15
b) nerwu piersiowego długiego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	10
c) nerwu pachowego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	20
d) nerwu mięśniowo-skórnego:	
i) częściowe	3
ii) całkowite	15
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójdłowego ramienia:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	30
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójdłowego 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) spłotu barkowego części nadobojczykowej (górnej):	
i) częściowe	5
ii) całkowite	20
m) spłotu 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 łędźwiowo-krzyżowego:	
i) częściowe	10
ii) całkowite	60
w) pozostałych nerwów odcinka łędźwiowo-krzyżowego:	
i) częściowe	2
ii) całkowite	10
N. OSTRE ZATRUCIA I ICH NASTĘPSTWA	
Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
118. Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami i produktami chemicznymi:	
a) ze stwierdzoną utratą przytomności, lecz bez wtórnych powikłań	1
b) powodujące uszkodzenie układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych	5
O. ODMROŻENIA – II STOPIEŃ ALBO WYŻSZY	
Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
119. Odmrożenia jednego palca ręki	1
120. Odmrożenia więcej niż jednego palca ręki	3
121. Odmrożenia jednego palca stopy	1
122. Odmrożenia więcej niż jednego palca stopy	3
123. Odmrożenia nosa	3
124. Odmrożenia małżowiny usznej	1
125. Inne odmrożenia nie wymienione powyżej	0,5

Pojęcia użyte w tej tabeli otrzymują znaczenie określone zgodnie z poniższymi definicjami:

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

Złamanie wieloodłamowe – złamanie, w którym występują minimum 3 odłamy kostne w obrębie kości (lub jedna linia złamania w obrębie kości).

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

Unieruchomienie – metoda leczenia urazu polegająca na zastosowaniu, na zlecenie lekarza, opatrunku gipsowego, ortezy, stabilizatora lub szyny ortopedycznej, kołnierza ortopedycznego przez okres co najmniej 10 dni.

Dane kontaktowe

Chcesz skorzystać z Pomocy assistance – skontaktuj się z Centrum Alarmowym Assistance

- tel. +48 22 599 95 22 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)

Chcesz zgłosić szkodę

- zadzwoń do nas: tel. +48 22 599 95 22 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)
- napisz na adres:
UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
- wyślij zgłoszenie mailem na adres: szkody@uniqa.pl
- wypełnij formularz zgłoszenia szkody na stronie uniqa.pl

Masz pytania dotyczące ubezpieczenia

- napisz na adres: obsluga@uniqa.pl
- zadzwoń do nas: tel. +48 22 599 95 22 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)

Zgłoszenie reklamacji

- w postaci elektronicznej poprzez formularz na stronie uniqa.pl/reklamacje
- ustnie:
 - telefonicznie pod numerem naszej infolinii +48 22 599 95 22
 - osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie
- na piśmie:
 - osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie
 - przesyłką pocztową na adres: 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51
 - na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w ustawie z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych jako rejestru publicznego prowadzonego przez ministra właściwego do spraw informatyzacji, tj. AE:PL-71235-46013-CSHSF-26

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

To stabilna i wiarygodna firma, za którą stoją liczby:

- ☒ obecna w 17 krajach
- ☒ 17 mln klientów w Europie
- ☒ jedna z największych grup ubezpieczeniowych w Polsce
- ☒ 6 mln klientów w Polsce
- ☒ lider w ubezpieczeniach dla segmentu mieszkalnictwa

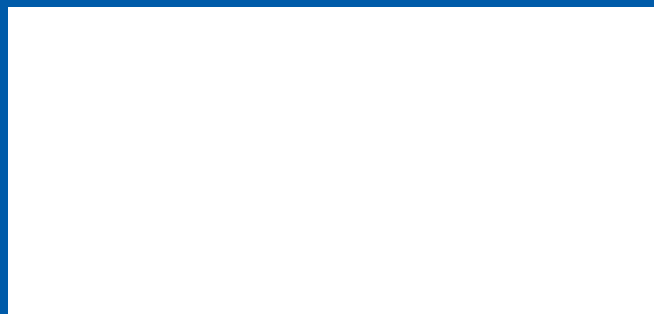
Skontaktuj się z nami:

22 599 95 22

* koszt połączenia według taryfy operatora

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

Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się z agentem.



Masz mieszkanie i spokój w pakiecie.

Ogólne warunki
ubezpieczenia

Ubezpieczenie Bezpieczne Mieszkanie



Wykaz informacji zamieszczonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia Bezpieczne Mieszkanie zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer zapisu wzorca umowy
1. Przesłanki wypłaty świadczenia, odszkodowania lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 9–11, 13–32, 43, 63, 72–73, 94–111, 144–145 z uwzględnieniem definicji zawartych w pkt 149–150
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, które uprawniają do odmowy wypłaty świadczenia lub odszkodowania lub jego obniżenia	pkt 9–41, 46–47, 49–51, 79–80, 86–90, 131 z uwzględnieniem definicji zawartych w pkt 149–150

Spis treści

Postanowienia ogólne – co warto wiedzieć na początek	3
Ubezpieczenie Bezpieczne Mieszkanie – co możemy objąć ochroną w ramach ubezpieczenia	3
Zakres ubezpieczenia Bezpieczne Mieszkanie – jakie warianty ubezpieczeń możesz wybrać	3
Wariant Bezpieczny – przedmiot ubezpieczenia – co obejmujemy ochroną	3
Wariant Bezpieczny – zakres ubezpieczenia – jakie zdarzenia obejmujemy ochroną	4
Wariant Bezpieczny – koszty dodatkowe – jakie koszty dodatkowe w związku ze szkodą obejmujemy ochroną	4
Wariant Bezpieczny Plus – przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy	4
Wariant Bezpieczny Plus – zakres ubezpieczenia – jakie zdarzenia obejmujemy ochroną	5
Wariant Bezpieczny Plus – koszty dodatkowe – jakie koszty dodatkowe w związku ze szkodą obejmujemy ochroną	5
Wariant Bezpieczna Rodzina – przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmujemy ochroną oraz za co odpowiadamy	5
Wariant Bezpieczny Nagrobek – przedmiot i zakres ubezpieczenia – co ubezpieczamy oraz jakie zdarzenia obejmujemy ochroną	5
Miejsce ubezpieczenia – gdzie zapewniamy ochronę	5
Ogólne wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu Bezpieczne Mieszkanie – za jakie szkody nie odpowiadamy	5
Szczególne wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu mienia – za jakie szkody nie odpowiadamy	6
Szczególne wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym – za jakie szkody nie odpowiadamy	8
Szczególne wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu NNW (wariant Bezpieczna Rodzina) – za co nie odpowiadamy	9
Suma ubezpieczenia, suma gwarancyjna oraz limity odpowiedzialności – jaka jest granica naszej odpowiedzialności	9
Składka ubezpieczeniowa – jak ją ustalamy	11
Zawarcie umowy ubezpieczenia – jak przebiega	12
Odstąpienie od umowy ubezpieczenia – co, jeśli się rozmyślisz	13
Okres ochrony ubezpieczeniowej – kiedy rozpoczyna się i ustaje nasza odpowiedzialność	13
Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia – prawa ubezpieczającego i nasze	13
Zabezpieczenie mienia – o czym musisz pamiętać	13
Obowiązki – do czego jesteś zobowiązany Ty i ubezpieczający	14
Obowiązki po zaistnieniu wypadku ubezpieczeniowego w ubezpieczeniu mienia i odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym – do czego jesteście zobowiązani Ty oraz ubezpieczający	14
Obowiązki po zaistnieniu wypadku ubezpieczeniowego w ubezpieczeniu NNW – do czego jesteś zobowiązany Ty, osoby Ci bliskie oraz ubezpieczający	15
Wysokość i zakres szkody w ubezpieczeniu mienia – jak ją ustalamy i co pomniejsza odszkodowanie	15
Wysokość świadczenia w ubezpieczeniu NNW (wariant Bezpieczna Rodzina) – jak ją ustalamy	16
Wypłata odszkodowania (warianty Bezpieczny, Bezpieczny Plus, Bezpieczny Nagrobek) – jak i kiedy wypłacamy odszkodowanie	16
Wypłata świadczenia (wariant Bezpieczna Rodzina) – jak i kiedy wypłacamy świadczenie	17
Roszczenia regresowe – jakie roszczenia zwrotne nam przysługują	17
Skargi i zażalenia – jakie są prawa Twoje, ubezpieczającego i uprawnionego	17
Reklamacje i pozasądowe rozwiązywanie sporów – jakie są Twoje uprawnienia oraz nasze obowiązki	17
Sposoby składania reklamacji – jakie mamy procedury składania i rozpatrywania reklamacji	18
Szczególne środki ograniczające – kogo dotyczą i kiedy możemy je zastosować	18
Postanowienia końcowe – co jeszcze jest ważne	18
Definicje – jak rozumiemy poszczególne pojęcia	19

Postanowienia ogólne

– co warto wiedzieć na początek

1. Ogólne warunki ubezpieczenia Bezpieczne Mieszkanie (dalej: OWU) są integralną częścią umowy ubezpieczenia Bezpieczne Mieszkanie. Umowę zawieramy my (UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna) i ubezpieczający.

Warto wiedzieć

My = UNIQA TU S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Chłodna 51

Ubezpieczający = osoba, która zawiera z nami umowę i opłaca składki

Ty = ubezpieczony, czyli osoba, której dotyczy ubezpieczenie. W tym ubezpieczeniu możesz być jednocześnie ubezpieczonym i ubezpieczającym

2. W OWU będziemy zwracać się do Ciebie jako ubezpieczonego. Osobę, która podpisuje z nami umowę i płaci składki, będziemy nazywać ubezpieczającym. Ubezpieczającym możesz być Ty lub inna osoba.
3. Przeczytaj nasze OWU. Znajdziesz w nich informacje o tym:
 - 1) co chronimy, a czego nie,
 - 2) kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona,
 - 3) kiedy i jak możesz uzyskać odszkodowanie,
 - 4) jakie są Twoje oraz nasze prawa i obowiązki,
 - 5) jak definiujemy pojęcia, którymi posługujemy się w OWU.
4. Jeśli jakieś zagadnienie nie jest opisane w OWU, stosujemy wtedy przepisy obowiązującego w Polsce prawa, w tym przede wszystkim Kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
5. Pojęcia używane w OWU objaśniamy na końcu dokumentu – w pkt 149–150.
6. OWU oraz wykaz informacji zatwierdził nasz zarząd uchwałą z 14 maja 2024 roku. Mają one zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 15 maja 2024 roku. OWU znajdziesz na naszej stronie: www.uniq.pl.

Ubezpieczenie Bezpieczne Mieszkanie

– co możemy objąć ochroną w ramach ubezpieczenia

7. Ubezpieczeniem Bezpieczne Mieszkanie możemy objąć:
 - 1) mienie, którego jesteś właścicielem lub które posiadasz na podstawie odpowiedniego tytułu prawnego,
 - 2) odpowiedzialność cywilną w życiu prywatnym,
 - 3) następstwa nieszczęśliwych wypadków.

Zakres ubezpieczenia Bezpieczne Mieszkanie

– jakie warianty ubezpieczeń możesz wybrać

8. Na wniosek ubezpieczającego możemy zawrzeć z nim umowę ubezpieczenia w wariantcie Bezpieczny lub Bezpieczny Plus. Takie ubezpieczenia możemy rozszerzyć o wariant lub warianty:
 - 1) Bezpieczna Rodzina,
 - 2) Bezpieczny Nagrobek.

Warto wiedzieć

Ubezpieczenie Bezpieczne Mieszkanie składa się z wariantów. Możesz je ze sobą łączyć w dowolnej konfiguracji. Podstawą jest jednak zawsze ubezpieczenie w wariantcie Bezpieczny lub Bezpieczny Plus.

Dodatkowe informacje

Zakres ubezpieczenia w wariantach Bezpieczny i Bezpieczny Plus nie pokrywa się. Możesz wybrać oba warianty jednocześnie lub oddzielnie.

9. Obejmujemy ochroną wypadki ubezpieczeniowe, które wystąpiły w okresie ochrony ubezpieczeniowej.

Ważne informacje

Pamiętaj, że w każdym ubezpieczeniu wypadek ubezpieczeniowy ma inną definicję. Dokładną informację na ten temat znajdziesz w pkt 149 ppkt 59.

Wariant Bezpieczny – przedmiot ubezpieczenia

– co obejmujemy ochroną

10. W wariantcie Bezpieczny obejmujemy ochroną:
 - 1) ruchomości domowe w lokalu lub budynku mieszkalnym – z zastrzeżeniem pkt 11 i 12,
 - 2) stałe elementy lokalu lub budynku mieszkalnego – z zastrzeżeniem pkt 11 i 12,
 - 3) odpowiedzialność cywilną w życiu prywatnym.
11. Jeśli obejmujemy ochroną ruchomości domowe i stałe elementy w lokalu lub budynku mieszkalnym, robimy to także w budynku gospodarczym i pomieszczeniu przynależnym. W tych miejscach nie ubezpieczamy przedmiotów wymienionych w pkt 12.
12. W budynku gospodarczym lub pomieszczeniu przynależnym nie obejmujemy ochroną:
 - 1) sprzętu elektronicznego, audiowizualnego, fotograficznego, muzycznego, komputerowego ani aparatów telefonicznych, smartfonów,
 - 2) drobnych przedmiotów codziennego użytku,
 - 3) gotówki ani innych środków płatniczych – krajowych ani zagranicznych (w tym czeków, weksli),
 - 4) papierów wartościowych, w tym akcji, obligacji,

- 5) biżuterii, wyrobów ze srebra, złota, platyny, kamieni szlachetnych ani złotych i srebrnych monet,
6) zwierząt domowych.
13. W ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna – Twoja i Twoich bliskich oraz pomocy domowej, z zastrzeżeniem pkt 17 ppkt 3 – za szkody wyrządzone osobom trzecim w związku z wykonywaniem czynności życia prywatnego, które powstały w okresie ubezpieczenia.

Warto wiedzieć

Definicję czynności życia prywatnego znajdziesz w pkt 149 ppkt 5.

Wariant Bezpieczny – zakres ubezpieczenia – jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

14. Odpowiadamy za szkody w mieniu, w opisanym wyżej zakresie, powstałe w wyniku zdarzeń losowych zaistniałych w okresie ochrony ubezpieczeniowej (ubezpieczenie od wszystkich ryzyk), z zastrzeżeniem wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności, które są wymienione w tych OWU.

Dodatkowe informacje

Jest to ubezpieczenie od wszystkich ryzyk. To oznacza, że odpowiadamy za szkody powstałe wskutek zdarzeń losowych z wyjątkiem wyrażnie wyłączonych z zakresu ubezpieczenia w naszych OWU. Zdarzeniami losowymi, które mogą spowodować szkodę, są między innymi:

- 1) pożar, zalanie, awaria instalacji i urządzeń, przepięcie i przetężenie, deszcz, dym, grad, powódź, uderzenie pioruna, pękanie mrozowe, wybuch, wandalizm,
- 2) kradzież z włamaniem, rabunek, dewastacja.

15. Odpowiadamy również za szkody w ubezpieczonym mieniu, jeśli powstaną w wyniku zdarzenia losowego, zaistniałego w okresie ochrony ubezpieczeniowej, które wystąpi w nieruchomości sąsiedniej, i jeśli to zdarzenie losowe nie zostało wyłączone lub ograniczone.
16. Drobne przedmioty codziennego użytku oraz rowery i hulajnogi obejmujemy ochroną dodatkowo od:
- 1) rabunku poza miejscem ubezpieczenia oraz
 - 2) kradzieży z włamaniem do pojazdu.

Warto wiedzieć

Pamiętaj, że o takim zdarzeniu musisz powiadomić policję. Obowiązek ten zapisaliśmy w pkt 85 ppkt 2.

17. W ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej nasze ubezpieczenie obejmuje odpowiedzialność za szkody:
- 1) rzeczowe lub osobowe wyrządzone czynem niedozwolonym przez Ciebie i osoby Ci bliskie, w tym również szkody w wyniku rażącego niedbalstwa,
 - 2) które wyrządzisz Ty lub osoby Ci bliskie w mieniu najmowanym, o ile masz umowę najmu lub dokument, który potwierdza Twoje prawo do użytkowania tego mienia,
 - 3) które wyrządzi pomoc domowa – jeśli szkody powstaną w związku z wykonywaniem przez tę osobę postanowień umowy zawartej z Tobą oraz w związku z normalnym użytkowaniem ubezpieczonego budynku lub lokalu mieszkalnego.
18. Odpowiadamy także za szkody wyrządzone w związku z działaniem lub awarią urządzeń wodno-kanalizacyjnych i centralnego ogrzewania w mieniu osób trzecich – jeśli powstaną niezależnie od winy Twojej lub Twoich bliskich – z zastrzeżeniem pkt 36 ppkt 13.
- Przez „awarię” opisaną w tym punkcie rozumiemy zaistniałe w lokalu lub budynku mieszkalnym, pomieszczeniu przynależnym, budynku gospodarczym:
- 1) samoistne pęknięcie lub zamarznięcie przewodów i urządzeń wodociągowych, kanalizacyjnych lub centralnego ogrzewania, które znajdują się wewnątrz lokalu lub budynku mieszkalnego, pomieszczenia przynależnego, budynku gospodarczego,
 - 2) pęknięcie, oderwanie lub odcięcie się wężyka, który służy do przepływu wody, zamontowanego na stałe w budynku, lokalu mieszkalnym, pomieszczeniu przynależnym.

Wariant Bezpieczny – koszty dodatkowe – jakie koszty dodatkowe w związku ze szkodą obejmujemy ochroną

19. W ubezpieczeniu w wariantcie Bezpieczny zwracamy – do wysokości limitu określonego w OWU – poniesione i udokumentowane koszty, które powstały w związku z wypadkiem ubezpieczeniowym. Koszty te dotyczą wyłącznie:
- 1) akcji ratowniczej,
 - 2) uprzątnięcia pozostałości po szkodzie,
 - 3) poszukiwania miejsca powstania szkody i usunięcia jej przyczyny,
 - 4) wymiany lub naprawy zabezpieczeń po szkodzie,
 - 5) wymiany zamków do lokalu/budynku mieszkalnego po rabunku kluczy,
 - 6) wymiany dokumentów po kradzieży z włamaniem,
 - 7) postępowania sądowego lub pojednawczego.

Wariant Bezpieczny Plus – przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

20. W ramach wariantu Bezpieczny Plus obejmujemy ochroną mienie, które jest własnością Twoją lub osób Ci bliskich. Tym mieniem jest:
- 1) lokal mieszkalny, zewnętrzne elementy lokalu oraz pomieszczenia przynależne,
 - 2) budynek mieszkalny oraz:
 - a) ruchomości działki,
 - b) stałe elementy działki,
 - c) zewnętrzne elementy budynku mieszkalnego,
 - d) budynki gospodarcze.

Wariant Bezpieczny Plus – zakres ubezpieczenia

– jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

21. Odpowiadamy za szkody w mieniu, które powstaną w wyniku wszystkich zdarzeń losowych zaistniałych w okresie ochrony ubezpieczeniowej (ubezpieczenie od wszystkich ryzyk), z zastrzeżeniem wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności, które są wymienione w tych OWU.
22. Odpowiadamy również za szkody w ubezpieczonym mieniu, jeśli powstaną w wyniku zdarzenia losowego, zaistniałego w okresie ochrony ubezpieczeniowej, które wystąpi w nieruchomości sąsiedniej, i jeśli to zdarzenie losowe nie jest wyłączone lub ograniczone.

Wariant Bezpieczny Plus – koszty dodatkowe

– jakie koszty dodatkowe w związku ze szkodą obejmujemy ochroną

23. W ubezpieczeniu w wariantcie Bezpieczny Plus zwracamy – do wysokości limitu określonego w OWU – poniesione i udokumentowane koszty, które powstały w związku z wypadkiem ubezpieczeniowym. Koszty te dotyczą wyłącznie:
 - 1) akcji ratowniczej,
 - 2) rozbiórki i uprzątnięcia pozostałości po szkodzie,
 - 3) poszukiwania miejsca powstania szkody i usunięcia jej przyczyny,
 - 4) wynajmu lokalu zastępczego – jeśli Twój lokal/budynek mieszkalny w wyniku zdarzenia losowego objętego ochroną nie nadaje się do dalszego zamieszkiwania przez co najmniej 3 dni,
 - 5) wydanej opinii rzeczoznawców,
 - 6) zakupu nowych krzewów ozdobnych w miejscu zniszczenia w wyniku pożaru lub powodzi.

Wariant Bezpieczna Rodzina – przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmujemy ochroną oraz za co odpowiadamy

24. Obejmujemy ochroną następstwa nieszczęśliwych wypadków Twoich i Twoich bliskich.
25. Wyplacimy świadczenie w razie:
 - 1) śmierci Twojej lub Twoich bliskich, jeśli będzie ona następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) trwałego uszczerbku na zdrowiu Twoim lub Twoich bliskich, który będzie następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) pobytu w szpitalu Twojego lub Twoich bliskich, który będzie następstwem nieszczęśliwego wypadku.
26. Kwota, jaką wyplacimy, zależy od sumy ubezpieczenia – informacje na ten temat znajdziesz w tabeli nr 2.

Wariant Bezpieczny Nagrobek – przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co ubezpieczamy oraz jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

27. W wariantcie Bezpieczny Nagrobek obejmujemy ochroną nagrobek cmentarny, który stanowi Twoją własność.
28. Odpowiadamy za szkody, które powstały w nagrobku cmentarnym w wyniku: pożaru, uderzenia pioruna, wybuchu, upadku statku powietrznego, huraganu, gradu, deszczu nawalnego, trzęsienia ziemi, lawiny, śniegu, huku ponaddzwiękowego, powodzi, uderzenia pojazdu mechanicznego, osuwania się ziemi, upadku przedmiotów na ubezpieczone mienie oraz wandalizmu – z zastrzeżeniem limitu z pkt 50 oraz ogólnych i szczególnych wyłączeń wymienionych w tych OWU.

Miejsce ubezpieczenia

– gdzie zapewniamy ochronę

29. W wariantach Bezpieczny i Bezpieczny Plus odpowiadamy za szkody w mieniu, które znajduje się w miejscu ubezpieczenia. Miejsce to wskazuje ubezpieczający, a my je wymieniamy w polisie lub innym dokumencie, który potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia. Miejsce to musi znajdować się w Polsce.
30. W ramach odpowiedzialności cywilnej (objętej wariantem Bezpieczny) odpowiadamy za szkody, które wystąpią w Europie (w jej granicach geograficznych). Dla odpowiedzialności cywilnej w związku z posiadaniem lokalu/budynku mieszkalnego nasza odpowiedzialność ogranicza się do szkód związanych z mieniem znajdującym się w miejscu ubezpieczenia.
31. W wariantcie Bezpieczna Rodzina odpowiadamy za szkody, które wystąpią na całym świecie.
32. W wariantcie Bezpieczny Nagrobek odpowiadamy za szkody, które wystąpią w Polsce.

Ogólne wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu Bezpieczne Mieszkanie

– za jakie szkody nie odpowiadamy

33. Nie odpowiadamy za szkody (ani ich następstwa), które:
 - 1) zostaną wyrządzone umyślnie w ubezpieczeniu mienia oraz odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym, to jest w wariantach Bezpieczny, Bezpieczny Plus oraz Bezpieczny Nagrobek, przez poniższe osoby, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada względem słuszności; te osoby to:
 - a) ubezpieczający, Ty, współubezpieczony lub osoba bliska,
 - b) pomoc domową, która wykonuje czynności na podstawie pisemnej umowy z Tobą,
 - c) najemca,

Ważne informacje

Wyjątkiem są sytuacje, w których zapłata odszkodowania odpowiada względem słuszności, czyli gdy działanie umyślne lub rażące niedbalstwo wynika z nadzwyczajnych okoliczności, które przemawiają na Twoją korzyść.

- 2) polegają na zapłacie nałożonych na Ciebie lub osoby Ci bliskie kar pieniężnych (w tym należności podatkowych lub innych obciążeń publicznoprawnych), grzywnien sądowych lub administracyjnych, odsetek, należności pieniężnych, które są związane z zaciąganiem kredytów, pożyczek, udzielaniem gwarancji kredytowych lub poręczeń,
- 3) powstaną podczas usiłowania lub popełnienia przestępstwa lub samobójstwa przez: ubezpieczającego, Ciebie, współubezpieczonego lub Twoich bliskich,
- 4) powstaną przez:
 - a) działanie pól magnetycznych i elektromagnetycznych, promieniowanie laserowe lub

- b) wybuch jądrowy, reakcję jądrową, skażenie radioaktywne, promieniowanie jonizujące,
- 5) powstaną wskutek:
- a) działań wojennych, strajków, lokautów, demonstracji, zamieszek, rozruchów, aktów terroru i sabotażu,
 - b) defraudacji, sprzeniewierzenia, zniknięcia mienia w niewyjaśnionych okolicznościach,
 - c) wydania lub zaniechania wydania decyzji administracyjnej,
 - d) konfiskaty, zajęcia, zniszczenia lub uszkodzenia mienia z nakazu organów administracji rządowej, samorządowej lub sądów,
- 6) powstaną w wyniku naruszenia ustawy o ochronie danych osobowych oraz innych aktów prawnych regulujących zasady ochrony danych osobowych,
- 7) powstaną w wyniku naruszenia dóbr osobistych (tego wyłączenia nie stosujemy w przypadku szkód osobowych objętych ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym),
- 8) powstaną w wyniku naruszenia majątkowych praw autorskich, patentów, znaków towarowych lub praw ochronnych na wzory użytkowe lub zdobnicze,
- 9) będą szkodami w rozumieniu ustawy o prawie geologicznym i górniczym,
- 10) powstaną w:
- a) drzewach, krzewach i innej roślinności,
 - b) gruntach, glebie, zbiornikach wodnych,
 - c) programach lub danych komputerowych,
- 11) polegają na skażeniu lub zanieczyszczeniu środowiska lub powstaną w ich wyniku,
- 12) powstaną w wyniku eksplozji materiałów wybuchowych, pirotechnicznych lub innych substancji niebezpiecznych,
- 13) powstaną w wyniku prowadzonych robót ziemnych,
- 14) będą spowodowane pośrednio lub bezpośrednio przez złośliwe oprogramowanie (tzw. malware), wirusy komputerowe lub inne oprogramowanie zakłócające pracę komputera lub innych urządzeń zawierających oprogramowanie komputerowe,
- 15) powstaną w wyniku systematycznego lub powolnego działania: hałasu, temperatury, gazów, pary, cieczy, wilgoci, pyłu, wyciekania, dymu i sadzy,
- 16) powstaną w wyniku długotrwałych wstrząsów, drgań, wibracji (w tym wibracji związanych z ruchem pojazdów lądowych, podziemnych lub statków powietrznych).

Szczególne wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu mienia – za jakie szkody nie odpowiadamy

34. Poza ogólnymi wyłączeniami odpowiedzialności w ubezpieczeniu mienia, o których pisaliśmy w pkt 33, nie odpowiadamy także za szkody (ani ich następstwa), które powstaną:
- 1) w wyniku:
 - a) zużycia eksploatacyjnego, starzenia się oraz użytkowania mienia niezgodnie z jego przeznaczeniem,
 - b) zaniechania obowiązkowych okresowych kontroli, przeglądów technicznych i remontów, wymaganych przepisami prawa i instrukcjami lub zaleceniami producenta, o ile miało to wpływ na powstanie lub rozmiar szkody,
 - c) nienaprawienia wcześniejszej szkody,
 - d) nienależytego montażu i montażu niezgodnego z zaleceniami producenta,
 - 2) w wyniku tego, że za Twoją zgodą:
 - a) popełniono błędy projektowe lub wykonawstwa,
 - b) realizowano budowę obiektu niezgodnie z dokumentacją projektową lub techniczną,
 - c) zastosowano nieodpowiednie materiały budowlane lub niewłaściwą technologię wykonania obiektu,
 - d) przeprowadzono nieprawidłowe modernizacje lub remonty obiektu,o ile okoliczności wymienione w lit. a)–d) miały wpływ na powstanie szkody,
 - 3) w wyniku zalania:
 - a) z powodu nieszczelności ścian, dachu, stolarki okiennej lub drzwiowej, lub urządzeń, które odprowadzają wodę z dachu,

Ważne informacje

Wyłączenie stosujemy tylko wtedy, gdy przyczyną nieszczelności wymienionych elementów jest ich zły stan techniczny, a obowiązkiem Twoim lub bliskiej Ci osoby jest ich bieżąca konserwacja.

- b) z powodu cofnięcia się wody lub innej cieczy z sieci wodociągowej albo kanalizacyjnej,

Ważne informacje

Wyłączenie stosujemy w przypadku, gdy przyczyną zdarzenia będzie niedostateczna przepustowość kanalizacji, o ile kanalizacja jest zbudowana niezgodnie z obowiązującymi normami, a Ty odpowiadałeś za jej budowę.

- c) przez okna, drzwi lub inne otwory, które nie będą zamknięte lub zabezpieczone,

Ważne informacje

Wyłączenie stosujemy, jeśli obowiązkiem Twoim, Twoich bliskich lub osób, które opiekują się nieruchomością, jest ich zamknięcie lub zabezpieczenie.

- d) w miejscu postojowym,
- e) wodą z opadów atmosferycznych lub błotem pośniegowym – które uszkodziły, zabrudziły, popłamiły, odbarwiły tynki zewnętrzne i elewacje,

- f) spowodowanego próbami ciśnieniowymi,
 - g) podczas i w wyniku czyszczenia, podlewania, mycia i sprzątania,
- 4) w wyniku przenikania wód gruntowych,

Ważne informacje

Wyłączenie stosujemy, jeśli:

- 1) przenikanie wód gruntowych nie będzie bezpośrednim następstwem powodzi ani deszczu nawalnego,
- 2) zalany budynek nie ma odpowiedniej izolacji – bez względu na przyczynę przenikania tych wód.

- 5) w wyniku pleśnienia i zagrzybienia (bez względu na przyczynę), pocenia się instalacji,
- 6) w wyniku przemarzania oraz pękania mrozowego rynien, rur spustowych i instalacji:
 - a) w pomieszczeniu przynależnym lub budynku gospodarczym,
 - b) które znajdują się poza lokalem lub budynkiem mieszkalnym,
- 7) w wyniku wycinki lub przycinania drzew,
- 8) w wyniku poplamienia, wgniecenia, odbarwienia, zakurzenia, zabrudzenia, odprysków oraz innych drobnych uszkodzeń, które nie wpływają na funkcjonalność mienia ani nie są graffiti,
- 9) w wyniku dewastacji w miejscu postojowym,
- 10) w wyniku wyłudzenia, oszustwa, fałszerstwa, wymuszenia, sprzeniewierzenia, przywłaszczenia, zagubienia, zaginięcia lub zaboru mienia – jeśli nie będzie to kradzież z włamaniem ani rabunek w rozumieniu OWU,
- 11) w wyniku działania:
 - a) mikroorganizmów, owadów i roślin,
 - b) zwierząt utrzymywanych w celach hodowlanych, produkcyjnych (np. bydła, trzody chlewnej, owiec, kóz, drobiu, zwierząt futerkowych, pszczoł), a także zwierząt chowanych na sprzedaż,
- 12) w związku z pracami remontowo-budowlanymi wewnątrz objętego ochroną budynku lub lokalu,

Ważne informacje

Wypłacimy odszkodowanie za szkody i ich następstwa w nowych budynkach mieszkalnych i lokalach mieszkalnych, które znajdują się w nowo wybudowanych budynkach wielomieszkaniowych adaptowanych do zamieszkania, jeśli prace wykończeniowe będą trwały maksymalnie trzy miesiące (ten czas liczymy od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej) oraz prowadzony zakres prac wykończeniowych nie wymaga zezwolenia.

- 13) w ubezpieczonych przedmiotach podczas ich wymiany lub wymontowania, a także wymiany ich części,
 - 14) w materiałach budowlanych, instalacyjnych, elektrycznych lub elektrotechnicznych – w wyniku składowania niezgodnego z zaleceniami producenta,
 - 15) w oszkleniu tarasów, balkonów i logii oraz inspektach i ogrodniczych szklarniach przydomowych – w wyniku działania ciężaru śniegu, lodu lub gradu,
 - 16) w postaci strat wody, gazu i innych mediów,
 - 17) w gotówce, krajowych i zagranicznych środkach płatniczych, papierach wartościowych, przedmiotach ze srebra, złota, platyny, kamieniach szlachetnych oraz w biżuterii, dziełach sztuki, zbiorach kolekcjonerskich – które znajdują się w lokalach lub budynkach mieszkalnych przeznaczonych na wynajem.
35. Nie obejmujemy ochroną:
- 1) obiektów (ani mienia, które się w nich znajduje):
 - a) które są przeznaczone do czasowego użytkowania w okresie krótszym od ich trwałości technicznej, przewidywanych do przeniesienia w inne miejsce (np. barakowozów, obiektów kontenerowych, garaży metalowych, przyczep kempingowych),
 - b) kurników, chlewów, chłodni, tuneli foliowych ani szklarni (inspektów ogrodniczych ani przydomowych szklarni o powierzchni powyżej 10 m²),
 - c) które są przeznaczone do rozbiórki albo są pustostanami,
 - d) w których nikt nie mieszka ani ich nie użytkuje nieprzerwanie przez co najmniej 90 dni,
 - e) które zostały wybudowane bez wymaganych zezwoleń,
 - f) które nie są połączone na stałe z gruntem, zwłaszcza takich jak: kioski, pokrycia namiotowe i powłoki pneumatyczne,
 - g) w całości przeznaczonych do wykonywania działalności gospodarczej ani takich, w których jest prowadzona działalność:
 - i. polegająca na magazynowaniu oraz wykonywaniu usług tapicerskich lub stolarskich,
 - ii. taka jak warsztat samochodowy lub lakiernia,
 - iii. handlowa lub produkcyjna powiązana z wykorzystywaniem lub magazynowaniem i obróbką tworzyw sztucznych, drewna, środków chemicznych oraz gumowych,
 - h) wynajmowanych osobom trzecim w celach innych niż mieszkalne,
 - i) które nie nadają się do zamieszkania lub użytkowania ze względu na stan techniczny, czyli niespełniających zasad: bezpieczeństwa konstrukcji, bezpieczeństwa pożarowego, bezpieczeństwa użytkowania,
 - j) budynków drewnianych, niezależnie od rodzaju materiału lub sposobu pokrycia dachu,
 - 2) mienia, które znajduje się:
 - a) w pomieszczeniach ogólnodostępnych, również w pomieszczeniach na wózki dziecięce i w zabudowanych korytarzach,
 - b) w częściach wspólnych budynku wielomieszkaniowego,
 - c) na miejscach postojowych,
 - d) na niezabudowanych tarasach, balkonach i loggiach,
 - 3) mienia o wartości artystycznej lub historycznej (takiego jak freski, ornamenty, witraże),

- 4) następujących kosztowności, które nie stanowią wyrobu użytkowego:
 - a) srebra, złota ani platyny (w złomie ani w sztabkach),
 - b) kamieni szlachetnych ani półszlachetnych,
 - c) szlachetnych substancji organicznych ani pereł,
- 5) akt, dokumentów, rękopisów, trofeów myśliwskich, programów ani danych komputerowych, danych zgromadzonych na zewnętrznych nośnikach danych (np. na pendrivie),
- 6) broni,
- 7) przedmiotów przeznaczonych do celów handlowych,
- 8) przedmiotów, które służą działalności gospodarczej niebędącej jednoosobową działalnością gospodarczą ani nie są związane z prowadzeniem warsztatu chałupniczego,
- 9) zwierząt utrzymywanych w celach hodowlanych lub produkcyjnych (np. bydła, trzody chlewnej, owiec, kóz, drobiu, zwierząt futerkowych, pszczoł) ani zwierząt chowanych na sprzedaż,
- 10) materiałów opałowych, paliw, płynów łatwopalnych ani innych substancji chemicznych,
- 11) jednostek pływających ani statków powietrznych, pojazdów lądowych ani specjalnego sprzętu sportowego – które muszą być zarejestrowane – ani części i materiałów eksploatacyjnych do nich; ubezpieczamy jednak części zamienne do: samochodów, motorowerów i motocykli,
- 12) mienia nielegalnie wprowadzonego na teren Unii Europejskiej ani mienia, które Ty lub Twoich bliscy nabędziecie w nielegalny sposób – o ile będziecie tego świadomi.

Szczegółne wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym – za jakie szkody nie odpowiadamy

36. Poza ogólnymi wyłączeniami odpowiedzialności w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym nie odpowiadamy także za szkody:

- 1) które są objęte zakresem ubezpieczeń obowiązkowych,
- 2) które wyrządzisz:
 - a) sobie lub osobom bliskim – niezależnie od tego, czy prowadzicie wspólne gospodarstwo domowe,
 - b) współwłaścicielom ubezpieczanej nieruchomości,
 - c) osobom wykonującym pracę lub usługę na rzecz Twoją lub Twoich bliskich – bez względu na to, na jakiej podstawie to robią,

Ważne informacje

Wyłączenie to stosujemy, jeśli dojdzie do szkody w związku z wykonywaniem prac lub usług na rzecz Twoją lub Twoich bliskich.

- 3) w mieniu najemcy Twojej nieruchomości, które jest w postaci:
 - a) gotówki lub innych środków płatniczych, papierów wartościowych,
 - b) biżuterii, dzieł sztuki, zbiorów kolekcjonerskich,
 - c) dokumentów,
 - d) pojazdów mechanicznych, statków powietrznych oraz innych urządzeń latających,
 - e) sprzętu elektronicznego, audiowizualnego, fotograficznego, muzycznego, komputerowego i aparatów telefonicznych, smartfonów,
- 4) które będą wynikiem przeniesienia chorób zakaźnych przez Ciebie, Twoich bliskich albo pozostających pod Waszą opieką zwierząt domowych bez aktualnych szczepień ochronnych,
- 5) które powstaną w związku z posiadaniem lub użytkowaniem przez Ciebie lub Twoich bliskich:
 - a) pojazdów mechanicznych w rozumieniu Ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK z dnia 22.05.2003 r. z późn. zm.,
 - b) statków powietrznych i urządzeń latających – z wyjątkiem bezzałogowych modeli, latawców i dronów,
 - c) jednostek pływających z napędem mechanicznym o mocy powyżej 10 kW,
 - d) zwierząt innych niż domowe oraz koni posiadanych w celach sportowych i użytkowych,
 - e) broni w rozumieniu ustawy o broni i amunicji,
- 6) które wynikną z:
 - a) wykonywania przez Ciebie lub Twoich bliskich zawodu, w tym również wykonywania czynności jako stażysta lub wolontariusz lub prowadzenia działalności gospodarczej,
 - b) niewykonania albo nienależytego wykonania umów zawartych między Tobą a osobami trzecimi,
 - c) posiadania pasiek liczących więcej niż 5 uli,
- 7) które Ty lub Twoi bliscy wyrządzicie podczas:
 - a) uprawiania sportów ekstremalnych,
 - b) uczestnictwa w polowaniach,
- 8) które powstaną w związku z użyciem sieci komputerowych i internetu,
- 9) które powstaną w wyniku używania przez Ciebie lub Twoich bliskich:
 - a) wężyków do wody niespełniających norm lub nieposiadających odpowiednich certyfikatów,
 - b) węży ogrodowych,
- 10) które wyrządzi osobie trzeciej pies rasy agresywnej – jeśli należy do Ciebie lub do Twoich bliskich albo pozostaje pod Waszą opieką,

Dodatkowe informacje

Za psy rasy agresywnej uważamy: amerykańskiego pitbulteriera, psa z Majorki (Perro de Presa Mallorquin), buldoga amerykańskiego, doga argentyńskiego, psa kanaryjskiego (Perro de Presa Canario), mastifa japońskiego (tosa inu), rottweilera, tureckiego psa pasterskiego (akbash dog), owczarka anatolijskiego (anatolian karabash), psa moskiewskiego stróżującego, owczarka kaukaskiego.

- 11) które będą związane z posiadaniem i korzystaniem z domu letniskowego,
- 12) które powstaną w mieniu osób trzecich w związku z prowadzoną budową,
- 13) które powstaną w związku z działaniem lub awarią urządzeń wodno-kanalizacyjnych i centralnego ogrzewania w mieniu osób trzecich, jeśli jest ona skutkiem działania osób trzecich.

Szczególne wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu NNW (wariant Bezpieczna Rodzina) – za co nie odpowiadamy

Z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków możecie korzystać Ty lub osoby Ci bliskie – w tej części OWU zwracamy się zatem do Was.

37. Powinniście pamiętać, że jesteśmy zwolnieni z odpowiedzialności, jeśli:

- 1) wyrządzicie szkodę umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa, chyba że zapłata świadczenia odpowiada względem słuszności,
- 2) do nieszczęśliwego wypadku przyczyni się to, że będziecie znajdować się pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających,

Ważne informacje

Za stan pod wpływem alkoholu uznajemy dobrowolne wprowadzenie do organizmu takiej ilości alkoholu, że jego zawartość:

- przekracza 0,2 promila alkoholu we krwi albo prowadzi do stężenia przekraczającego tę wartość,
- przekracza 0,1 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza albo prowadzi do stężenia przekraczającego tę wartość.

- 3) nieszczęśliwy wypadek nastąpi, gdy będziecie obsługiwać maszyny, urządzenia lub narzędzia bez wymaganych uprawnień lub będziecie prowadzić pojazd lub maszyny samobieżne bez wymaganych uprawnień do kierowania nimi lub bez ważnego badania technicznego,
 - 4) uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia (potwierdzone trwałym uszczerbkiem) lub śmierć będą skutkiem poddania się przez Was zabiegom leczniczym lub operacjom – bez względu na to, kto je wykona – jeśli powodem ich przeprowadzenia nie będzie wystąpienie nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) rozstrój zdrowia, uszkodzenie ciała (potwierdzone trwałym uszczerbkiem) lub śmierć będą wynikiem choroby psychicznej lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych lub spowodowanego nimi nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) trwały uszczerbek na zdrowiu lub śmierć będą wynikiem choroby (w tym zawału serca lub udaru mózgu) albo zakażenia chorobą zakaźną,
 - 7) trwały uszczerbek na zdrowiu lub śmierć będą konsekwencją Waszego udziału w bójce,
 - 8) do nieszczęśliwego wypadku dojdzie, gdy zawodowo będziecie uprawiać sport, uczestniczyć w zawodach sportowych, uprawiać sport wysokiego ryzyka lub sport wyczynowy,
 - 9) szkoda będzie wynikiem wypadku lotniczego; nie dotyczy to sytuacji, w których będziecie podróżować jako pasażerowie samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
 - 10) do wypadku dojdzie w wyniku działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego, pola elektromagnetycznego; nie dotyczy to leczenia medycznie uzasadnionego przez lekarza w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.
38. Nie odpowiadamy również za nieszczęśliwe wypadki, do których dojdzie podczas:
- 1) Waszej pracy w górnictwie i kopalnictwie (pracy pod ziemią), wojsku, straży miejskiej, policji, straży pożarnej, budownictwie lub
 - 2) wykonywania zawodu: saperskiego, oblatywacza samolotów, akrobaty, tresera dzikich zwierząt, kaskadera, pracownika ochrony i dozoru.
39. Jeśli podczas ratowania życia własnego lub innej osoby doznacie trwałego uszczerbku na zdrowiu albo poniesiecie śmierć, wyłączenie wymienione w pkt 33 ppkt 3 nie obowiązuje.

Przykład

Wyplacimy świadczenie, jeśli doznasz trwałego uszczerbku na zdrowiu, wybijając szybę w samochodzie, w którym ktoś w upalny dzień pozostawił dziecko.

Suma ubezpieczenia, suma gwarancyjna oraz limity odpowiedzialności – jaka jest granica naszej odpowiedzialności

40. Suma ubezpieczenia w wariantach Bezpieczny, Bezpieczny Plus i Bezpieczny Nagrobek to górna granica naszej odpowiedzialności za wszystkie szkody, które powstały w mieniu objętym ochroną, ze wszystkich wypadków ubezpieczeniowych w jednym miesięcznym okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Ważne informacje

Jeśli umowa ubezpieczenia rozpocznie się np. 12 lipca, to okres od 12 lipca do 11 sierpnia będzie miesięcznym okresem trwania ochrony, a od 12 sierpnia rozpocznie się kolejny miesięczny okres trwania ochrony.

41. W ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej suma gwarancyjna stanowi górną granicę naszej odpowiedzialności za wszystkie wypadki ubezpieczeniowe w jednym miesięcznym okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, a jej wysokość została określona w pkt 48. W tym wypadku odszkodowanie wyplacimy nie Tobie, ale poszkodowanemu, któremu Ty lub osoba Ci bliska wyrządzicie szkodę.
42. Suma ubezpieczenia/gwarancyjna zmniejsza się w danym miesięcznym okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej o kwotę wypłaconego odszkodowania/świadczenia – jest to tzw. zasada konsumpcji sumy ubezpieczenia/gwarancyjnej. Gdy rozpocznie się nowy miesięczny okres trwania ochrony, suma ubezpieczenia/gwarancyjna uzupełnia się do początkowej wysokości wskazanej w polisie lub w innym dokumencie, który potwierdza zawarcie umowy.

Przykład

Jeśli suma gwarancyjna w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej wynosi 100 000 zł, a my wyplacimy odszkodowanie w wysokości 70 000 zł, to na pokrycie dalszych roszczeń pozostanie 30 000 zł. Jeśli wyplacimy kolejne odszkodowanie – tym razem w wysokości 30 000 zł, to suma gwarancyjna się wyczerpie. Oznacza to, że do następnego miesięcznego okresu trwania ochrony ubezpieczeniowej nie wyplacimy już odszkodowania – nawet jeśli wystąpi szkoda, którą obejmujemy ubezpieczeniem.

43. Sumę ubezpieczenia ustala i deklaruje ubezpieczający oddzielnie dla każdego z wariantów. Od tej sumy ubezpieczenia wyliczona jest suma gwarancyjna na zasadach określonych w pkt 48.
44. Suma ubezpieczenia w wariantach Bezpieczny, Bezpieczny Plus oraz Bezpieczny Nagrobek powinna odzwierciedlać przypuszczalną maksymalną stratę, jaką możesz ponieść w mieniu w wyniku wypadku ubezpieczeniowego.
45. Możemy dokonać indeksacji sumy ubezpieczenia / sumy gwarancyjnej zgodnie z zasadami opisanymi w pkt 60.
46. W ubezpieczeniu mienia w wariantach Bezpieczny i Bezpieczny Plus stosujemy limity odpowiedzialności – znajdziesz je w tabeli nr 1. Podstawę obliczenia limitu stanowi suma ubezpieczenia dla danego wariantu – znajdziesz ją w polisie lub innym dokumencie, który potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia.
47. Jeśli nie określiliśmy limitu, odpowiadamy do pełnej wysokości sumy ubezpieczenia mienia, które objęliśmy ochroną.

Warto wiedzieć

Jeśli przechowujesz w domu narty, które są Twoją własnością, to za ich zniszczenie w wyniku zdarzenia losowego odpowiadamy do pełnej sumy ubezpieczenia dla wariantu Bezpieczny.

Jeśli te narty są przez Ciebie wypożyczone, to za ich zniszczenie w wyniku zdarzenia losowego odpowiadamy do 50% sumy ubezpieczenia dla wariantu Bezpieczny.

Tabela nr 1

SU oznacza sumę ubezpieczenia.

SG oznacza sumę gwarancyjną.

Lp.	Przedmiot ubezpieczenia	Górna granica odpowiedzialności (limity)	
		wariant Bezpieczny	wariant Bezpieczny Plus
1	Gotówka i inne środki płatnicze krajowe i zagraniczne, papiery wartościowe (w tym akcje oraz obligacje)	5% SU, ale nie więcej niż 2000 zł dla gotówki	–
2	a) Wyroby ze srebra, złota, platyny, kamieni szlachetnych oraz biżuteria z metali lub substancji szlachetnych, monety złote i srebrne, które nie są środkami płatniczymi b) Dzieła sztuki oraz zbiory kolekcjonerskie	20% SU	–
3	a) Mienie ruchome, które służy do prowadzenia jednoosobowej działalności gospodarczej b) Przedmioty związane z prowadzeniem warsztatu chałupniczego	25% SU	–
4	Ruchomości domowe w pomieszczeniu przynależnym lub budynku gospodarczym	15% SU	–
5	Ruchomości oraz stałe elementy działki	–	5% SU
6	Mienie wypożyczone/najmowane	50% SU	–
7	Drobne przedmioty codziennego użytku poza miejscem ubezpieczenia	10% SU, ale nie więcej niż: a) 200 zł dla gotówki b) 200 zł dla papierosa elektronicznego c) 300 zł dla biżuterii i zegarka d) 800 zł dla telefonu komórkowego e) 300 zł dla kosztów wymiany lub naprawy zamków do miejsca zamieszkania/samochodu wraz z ich montażem	–
8	Rower, hulajnoga poza miejscem ubezpieczenia	2000 zł	–
9	Stale elementy budynku gospodarczego, pomieszczenia przynależnego	15% SU	–
10	Zewnętrzne elementy budynków, lokalu	–	5% SU
Zdarzenie losowe			
1	Pęknięcie mrozowe wewnętrznych instalacji budynku/lokalu mieszkalnego	–	10% SU
2	Pęknięcie mrozowe zewnętrznych instalacji budynku/lokalu mieszkalnego	–	5% SU
3	Katastrofa budowlana	–	50% SU, ale nie więcej niż 300 000 zł
4	Graffiti	3000 zł	3000 zł
5	Szkody wyrządzone przez zwierzęta	10% SU	10% SU
6	Szkody polegające na pękaniu ścian i tynków z innych przyczyn niż katastrofa budowlana	1000 zł	2000 zł

Lp.	Przedmiot ubezpieczenia	Górna granica odpowiedzialności (limity)	
		wariant Bezpieczny	wariant Bezpieczny Plus
	Koszty dodatkowe		
1	Koszty akcji ratowniczej	100% SU	100% SU
2	Koszty poszukiwania miejsca powstania szkody i usunięcia jej przyczyny	1500 zł	2500 zł
3	Koszty rozbiórki i uprzątnięcia pozostałości po szkodzie	10% SU	10% SU
4	Koszty wymiany lub naprawy zabezpieczeń po szkodzie	3000 zł	–
5	Koszty wymiany dokumentów	1000 zł	–
6	Koszty wynajmu lokalu zastępczego po szkodzie	–	2% SU, maks. 30 dni od 4 doby po wystąpieniu szkody
7	Koszty rzeczoznawców	–	10% SU
8	Koszty postępowania sądowego lub pojednawczego	do wysokości stawek minimalnych, które są zapisane w przepisach regulujących wysokość opłaty za czynności adwokata lub radcy prawnego przed organami wymiaru sprawiedliwości – ale nie więcej niż 100% SG OC	–
9	Koszty zakupu nowych krzewów ozdobnych	–	1000 zł

48. W ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej suma gwarancyjna to 10-krotność sumy ubezpieczenia dla mienia w wariantcie Bezpieczny. Suma gwarancyjna nie może jednak przekroczyć 500 000 zł.

49. W ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym stosujemy limit 50% sumy gwarancyjnej dla szkód:

- 1) w Europie – poza Polską,
- 2) w mieniu najmowanym.

50. W ubezpieczeniu Bezpieczny Nagrobek stosujemy limit 20% sumy ubezpieczenia mienia dla szkód, które powstały w wyniku wandalizmu.

51. Suma ubezpieczenia w wariantcie Bezpieczna Rodzina stanowi górną granicę dla wysokości świadczeń, jakie wypłacimy łącznie dla wszystkich ubezpieczonych, których objęliśmy ochroną od następstw nieszczęśliwych wypadków. Stanowi ona górną granicę naszej odpowiedzialności za wszystkie szkody powstałe w wyniku jednego wypadku ubezpieczeniowego, z zastosowaniem limitów określonych w tabeli nr 2.

Tabela nr 2

Co ubezpieczamy	Suma ubezpieczenia	Wysokość świadczenia w zależności od sumy ubezpieczenia w wariantcie Bezpieczna Rodzina			
		10 000 zł	20 000 zł	30 000 zł	100 000 zł
Śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku (innego niż komunikacyjny)		100% sumy ubezpieczenia			
Śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego		200% sumy ubezpieczenia			
Trwały uszczerbek na zdrowiu powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku		1% sumy ubezpieczenia za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu			–
Świadczenie szpitalne wypłacane w wyniku nieszczęśliwego wypadku		100 zł za dzień, płacimy za maksymalnie 15 dni			–

Składka ubezpieczeniowa – jak ją ustalamy

52. Składkę ubezpieczeniową ustalamy na podstawie taryfy, która obowiązuje w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Wysokość raty składki zależy od:

- 1) wariantu ubezpieczenia,
- 2) wysokości sumy ubezpieczenia,
- 3) przedmiotu ubezpieczenia,
- 4) okresu rozliczeniowego,
- 5) szkodowego/bezszkodowego przebiegu ubezpieczenia.

53. Wysokość raty składki za okres rozliczeniowy, termin płatności oraz sposób zapłaty określamy w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia. Okres rozliczeniowy może wynosić miesiąc, kwartał, pół roku lub rok.

54. Ubezpieczający opłaca pierwszą ratę składki z góry, przy zawarciu umowy ubezpieczenia, chyba że umówimy się z nim inaczej.

55. Pierwszą i kolejne raty składki ubezpieczający opłaca przekazem pocztowym lub przelewem na wskazany przez nas rachunek bankowy. Ma obowiązek zrobić to do dnia wskazanego w polisie.

56. W przypadku kiedy ubezpieczający wpłaca ratę składki przekazem pocztowym lub przelewem bankowym, za datę opłacenia raty składki uznajemy datę stempla pocztowego lub bankowego widocznego na dokumencie potwierdzającym wpłatę.

57. Brak płatności kolejnej raty składki w terminie powoduje, że mamy prawo pisemnie wezwać ubezpieczającego do uregulowania zaległości w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania, z zagrożeniem że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności. Jeśli w wyznaczonym przez nas terminie rata składki nie zostanie zapłacona – nasza odpowiedzialność ustaje. W przypadku gdy ponosimy odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, możemy wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosiliśmy odpowiedzialność. Jeśli nie wypowiedziemy umowy, wygasa ona z końcem okresu, na który przypadała.
58. W przypadku wcześniejszego wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
59. Jeśli zostaną ujawnione okoliczności, które spowodują istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego (poziomu ryzyka), każda ze stron – i my, i ubezpieczający – może żądać zmiany wysokości składki. Składka ubezpieczeniowa może się zmienić od chwili, w której zostaną ujawnione te okoliczności, ale nie wcześniej niż od początku bieżącego okresu rozliczeniowego, za który została opłacona składka. Jeśli któraś ze stron zgłosi takie żądanie, druga strona może w ciągu 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym. W razie braku wypowiedzenia umowy uznaje się, że druga strona przyjęła propozycję zmiany składki.
60. Nie częściej niż raz w roku polisowym (zobacz pkt 149 ppkt 36) możemy zaproponować ubezpieczającemu podwyższenie sumy ubezpieczenia oraz raty składki za ubezpieczenie w oparciu o wskaźnik średniorocznego wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych (inflacja) za dany rok kalendarzowy. Wskaźnik ten ogłasza Główny Urząd Statystyczny. Składkę możemy przeliczyć, uwzględniając wskaźniki z okresu od jednego do trzech ostatnich kolejno po sobie następujących lat kalendarzowych, za które nie robiliśmy przeliczenia.

Jak to zrobimy?

Przykład: Jeśli w roku 2020 przy sumie ubezpieczenia 15 000 zł składka wynosiła 10 zł, to przy zastosowaniu wskaźnika inflacji za rok 2020 (3,4%) składka w roku 2021 powinna wynieść 10,34 zł. Kolejno przy zastosowaniu wskaźnika inflacji za rok 2021 (5,1%) w roku 2022 składka powinna wynieść 10,87 zł. W roku 2023 po przeliczeniu wg wskaźnika za rok 2022 (14,4%) składka powinna wynieść 12,43 zł.

61. Mamy prawo do podwyższenia raty składki, w przypadku gdy w ciągu jednego roku polisowego wypłacimy odszkodowania lub świadczenia z trzech wypadków ubezpieczeniowych.
62. O zmianach wysokości raty składki, a w przypadku inflacji także o zmianie wysokości sumy ubezpieczenia/gwarancyjnej, opisanych w pkt 60–61, poinformujemy ubezpieczającego pisemnie. Zmiana ta będzie obowiązywała od kolejnego okresu rozliczeniowego, lecz nie wcześniej niż 14 dni po otrzymaniu pisma. Ubezpieczający, który nie wyraża zgody na zmianę raty składki lub sumy ubezpieczenia/gwarancyjnej, może w ciągu 14 dni wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym. Jeśli nie wypowie umowy ubezpieczenia, to uznajemy, że akceptuje zmienione warunki umowy ubezpieczenia.

Dodatkowe informacje

Jeśli polisa ma miesięczne okresy ubezpieczenia, to zmiana warunków ubezpieczenia będzie miała miejsce od dnia zgodnie z osią czasu poniżej.



Zawarcie umowy ubezpieczenia

– jak przebiega

63. Umowę ubezpieczenia zawieramy z ubezpieczającym na jego wniosek – stanowi on integralną część umowy. Zanim ubezpieczający zawrze z nami umowę ubezpieczenia, ma obowiązek podać informacje, o które go poprosimy. Ubezpieczający powinien złożyć wniosek każdorazowo w sytuacji, kiedy chciałby zmienić warunki umowy (np. zmiana zakresu ochrony, SU).
64. Możemy uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji, o które prosimy na piśmie. Na podstawie odpowiedzi na nasze pytania podejmiemy decyzję o zawarciu tej umowy.
65. Możemy także przed zawarciem umowy ubezpieczenia poprosić ubezpieczającego na piśmie o przedstawienie nam przedmiotu ubezpieczenia celem jego lustracji. Taką prośbę możemy także skierować do Ciebie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.
66. Zawarcie umowy ubezpieczenia potwierdzimy polisą lub innym dokumentem ubezpieczeniowym.
67. W polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia wskazujemy przede wszystkim: imię, nazwisko i adres ubezpieczającego i ubezpieczonego, wysokość sumy ubezpieczenia, wysokość raty składki ubezpieczeniowej, termin jej płatności, początek okresu ubezpieczenia (ochrony ubezpieczeniowej), wariant ubezpieczenia oraz miejsce ubezpieczenia.
68. Jeżeli ubezpieczający zawrze umowę na cudzy rachunek, to Ty – jako ubezpieczony – możesz żądać od nas udzielenia informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz OWU – w zakresie, w jakim dotyczą Twoich praw i obowiązków.

69. Jeżeli w wyniku przeprowadzonej przez nas analizy potrzeb w rozumieniu ustawy o dystrybucji ubezpieczeń okaże się, że warunki umowy ubezpieczenia nie spełniają Twoich potrzeb i oczekiwań, możemy ją wypowiedzieć z zachowaniem 6-miesięcznego okresu wypowiedzenia, chyba że ubezpieczający zażąda lub wyrazi pisemną zgodę na jego skrócenie. Jednocześnie możemy przedstawić ubezpieczającemu nową ofertę ubezpieczenia.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia

– co, jeśli się rozmyślisz

70. Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a gdy jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni od jej zawarcia. Jeśli do chwili zawarcia umowy nie poinformujemy ubezpieczającego-konsumenta, że ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia, to 30 dni, które ma na to, liczymy od dnia, w którym ubezpieczający dowiedział się o tym prawie.
71. Odstąpienie od umowy nie zwalnia jednak ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim będziemy udzielać ochrony ubezpieczeniowej.

Okres ochrony ubezpieczeniowej

– kiedy rozpoczyna się i ustaje nasza odpowiedzialność

72. Umowę ubezpieczenia zawieramy z ubezpieczającym na czas nieokreślony.
73. Nasza odpowiedzialność z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia następującego po dacie opłacenia pierwszej raty składki ubezpieczeniowej za pierwszy okres rozliczeniowy. Możemy się umówić z ubezpieczającym inaczej – potwierdzimy to zapisem na dokumencie, który potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia.
74. Nasza odpowiedzialność wygasa, a umowa ubezpieczenia się rozwiązuje w dniu, w którym:
- 1) ubezpieczający odstąpi od umowy ubezpieczenia na zasadach opisanych w pkt 70,
 - 2) upływa okres wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, a jeżeli przepisy prawa, OWU lub umowa przewidują, że następuje ono ze skutkiem natychmiastowym, to umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w dniu złożenia wypowiedzenia,
 - 3) upłynie 7-dniowy termin, w którym ubezpieczający – pomimo wezwania przez nas – nie opłacił kolejnej raty składki; termin ten liczymy od otrzymania wezwania do zapłacenia składki – zgodnie z pkt 57,
 - 4) nabywca przejmie przedmiot ubezpieczenia – jeśli przedmiot ubezpieczenia zostanie zbyty; wyjątkiem jest sytuacja, w której wyrazimy zgodę, aby prawa z umowy ubezpieczenia zostały przeniesione na nabywcę.

Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia

– prawa ubezpieczającego i nasze

75. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia:
- 1) ze skutkiem natychmiastowym – w przypadku, o którym piszemy w pkt 59 i 62,
 - 2) w każdym czasie – ze skutkiem na koniec okresu rozliczeniowego.
76. Możemy wypowiedzieć umowę ubezpieczenia:
- 1) ze skutkiem natychmiastowym – w przypadku, o którym piszemy w pkt 57 i 59,
 - 2) z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia – z ważnych powodów, do których zaliczamy:
 - a) podanie nam danych niezgodnych z prawdą, o które pytaliśmy przy zawarciu umowy,
 - b) rażące niedbalstwo w zabezpieczeniu mienia objętego ochroną,
 - c) utratę pozwolenia na użytkowanie objętego ochroną budynku mieszkalnego / budynku gospodarczego,
 - d) brak zgody na przedstawienie nam przedmiotu ubezpieczenia celem jego lustracji oraz kontrolę, o które prosimy pisemnie,
 - 3) z zachowaniem 6-miesięcznego okresu ubezpieczenia z ważnych powodów, do których zaliczamy:
 - a) zaprzestanie oferowania umów ubezpieczenia na podstawie tych OWU,
 - b) konieczność zakończenia zawartych umów ubezpieczenia na uzgodnionych warunkach, spowodowaną zmianą przepisów prawa; okres wypowiedzenia może zostać skrócony, jeśli taki obowiązek będą nakładały bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa,
 - c) wypowiedzenie umowy ubezpieczenia w sytuacji opisanej w pkt 69.
77. Inne ważne powody wypowiedzenia przez nas umowy ubezpieczenia muszą być – pod rygorem nieważności – wymienione w umowie ubezpieczenia.
78. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim będziemy udzielać ochrony ubezpieczeniowej.

Zabezpieczenie mienia

– o czym musisz pamiętać

79. Odpowiedzialność za szkody w mieniu, które są skutkiem kradzieży z włamaniem, ponosimy wtedy, gdy zabezpieczysz mienie z zachowaniem następujących warunków:
- 1) wszystkie drzwi zewnętrzne, które prowadzą do lokalu/budynku mieszkalnego, są w należytym stanie technicznym i są zamknięte za pomocą co najmniej jednego z następujących rodzajów zabezpieczeń:
 - a) dwóch różnych zamków wielozastawkowych,
 - b) jednego zamka wielopunktowego,
 - c) jednego zamka mechaniczno-elektronicznego,
 - 2) wszystkie drzwi zewnętrzne, które prowadzą do pomieszczeń przynależnych oraz budynków gospodarczych, są w należytym stanie technicznym i są zamknięte za pomocą jednego z następujących rodzajów zabezpieczeń:
 - a) jednego zamka wielozastawkowego,
 - b) jednej kłódki wielozastawkowej,
 - c) elektronicznego systemu zamykania bramy,
 - 3) jeśli drzwi wejściowe mają elementy szklane, muszą być dodatkowo zabezpieczone w taki sposób, żeby uniemożliwić wejście do pomieszczeń lub otwarcie zamka w tych drzwiach po wybiciu w nich szyby,

- 4) w drzwiach dwuskrzydłowych jedno skrzydło musi być unieruchomione zasuwami u góry i u dołu, od wewnętrznej strony lokalu/budynku mieszkalnego, pomieszczenia przynależnego lub budynku gospodarczego,
 - 5) jeśli z pomieszczeń przynależnych lub budynków gospodarczych prowadzi przejście bezpośrednio do części mieszkalnej, drzwi prowadzące do tych pomieszczeń/budynków muszą spełniać warunki, które stawiamy dla drzwi zewnętrznych (w pkt 79 ppkt 1); obowiązek ten nie musi być spełniony, jeśli drzwi zewnętrzne prowadzące do budynków gospodarczych mają elektroniczny system zamykania bramy,
 - 6) drzwi balkonowe i tarasowe oraz okna są w należytym stanie technicznym i są tak umocowane, osadzone i zamknięte, że wyłamanie ich lub wyważenie wymaga użycia siły lub narzędzi,
 - 7) w ścianach i stropach, dachach lub podłogach nie ma otworów, które pozwalają zabrać przedmioty bez włamania,
 - 8) ściany, podłogi i dachy nie zawierają elementów wykonanych z materiałów z tworzyw sztucznych lub ażurowych,
 - 9) klucze do zamków masz jedynie Ty lub Twoi bliscy albo osoby uprawnione do ich przechowywania za Twoją zgodą i wiedzą.
80. Odpowiedzialność za szkody w nagrobku cmentarnym ponosimy wtedy, gdy zabezpieczysz go z zachowaniem następujących warunków:
- 1) płyta pozioma musi być przytwierdzona w taki sposób, aby nie można było jej zdemontować bez użycia siły ani narzędzi,
 - 2) płyta pionowa musi być przytwierdzona w taki sposób, aby nie można było jej zdemontować bez pozostawienia śladów, które dowodzą użycia siły i narzędzi,
 - 3) elementy ozdobne i litery muszą być przytwierdzone na stałe do płyty poziomej lub pionowej.

Obowiązki

– do czego jesteś zobowiązany Ty i ubezpieczający

81. Ty i ubezpieczający macie obowiązek:
- 1) podać nam do wiadomości wszystkie znane Wam okoliczności, o które pytamy we wniosku ubezpieczeniowym lub w innych pismach przed zawarciem umowy, a także niezwłocznie poinformować nas, jeśli w trakcie trwania umowy ubezpieczenia te okoliczności się zmieniają,
 - 2) dołączyć do wniosku wykaz przedmiotów, których wartość jednostkowa przekracza 5000 zł, jeśli suma ubezpieczenia ruchomości domowych została ustalona na przynajmniej 70 000 zł,
 - 3) poinformować nas o zawarciu z innym ubezpieczycielem umowy ubezpieczenia obejmującej ochroną ubezpieczeniową te same zdarzenia i podać dane ubezpieczyciela oraz sumy ubezpieczenia,
 - 4) zabezpieczyć miejsce ubezpieczenia – zgodnie z pkt 79–80,
 - 5) utrzymywać miejsce ubezpieczenia w należytym stanie technicznym oraz bezzwłocznie usuwać usterki i uszkodzenia w mieniu,
 - 6) zapewnić dostateczne ogrzewanie wszystkich pomieszczeń w okresie występowania mrozów, a w razie potrzeby – zakręcić zawory i spuścić wodę z rur,
 - 7) przestrzegać zaleceń producenta, które dotyczą przechowywania lub składowania ubezpieczonego mienia,
 - 8) przestrzegać powszechnie obowiązujących przepisów, które mają zapobiegać powstawaniu szkód.
82. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, ma on także obowiązek podać nam do wiadomości wszystkie znane Wam i jemu okoliczności, o które pytamy we wniosku ubezpieczeniowym lub w innych pismach przed zawarciem umowy, a także niezwłocznie poinformować nas, jeśli w trakcie trwania umowy ubezpieczenia te okoliczności się zmieniają.
83. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem pkt 81 ppkt 1 nie zostały podane do naszej wiadomości. Jeżeli do tego naruszenia doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmujemy, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem powyższych okoliczności.
84. Możemy odmówić wypłaty części lub całości odszkodowania, jeśli Ty, ubezpieczający lub uprawniony nie dopełnicie obowiązków wymienionych w pkt 81 ppkt 2–7, o ile będzie miało to wpływ na naszą odpowiedzialność, możliwość ustalenia wysokości odszkodowania, okoliczności powstania szkody lub na jej rozmiar.

Obowiązki po zaistnieniu wypadku ubezpieczeniowego w ubezpieczeniu mienia i odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym

– do czego jesteście zobowiązani Ty oraz ubezpieczający

85. Jeśli wystąpi wypadek ubezpieczeniowy, Ty lub ubezpieczający macie obowiązek:
- 1) użyć dostępnych Wam środków, aby ratować przedmiot ubezpieczenia, zapobiec szkodzie lub zmniejszyć jej rozmiar,
 - 2) jeśli zajdzie podejrzenie, że szkoda powstała w wyniku przestępstwa – najszybciej jak to możliwe zawiadomić policję, nie później jednak niż w ciągu 48 godzin od wystąpienia szkody lub uzyskania o niej informacji,
 - 3) najszybciej jak to możliwe powiadomić nas o wypadku ubezpieczeniowym,
 - 4) zabezpieczyć nam możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę, a także dostarczyć nam dokumenty i informacje niezbędne do ich dochodzenia,
 - 5) umożliwić nam działania, dzięki którym będziemy mogli ustalić przyczynę i wysokość szkody oraz wyliczyć odszkodowanie,
 - 6) dostarczyć nam spis utraconych lub uszkodzonych przedmiotów, ich wartości i lata nabycia,
 - 7) nie zmieniać bez naszej zgody stanu faktycznego, który jest następstwem zdarzenia, które było przyczyną powstania szkody, do czasu, aż na miejsce zdarzenia przybędzie nasz przedstawiciel – chyba że ta zmiana będzie konieczna, aby zabezpieczyć mienie lub zmniejszyć szkodę; nie możemy powołać się na ten zakaz, jeżeli nie przystąpimy do czynności likwidacyjnych w ciągu 7 dni od otrzymania zawiadomienia o powstaniu szkody.
86. Jeżeli Ty lub ubezpieczający umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosujecie środków, aby ratować przedmiot ubezpieczenia, zapobiec szkodzie w mieniu lub zmniejszyć jej rozmiar, nie odpowiadamy za szkody, które powstaną z tego powodu.
87. Jeżeli Ty lub ubezpieczający umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie powiadomicie nas, najszybciej jak to możliwe, o wystąpieniu wypadku ubezpieczeniowego, możemy odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie, jeśli naruszenie to przyczyni się do zwiększenia szkody w mieniu lub uniemożliwi nam ustalenie okoliczności i skutków wypadku ubezpieczeniowego.
88. Jeśli nie dopełnicie swoich obowiązków, będziemy mogli odmówić wypłaty części lub całości odszkodowania, o ile będzie miało to wpływ na naszą odpowiedzialność, ustalenie okoliczności powstania szkody w mieniu lub na jej rozmiar albo wysokość odszkodowania.
89. Nie stosujemy zapisów pkt 86–88 w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym.
90. W ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym, jeśli:
- 1) poszkodowany zgłosi roszczenia o naprawienie szkody bezpośrednio do ubezpieczającego lub do Ciebie, nie możecie uznać roszczeń poszkodowanego ani zawrzeć z nim ugody, dopóki my nie wyrazimy na to pisemnej zgody,

- 2) ubezpieczający lub Ty zostaniecie pozwani, macie obowiązek, jak najszybciej nas o tym powiadomić oraz udostępnić nam orzeczenie sądowe – w terminie, który umożliwi nam wniesienie tzw. środka odwoławczego, aby uzgodnić stanowiska co do ewentualnego zaskarżenia orzeczenia.

Obowiązki po zaistnieniu wypadku ubezpieczeniowego w ubezpieczeniu NNW **– do czego jesteście zobowiązany Ty, osoby Ci bliskie oraz ubezpieczający**

91. Jeśli wydarzy się wypadek ubezpieczeniowy, Ty lub osoby Ci bliskie macie obowiązek:
- 1) poddać się leczeniu i stosować się do zaleceń lekarskich,
 - 2) zwolnić zakłady opieki zdrowotnej i lekarzy z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyrazić zgodę na udostępnienie nam dokumentacji medycznej w zakresie objętym umową ubezpieczenia i niezbędnym do ustalenia naszej odpowiedzialności,
 - 3) przedstawić nam dokumentację medyczną z diagnozą lekarską, która uzasadnia konieczność udzielenia natychmiastowej pomocy lekarskiej, hospitalizacji lub przepisania określonych leków,
 - 4) udzielić pomocy i wyjaśnień oraz umożliwić nam ustalenie okoliczności wypadku, zasadności i wysokości wypłaty świadczenia,
 - 5) poddać się na nasze zlecenie badaniu przez lekarza, którego wskażemy.
92. Ubezpieczający, Ty lub osoby Ci bliskie powinniście jak najszybciej zawiadomić nas o wypadku ubezpieczeniowym.
93. W razie śmierci Twojej lub osoby Ci bliskiej uprawniony powinien złożyć u nas:
- 1) wypełniony formularz zgłoszenia zgonu z jego udokumentowaną przyczyną,
 - 2) skrócony odpis aktu zgonu Twojego lub Twoich bliskich,
 - 3) kartę zgonu lub dokumentację medyczną, która potwierdzi przyczynę zgonu,
 - 4) dokumentację okoliczności i przyczyny zgonu, zwłaszcza kopię protokołu policji, prokuratury lub sądu,
 - 5) inne dokumenty, o które poprosimy.

Wysokość i zakres szkody w ubezpieczeniu mienia **– jak ją ustalamy i co pomniejsza odszkodowanie**

94. Odszkodowanie ustalimy zgodnie z przyjętym w umowie ubezpieczenia rodzajem wartości (rzeczywistej, nowej, rynkowej) dla danej grupy mienia. Odszkodowanie nie może przekroczyć:
- 1) sumy ubezpieczenia lub
 - 2) limitu naszej odpowiedzialności ustalonego w OWU.

Warto wiedzieć

Definicję wartości rzeczywistej, nowej i rynkowej znajdziesz w pkt 149.

95. Odszkodowanie obliczymy według następujących zasad:
- 1) w ubezpieczeniu lokalu mieszkalnego i pomieszczenia przynależnego według wartości:
 - a) rynkowej – gdy wystąpi szkoda całkowita,
 - b) rzeczywistej – w pozostałych przypadkach,
 - 2) w ubezpieczeniu budynku mieszkalnego według wartości:
 - a) rzeczywistej – dla budynków, które mają więcej niż 20 lat,
 - b) nowej – dla budynków, które mają do 20 lat,
 - 3) w ubezpieczeniu budynku gospodarczego – według wartości rzeczywistej,
 - 4) w ubezpieczeniu ruchomości działki oraz stałych elementów działki – według wartości nowej,
 - 5) z zastrzeżeniem ppkt 6–7, według wartości nowej albo kosztów naprawy, określanych zgodnie z pkt 96 – w przypadku ubezpieczenia:
 - a) stałych elementów budynku/lokalu mieszkalnego oraz pomieszczeń przynależnych lub budynków gospodarczych,
 - b) ruchomości domowych w lokalu/budynku mieszkalnym oraz pomieszczeniach przynależnych lub budynkach gospodarczych,
 - 6) dla:
 - a) gotówki i innych środków płatniczych – wysokość odszkodowania ustalimy według ich wartości nominalnej; pieniądze i inne środki płatnicze w obcej walucie przeliczymy na złote według średniego kursu danej waluty w NBP z dnia ustalenia odszkodowania,
 - b) akcji na okaziciela niedopuszczonych do publicznego obrotu – przyjmiemy wartość księgową, która przypada na 1 akcję w dniu sporządzenia bilansu za okres obrachunkowy poprzedzający powstanie szkody,
 - c) obligacji na okaziciela niedopuszczonych do publicznego obrotu – przyjmiemy wartość nominalną z uwzględnieniem należnego oprocentowania z dnia powstania szkody,
 - d) metali szlachetnych i wyrobów z tych metali oraz kamieni szlachetnych – wysokość odszkodowania ustalimy w wysokości kosztów ich zakupu lub wytworzenia według cen obowiązujących w dniu powstania szkody,
 - e) monet, które nie są prawnymi środkami płatniczymi – wysokość odszkodowania ustalimy według wartości złomu; zasada ta nie dotyczy kolekcjonerskich zbiorów monet,
 - f) szyb i przedmiotów szklanych – wysokość odszkodowania ustalimy według wartości nowej z uwzględnieniem kosztów wymiany i montażu,
 - 7) w ubezpieczeniu drobnych przedmiotów codziennego użytku, gdy utracisz:
 - a) klucze do miejsca zamieszkania lub do samochodu Twojego lub Twoich bliskich – wysokość odszkodowania ustalimy według wartości kosztów wymiany zamków,
 - b) dokumenty (w tym: dowód osobisty, prawo jazdy, legitymację szkolną/studencką) lub dowód rejestracyjny samochodu Twojego lub Twoich bliskich – wysokość odszkodowania ustalimy według kosztów wydania duplikatów dokumentów lub nowych dokumentów,
 - 8) w ubezpieczeniu nagrobka cmentarnego wysokość odszkodowania ustalimy według wartości nowej, gdy nagrobek ma maksymalnie 20 lat, a w pozostałych przypadkach – według wartości rzeczywistej.
96. Odszkodowanie obliczamy według kosztów naprawy, jeśli wartość szkody nie przekracza 70% wartości przedmiotu szkody. W przypadku gdy wartość szkody przekracza 70% wartości przedmiotu szkody, odszkodowanie wypłacamy według wartości nowej.

97. Jeśli szkoda będzie całkowita lub utracisz mienie, wysokość odszkodowania będzie odpowiadała przeciętnej wartości przedmiotu tego samego lub podobnego rodzaju i gatunku. Ustalimy ją na podstawie średnich cen stosowanych w handlu, chyba że udokumentujesz inną wartość tego mienia.
98. Jeśli mienie będzie naprawiane, wartość szkody będzie zależała od zakresu rzeczywistych uszkodzeń, które spowoduje wypadek ubezpieczeniowy. Wartość tę ustalimy na podstawie przeciętnych cen zakładów usługowych lub cenników stosowanych na obszarze, w jakim wystąpi szkoda, albo na podstawie rachunku naprawy, jeśli będzie zawierać szczegółową specyfikację wykonanych prac. Zweryfikujemy jednak wysokość kosztów, zakres robót i użytych materiałów.
99. Jeśli pozostałości po szkodzie będą nadawały się do użytkowania albo przerobienia, to ich wartość pomniejszy wysokość odszkodowania.
100. Gdy będziemy ustalać wysokość odszkodowania, nie uwzględnimy:
- 1) kosztów wynikających z braku części zamiennych lub materiałów, których będziesz potrzebować, aby przywrócić stan sprzed szkody,
 - 2) wartości naukowej, zabytkowej, artystycznej ani emocjonalnej przedmiotu ubezpieczenia,
 - 3) pomniejszenia wartości kolekcji lub zbioru z powodu uszkodzenia, zniszczenia lub utraty któregoś z elementów kolekcji lub zbioru,
 - 4) wartości mienia odzyskanego przez Ciebie przed wypłatą odszkodowania.

Wysokość świadczenia w ubezpieczeniu NNW (wariant Bezpieczna Rodzina)

– jak ją ustalamy

101. W razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku wypłacimy świadczenie, a jego wartość ustalimy według tabeli nr 2.
102. Wysokość świadczenia ustalimy na podstawie otrzymanych dokumentów, w tym wyników badań. Mamy prawo zweryfikować te dokumenty oraz zasięgać opinii lekarzy.
103. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalimy na podstawie „Tabeli uszczerbków na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku UNIQA TU S.A.” – tabeli nr 3, załączonej do OWU i dostępnej na stronie www.uniqa.pl.
104. Wysokość świadczeń w ramach zawartej umowy ubezpieczenia ustalamy na podstawie adekwatnego związku przyczynowo-skutkowego między wypadkiem ubezpieczeniowym a jego następstwami.
105. Jeśli następstwem nieszczęśliwego wypadku będzie uszkodzenie więcej niż jednej kończyny, narządu lub układu, ustalimy ogólny stopień uszczerbku na zdrowiu. Jest to suma procentów dla poszczególnych uszkodzeń (stopni uszczerbku) w tabeli nr 3. Ogólny stopień uszczerbku na zdrowiu nie może przekroczyć 100%.
106. Jeśli w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpi pogorszenie funkcji fizycznych lub psychicznych organizmu, które już były upośledzone przed wypadkiem, to stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określimy jako różnicę między stopniem stwierdzonym po wypadku a stopniem przed nim.

Przykład

Pomniejszy procent uszkodzenia ciała po wypadku o procent uszkodzenia lub utraty narządu, który istniał bezpośrednio przed wypadkiem. Czyli, jeśli przed wypadkiem nie miałeś palca wskazującego lewej ręki, a wskutek wypadku straciłeś całą lewą dłoń, wypłacimy kwotę za 35% uszkodzenia ciała (50% za utratę całej lewej dłoni minus 15% za utratę palca wskazującego tej ręki równa się 35%).

107. Jeśli istniejące przed nieszczęśliwym wypadkiem choroby lub niepełnosprawność spowodowały, że następstwa nieszczęśliwego wypadku są większe o co najmniej 25%, niż byłyby u osoby nieobciążonej taką chorobą lub niepełnosprawnością, to stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zmniejszamy proporcjonalnie do udziału choroby lub niepełnosprawności w następstwach nieszczęśliwego wypadku.
108. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony w ciągu 12 miesięcy od nieszczęśliwego wypadku objętego ubezpieczeniem. Jeśli z powodu trwającego leczenia lub rehabilitacji jednoznaczne ustalenie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu nie będzie możliwe w tym czasie, uprawnienie do świadczenia stwierdzamy na podstawie stopnia uszczerbku na zdrowiu ustalonego na dzień upływu 4. roku od daty zdarzenia, które obejmujemy ubezpieczeniem.
109. Jeśli umrzesz, zanim jednoznacznie ustalimy stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, a Twoja śmierć nie będzie następstwem tego samego nieszczęśliwego wypadku, wypłacimy pieniądze z ubezpieczenia uprawnionemu. Wysokość wypłaty będzie odpowiadała przewidywanemu stopniowi uszczerbku na zdrowiu po 4 latach od wypadku ubezpieczeniowego, który obejmujemy ubezpieczeniem.
110. Jeśli następstwem nieszczęśliwego wypadku będzie wielomiejscowe uszkodzenie kończyny, ogólny stopień uszczerbku na zdrowiu określimy jako sumę procentów za poszczególne rodzaje uszkodzeń. Tak ustalony ogólny stopień uszczerbku na zdrowiu nie może przekroczyć stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu za utratę całej kończyny.
111. Jeśli otrzymasz świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, ale potem umrzesz w wyniku tego samego wypadku, świadczenie z tytułu Twojej śmierci wypłacimy osobie uprawnionej. Pomniejszyśmy je o wypłatą Ci wcześniej kwotę za trwały uszczerbek na zdrowiu.

Wypłata odszkodowania (warianty Bezpieczny, Bezpieczny Plus, Bezpieczny Nagrobek)

– jak i kiedy wypłacamy odszkodowanie

112. Gdy otrzymamy zawiadomienie o zajściu wypadku ubezpieczeniowego:
- 1) w ciągu 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia poinformujemy o tym Ciebie lub ubezpieczającego – jeśli nie jesteście osobami, które nas o tym zawiadomiły,
 - 2) rozpoczniemy postępowanie, w którym ustalimy stan faktyczny, zasadność zgłoszonych roszczeń i wysokość odszkodowania,
 - 3) poinformujemy osobę, która wystąpiła z roszczeniem – pisemnie lub w inny sposób, na który ta osoba wyraziła zgodę – jakie dokumenty będą potrzebne, abyśmy mogli rozpatrzyć zgłoszenie i ustalić naszą odpowiedzialność i wysokość odszkodowania.
113. Poza ubezpieczającym o wypadku ubezpieczeniowym możesz zawiadomić nas Ty, mogą to także zrobić Twoi spadkobiercy. W takiej sytuacji spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
114. Wypłacimy odszkodowanie, jeśli uznamy roszczenie osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia. Zrobimy to na podstawie:
- 1) własnych ustaleń w procesie likwidacji szkody,
 - 2) zawartej z tą osobą ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
115. Mamy obowiązek wypłacić odszkodowanie w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia o wypadku ubezpieczeniowym.
116. Jeśli w ciągu 30 dni nie będziemy mogli ustalić naszej odpowiedzialności albo wysokości odszkodowania:
- 1) zawiadomimy pisemnie osobę zgłaszającą oraz Ciebie (jeśli nią nie jesteś), dlaczego potrzebujemy więcej czasu, oraz
 - 2) wypłacimy bezsporną część pieniędzy z ubezpieczenia.

Pozostałą część wypłacimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – będzie można wyjaśnić wszystkie okoliczności.

117. W razie Twojej śmierci powiadomimy poszkodowanego i ubezpieczającego lub uprawnionego o wysokości przyznanego odszkodowania.
118. Jeśli ustalimy, że odszkodowanie nie przysługuje albo jego kwota jest niższa niż w zgłoszeniu, poinformujemy o tym osobę zgłaszającą oraz Ciebie (jeśli nią nie jesteś). Wskażemy wtedy okoliczności i podstawę prawną, które uzasadniają naszą decyzję, oraz wskażemy możliwości dochodzenia roszczeń w sądzie.
119. Jeśli w ubezpieczeniu OC bez naszej zgody uznasz lub spełnisz roszczenie strony poszkodowanej, nie będzie to miało skutków prawnych w stosunku do nas.

Przykład

Jeśli z Twojej winy zostanie zalane mieszkanie sąsiada, a Ty postanowisz, bez konsultacji z nami, zwrócić mu koszty usunięcia zacieków ze ściany, to my możemy odmówić wypłaty odszkodowania.

120. Wypłacimy Ci odszkodowanie maksymalnie do wysokości poniesionej szkody. Wysokość odszkodowania jest też ograniczona limitami określonymi w OWU, a jeśli ich nie ma – wysokością sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej.
121. Jako ubezpieczony masz prawo żądać wypłaty świadczenia bezpośrednio od nas. W przypadku ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej prawo to ma poszkodowany.
122. Jeżeli odzyskasz mienie po wypłacie odszkodowania, masz obowiązek jak najszybciej zwrócić nam wypłacone odszkodowanie bądź jego część. Mamy również prawo żądać od Ciebie nieodpłatnego przeniesienia na nas prawa własności odzyskanego mienia.

Wypłata świadczenia (wariant Bezpieczna Rodzina)

– jak i kiedy wypłacamy świadczenie

123. Wypłacamy świadczenie, jeśli uznamy roszczenie osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia. Zrobimy to na podstawie:
 - 1) własnych ustaleń w procesie likwidacji szkody,
 - 2) zawartej z tą osobą ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
124. Ubezpieczający, Ty i Twoi spadkobiercy możecie zawiadomić nas o wypadku ubezpieczeniowym.
125. O wysokości przyznanego świadczenia powiadomimy Ciebie, poszkodowanego, ubezpieczającego lub uprawnionego (w razie Twojej śmierci).
126. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłacamy Tobie. Świadczenie z tytułu Twojej śmierci wypłacimy uprawnionemu, zgodnie z zasadami opisanymi w pkt 127.
127. Jeżeli uprawniony nie zostanie wskazany, świadczenie za śmierć Twoją oraz osób Ci bliskich przysługuje członkom Twojej rodziny według następującej kolejności:
 - 1) współmałżonkowi/partnerowi,
 - 2) w równych częściach dzieciom Twoim/Twoich bliskich, jeśli nie masz współmałżonka/partnera,
 - 3) w równych częściach rodzicom Twoim/Twoich bliskich, jeśli nie masz współmałżonka/partnera ani dzieci,
 - 4) w równych częściach innym ustawowym spadkobiercom, jeśli nie masz współmałżonka/partnera, dzieci ani rodziców.
128. Suma udziałów wszystkich osób uprawnionych do otrzymania świadczenia nie może przekraczać 100% świadczenia ubezpieczeniowego.
129. Osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Twojej lub Twoich bliskich, nie przysługuje świadczenie.

Roszczenia regresowe

– jakie roszczenia zwrotne nam przysługują

130. Z dniem wypłaty odszkodowania Twoje roszczenie wobec osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na nas – do wysokości wypłaconego odszkodowania.
131. Możemy odmówić wypłaty odszkodowania w całości lub w części, jeśli bez naszej zgody zrzekniesz się albo praw przysługujących Ci w stosunku do osób odpowiedzialnych za szkodę, albo ograniczysz te prawa. Jeśli o tych decyzjach dowiemy się, gdy już wypłacimy Ci odszkodowanie, możemy żądać zwrotu jego całości lub części.

Skargi i zażalenia

– jakie są prawa Twoje, ubezpieczającego i uprawnionego

132. Zarówno Ty, ubezpieczający, jak i uprawniony z umowy ubezpieczenia możecie zgłaszać nam skargi i zażalenia, jeśli uznacie, że nie wykonujemy naszych obowiązków lub wykonujemy je źle. Skargi i zażalenia mogą dotyczyć też jednostek, które działają w naszym imieniu i na naszą rzecz.

Warto wiedzieć

W rozdziałach dotyczących skarg i zażaleń oraz reklamacji używamy zwrotu „Wy”.

Wy = Ty, ubezpieczający, poszukujący ochrony ubezpieczeniowej lub uprawniony z umowy ubezpieczenia

133. Rozpatrujemy każdą skargę i zażalenie najszybciej jak to możliwe, jednak nie później niż w ciągu 30 dni od ich otrzymania. W treści pisma informujemy osobę, która złożyła skargę lub zażalenie, jak załatwimy sprawę, i podajemy uzasadnienie.

Reklamacje i pozasądowe rozwiązywanie sporów

– jakie są Twoje uprawnienia oraz nasze obowiązki

134. Tobie, ubezpieczającemu, poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do zgłaszania nam reklamacji w związku ze świadczonymi przez nas usługami. Możecie to robić w formie wskazanej w części „Sposoby składania reklamacji”.
135. Rozpatrujemy reklamację i udzielamy odpowiedzi jak najszybciej, jednak nie później niż w ciągu 30 dni od jej otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeżeli udzielenie odpowiedzi w tym terminie nie jest możliwe, powiadomimy Was w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji o przyczynach opóźnienia. Poinformujemy Was również o okolicznościach, które musimy wyjaśnić, oraz o przewidywanym terminie udzielenia odpowiedzi. Nie może być on jednak dłuższy niż 60 dni od otrzymania przez nas reklamacji.
136. Powinniśmy udzielić odpowiedzi w formie pisemnej: papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji lub – o ile złożyliście taki wniosek – pocztą elektroniczną.

137. Po zakończeniu postępowania reklamacyjnego, jeżeli jesteście osobami fizycznymi, macie prawo złożyć wniosek o rozpoczęcie postępowania w związku ze świadczonymi przez nas usługami do podmiotu, który jest uprawniony do pozasądowego rozwiązywania sporów.
138. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozwiązywania sporów w związku ze świadczonymi przez nas usługami jest Rzecznik Finansowy. Szczegółowe informacje znajdziecie na stronie internetowej Rzecznika Finansowego <https://rf.gov.pl/>.
139. Przysługuje Wam prawo do zgłaszania reklamacji w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową:
- 1) agentowi ubezpieczeniowemu,
 - 2) agentowi oferującemu ubezpieczenia uzupełniające,
- wykonującym czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń (zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej),
- 3) brokerowi.

Sposoby składania reklamacji

– jakie mamy procedury składania i rozpatrywania reklamacji

140. Reklamację na świadczone przez nas usługi możecie złożyć:

- 1) **elektronicznie** poprzez formularz na stronie uniqa.pl/reklamacje,
- 2) **ustnie**:
 - a) telefonicznie pod numerem naszej infolinii **+48 22 599 95 22**,
 - b) osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie,
- 3) **na piśmie**:
 - a) osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie,
 - b) przesyłką pocztową na adres: UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa;
 - c) na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w ustawie z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych jako rejestru publicznego prowadzonego przez ministra właściwego do spraw informatyzacji, tj. AE:PL-71235-46013-CSHSF-26.

Odpowiedzi na reklamacje udzielamy na piśmie. Jeżeli jesteś osobą fizyczną i chcesz otrzymać odpowiedź na reklamację mejlowo, poinformuj nas o tym.

Odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć reklamacji i udzielić na nią odpowiedzi w terminie 30 dni, osobę, która złożyła reklamację, poinformujemy o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.

Szczegółne środki ograniczające

– kogo dotyczą i kiedy możemy je zastosować

141. Umowę ubezpieczenia możemy zawrzeć pod warunkiem, że Ty, ubezpieczający, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia nie znajdujecie się na żadnej liście sankcyjnej, tj. liście:
- 1) osób objętych sankcjami gospodarczymi, handlowymi, finansowymi, embargiem lub
 - 2) terrorystów, lub
 - 3) osób podejrzanych o terroryzm, lub
 - 4) członków organizacji terrorystycznych,
- wydanej przez:
- a) Organizację Narodów Zjednoczonych (ONZ),
 - b) Unię Europejską (UE),
 - c) Stany Zjednoczone Ameryki Północnej,
 - d) inne państwa i organizacje międzynarodowe,
- lub na podstawie innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.
142. Jeśli ustalimy, że Ty, ubezpieczający, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia znajdujecie się na jakiegokolwiek liście sankcyjnej, o której mowa w pkt 141, to w ciągu 30 dni od wystawienia dokumentu ubezpieczenia poinformujemy ubezpieczającego o tym, że nie zawarliśmy z nim umowy, a wystawiony dokument ubezpieczenia jest nieważny. Jeśli natomiast Ty, ubezpieczający, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia nie jesteście wpisani na żadne listy sankcyjne, to umowa ubezpieczenia obowiązuje od dnia wystawienia dokumentu ubezpieczenia.
143. Jeśli w czasie trwania umowy ubezpieczenia okaże się, że Ty, ubezpieczający, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia zostaliście wpisani na listę sankcyjną lub jesteście pośrednio lub bezpośrednio kontrolowani przez osobę wpisaną na listę sankcyjną, to podejmiemy działania wynikające z obowiązujących przepisów prawa – w tym możemy zamrozić środki należne z umowy ubezpieczenia lub możemy ich nie wypłacić.

Postanowienia końcowe

– co jeszcze jest ważne

144. W porozumieniu z ubezpieczającym możemy stosować w umowie ubezpieczenia warunki dodatkowe lub odmienne od przyjętych w OWU. Wszystkie odstępstwa od OWU, pod rygorem nieważności, wymieniamy w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia.
145. Jesteśmy zobowiązani przedstawić ubezpieczającemu w formie pisemnej wszystkie różnice pomiędzy treścią OWU a postanowieniami umowy ubezpieczenia. Jeśli nie dopełnimy tego obowiązku, to nie możemy się powołać na niekorzystną dla Ciebie różnicę. Przepisu nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawartych w drodze negocjacji.
146. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia mające związek z umową ubezpieczenia powinniśmy (Ty, ubezpieczający oraz my) składać w formie pisemnej, chyba że umówiliśmy się inaczej.
147. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Twojej, ubezpieczającego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Zasady te dotyczą również Twoich spadkobierców lub spadkobierców uprawnionego. Do umowy ubezpieczenia stosuje się prawo polskie, chyba że bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa stanowią inaczej.

148. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawieramy za pośrednictwem serwisu internetowego, to szczegółowe informacje, jak to robimy, podaje Regulamin świadczenia usług drogą elektroniczną. Regulamin ten znajdziesz na stronie www.uniq.pl. Jego postanowienia obowiązują w kwestiach nieuregulowanych w tych OWU.

Definicje

– jak rozumiemy poszczególne pojęcia

149. Dla pojęć stosowanych w OWU przyjmujemy następujące znaczenia:

- 1) **akt terroru lub sabotażu** – akt lub seria aktów w postaci działania lub zaniechania, w tym obejmujący użycie siły lub przemocy, ze strony osoby lub grupy (grup) osób, działających samodzielnie lub w imieniu jakiejkolwiek organizacji albo w powiązaniu z nią, popełniony w celach politycznych, religijnych lub ideologicznych, w zamiarze oddziaływania na dowolne władze (rząd czy funkcjonariuszy publicznych) lub zastraszenia opinii publicznej;
- 2) **budynek** – trwale związany z gruntem obiekt budowlany, który:
 - a) jest wydzielony z przestrzeni za pomocą przegród budowlanych,
 - b) ma fundamenty, dach, instalacje i urządzenia techniczne, które służą do korzystania z budynku zgodnie z jego przeznaczeniem;
- 3) **budynek gospodarczy** – budynek o przeznaczeniu innym niż mieszkalne wraz z instalacjami i urządzeniami technicznymi; nie może on służyć do prowadzenia działalności gospodarczej ani rolnej oraz nie może podlegać obowiązkowemu ubezpieczeniu; może być wolno stojący lub w obrysie budynku mieszkalnego; za budynek gospodarczy uważamy też garaż, czyli budynek do przechowywania i niezawodowej obsługi pojazdów mechanicznych;
- 4) **budynek mieszkalny** – budynek służący zaspokojeniu potrzeb mieszkaniowych, który stanowi konstrukcyjnie samodzielną całość; dopuszczamy wydzielenie dwóch lokali mieszkalnych lub jednego lokalu mieszkalnego i jednego lokalu użytkowego; powierzchnia lokalu użytkowego nie może być jednak większa niż 50% powierzchni całkowitej budynku; za budynek mieszkalny uważamy:
 - a) budynek wolno stojący,
 - b) budynek w zabudowie bliźniaczej lub szeregowej;
- 5) **czynności życia prywatnego** – działania i zaniechania w sferze życia prywatnego Twojego lub Twoich bliskich, np.:
 - a) użytkowanie oraz posiadanie znajdujących się w miejscu ubezpieczenia budynku lub lokalu mieszkalnego, pomieszczenia przynależnego lub budynku gospodarczego wraz z działką, na której położone są te obiekty;
 - b) sprawowanie opieki nad małoletnimi dziećmi oraz innymi członkami rodziny, za których czyny odpowiadasz z mocy prawa,
 - c) użytkowanie oraz posiadanie roweru, wózka inwalidzkiego, sprzętu sportowego, sprzętu do majsterkowania,
 - d) posiadanie zwierząt domowych i opiekowanie się nimi,
 - e) rekreacyjne uprawianie sportu;
- 6) **deszcz nawałny** – opad deszczu o współczynniku wydajności co najmniej 3; o działaniu deszczu nawałnego wyraźnie świadczy stan faktyczny i rozmiar szkód w miejscach ich powstania i w bezpośrednim sąsiedztwie; jeśli nie możemy ocenić, czy mamy do czynienia z deszczem nawałnym, wykorzystujemy ekspertyzę Instytutu Meteorologii i Gospodarki Wodnej;
- 7) **drobne przedmioty codziennego użytku** – przedmioty, które stanowią własność Twoją lub Twoich bliskich i znajdują się pod Waszą opieką poza miejscem ubezpieczenia; takimi przedmiotami mogą być:
 - a) torebka, teczka lub plecak,
 - b) portmonetka, portfel, etui na dokumenty,
 - c) gotówka, biżuteria, zegarek, okulary przeciwsłoneczne i korekcyjne,
 - d) karty: płatnicze, kredytowe, ubezpieczeniowe,
 - e) klucze do miejsca zamieszkania,
 - f) dokumenty osobiste, w tym: dowód osobisty, prawo jazdy, paszport, legitymacja szkolna/studencka,
 - g) telefon komórkowy, instrumenty muzyczne, sprzęt medyczny;
- 8) **dzieła sztuki** – przedmioty o wartości artystycznej, historycznej lub muzealnej; ich wartość określamy na podstawie wycen uprawnionych rzeczoznawców, ekspertów domów aukcyjnych, biegłych sądowych lub na podstawie faktur, czyli dowodów, które potwierdzają, że dany przedmiot został nabyty w punkcie trudniącym się handlem dziełami sztuki;
- 9) **grad** – opad atmosferyczny w postaci bryłek lodu;
- 10) **graffiti** – napisy i inne znaki graficzne umieszczone na ubezpieczonym mieniu przez osoby trzecie bez Twojej wiedzy ani zgody;
- 11) **huk ponaddźwiękowy** – uderzeniowa fala dźwiękowa wywołana przez statek powietrzny podczas przekraczania prędkości dźwięku;
- 12) **huragan** – działanie wiatru o prędkości nie mniejszej niż 11 m/s; przy ocenie działania wiatru bierzemy pod uwagę stan faktyczny i rozmiar szkód w miejscach ich powstania i w bezpośrednim sąsiedztwie, które świadczą wyraźnie o masowym niszczycielskim działaniu wiatru; jeśli nie możemy ocenić, czy mamy do czynienia z huraganem, wykorzystujemy ekspertyzę Instytutu Meteorologii i Gospodarki Wodnej;
- 13) **koszty akcji ratowniczej** – poniesione i udokumentowane koszty, które ponosisz, gdy nastąpi wypadek ubezpieczeniowy, aby ratować przedmiot ubezpieczenia, zapobiec szkodzie lub zmniejszyć jej rozmiary – o ile Twoje działania były celowe, nawet jeśli okazały się bezskuteczne;
- 14) **koszty poszukiwania miejsca powstania szkody i usunięcia jej przyczyny** – koszty poszukiwania i wymiany elementu, którego uszkodzenie lub awaria są przyczyną szkody w stałych elementach budynku/lokalu mieszkalnego; koszty te obejmują:
 - a) robociznę i materiały wykorzystane do poszukiwań i naprawy oraz
 - b) koszty przywrócenia stanu sprzed wystąpienia szkody;
- 15) **koszty rozbiórki i uprzątnięcia pozostałości po szkodzie** – poniesione konieczne koszty rozbiórki i uprzątnięcia pozostałości po szkodzie;
- 16) **koszty rzeczoznawców** – udokumentowane koszty wynagrodzenia rzeczoznawców, którzy zostali powołani za naszą zgodą i którzy świadczą usługi na Twoją rzecz w związku ze szkodą w ubezpieczonym mieniu;
- 17) **koszty wymiany dokumentów** – poniesione koszty wymiany dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy, legitymacji szkolnej/studenckiej, tablic rejestracyjnych, dowodu rejestracyjnego, kart kredytowych i płatniczych utraconych w wyniku kradzieży z włamaniem lub rabunku;
- 18) **koszty wymiany lub naprawy zabezpieczeń po szkodzie** – poniesione konieczne koszty wymiany lub naprawy zabezpieczeń uszkodzonych w wyniku usiłowania lub dokonania kradzieży z włamaniem i rabunku – koszty te obejmują też wymianę zamków;

- 19) **koszty wynajmu lokalu zastępczego po szkodzie** – udokumentowane koszty wynajęcia przez Ciebie na terenie Polski pokoju w hotelu lub innym miejscu zakwaterowania zastępczego, w sytuacji gdy wystąpiła szkoda całkowita i budynek/lokal mieszkalny – który stanowi Twoją własność i jest przedmiotem umowy ubezpieczenia w wariancie Bezpieczny Plus – nie nadaje się do zamieszkiwania zgodnie z decyzją odpowiednich organów administracyjnych/samorządowych;
- 20) **koszty zakupu nowych roślin ozdobnych** – udokumentowane koszty związane z nabyciem roślin ozdobnych tego samego rodzaju co rośliny utracone lub zniszczone w wyniku wystąpienia pożaru lub powodzi;
- 21) **kradzież z włamaniem** – usiłowanie zaboru lub zabór mienia w celu przywłaszczenia go z zamkniętego i zabezpieczonego, zgodnie z warunkami określonymi w OWU, lokalu lub budynku mieszkalnego, pomieszczenia przynależnego lub budynku gospodarczego, które objęliśmy ochroną; za kradzież z włamaniem uważamy sytuację, w której sprawca:
 - a) usuwa zabezpieczenie siłą lub przy użyciu narzędzia albo
 - b) otwiera zabezpieczenie podrobionym lub dopasowanym kluczem lub innym narzędziem, albo
 - c) otwiera zabezpieczenie kluczem oryginalnym, który zdobył w wyniku kradzieży z włamaniem do innego lokalu/budynku lub w wyniku rabunku;
- 22) **lawina** – gwałtowne zsuwanie lub staczanie się po stromym zboczu górskim materiału, który leży na jego powierzchni, np. śniegu, lodu, błota, skał, kamieni;
- 23) **lokal mieszkalny** – samodzielny, wyodrębniony w budynku wielorodzinnym lokal ze wszystkimi instalacjami, za które ponosisz odpowiedzialność, służący do korzystania z niego zgodnie z jego przeznaczeniem, czyli do zaspokajania potrzeb mieszkaniowych; za lokal mieszkalny uważamy również lokal, w którym do celów prowadzenia działalności gospodarczej wydzielono nie więcej niż 50% powierzchni całkowitej;
- 24) **miesięczny okres ochrony ubezpieczeniowej** – okres ochrony ubezpieczeniowej trwający jeden miesiąc, przy czym nie musi być to równy miesiąc kalendarzowy; kończy się on w dniu poprzedzającym rozpoczęcie kolejnego miesięcznego okresu ochrony ubezpieczeniowej; gdyby takiego dnia w miesiącu nie było – w ostatnim dniu tego miesiąca; przykład znajdziesz w dodatkowych informacjach pod pkt 40;
- 25) **nagrobek** – płyta lub głaz umieszczony na cokole łącznie z tablicą napisową lub rzeźbą nagrobną albo pomnik lub grobowiec z dostępnym wnętrzem;
- 26) **okres rozliczeniowy** – okres, za jaki ubezpieczający opłaca ratę składki; okres rozliczeniowy może być miesięczny, kwartalny, półroczny lub roczny;

Dodatkowe informacje

Jeden okres rozliczeniowy składa się z jednego lub kilku miesięcznych okresów trwania ochrony ubezpieczeniowej. Definicję miesięcznego okresu trwania ochrony ubezpieczeniowej znajdziesz w ppkt 24 naszych definicji.

- 27) **osoba bliska** – osoba, która pozostaje z Tobą we wspólnym gospodarstwie domowym; może to być na przykład: żona, mąż, partner, partnerka, siostra, brat, wstępny, zstępny, teściowa, teść, synowa, zięć, macocha, ojczym, pasierbica, pasierb oraz osoba przysposobiona;

Ważne informacje

Odminną definicję osoby bliskiej stosujemy w pkt 36 ppkt 2. Na potrzeby pkt 36 ppkt 2 za osobę bliską uważamy żonę, męża, konkubinę, konkubenta, siostrę, brata, wstępnych, zstępnych, teściową, teścia, synową, zięcia, macochę, ojczyma, pasierbicę, pasierba oraz osobę przysposobioną – niezależnie od tego, czy pozostają z Tobą we wspólnym gospodarstwie domowym.

- 28) **osoba trzecia** – osoba, która pozostaje poza stosunkiem umownym, jaki wynika z umowy ubezpieczenia zawartej z nami przez ubezpieczającego;
- 29) **osuwanie się ziemi** – ruch ziemi na stokach, którego nie spowodowała ludzka działalność;
- 30) **pomieszczenie przynależne** – pomieszczenie w budynku wielomieszkaniowym, które użytkujesz wyłącznie Ty lub Twoi bliscy; może to być: komórka, piwnica, strych, suszarnia i pralnia, garaż lub miejsce postojowe; za pomieszczenie przynależne uważamy także garaż wolno stojący znajdujący się w pobliżu budynku wielomieszkaniowego;
- 31) **pomoc domowa** – osoba, która wykonuje w miejscu ubezpieczenia prace w zakresie czynności życia codziennego – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej zawartej w formie pisemnej z Tobą lub Twoimi bliskimi;
- 32) **powódź** – zdarzenie, które polega na czasowym pokryciu się wodą terenu i które zostało spowodowane czynnikami:
 - a) klimatycznymi, np. intensywnymi opadami deszczu lub śniegu, nagłym ociepleniem, sztormem, podniesieniem się poziomu morskich wód przybrzeżnych,
 - b) innymi niezależnymi od klimatu, tj. zatorami lodowymi, osuwiskami spiętrzającymi wodę, uszkodzeniami obwałowania, uszkodzeniami zapory, ukształtowaniem terenu;
- 33) **pożar** – działanie ognia, który przedostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i rozszerzył się o własnej sile; za pożar uważamy także podpalenie przez osoby trzecie;
- 34) **rabunek** – zabór mienia:
 - a) przy użyciu przemocy fizycznej lub groźby natychmiastowego użycia jej wobec Ciebie lub Twoich bliskich, lub osoby upoważnionej do przechowywania kluczy do zamków,
 - b) przy doprowadzeniu do stanu nieprzytomności lub bezbronności Ciebie lub Twoich bliskich, lub osoby upoważnionej do przechowywania kluczy do zamków,
 - c) przy użyciu podstępów w stosunku do osób małoletnich, niedoświadczonych, w podeszłym wieku lub nie w pełni sprawnych, gdy sprawca został zatrzymany i skazany za ten czyn prawomocnym wyrokiem sądu;
- 35) **rekreacyjne uprawianie sportu** – forma aktywności sportowej, którą podejmujesz, aby wypocząć lub odnowić siły psychofizyczne; za rekreacyjne uprawianie sportu nie uważamy:
 - a) sportów, które uprawiasz, aby uzyskać maksymalne wyniki sportowe,
 - b) sportów, które uprawiasz w celach zarobkowych,
 - c) uczestniczenia w wyczynowych zawodach i konkursach sportowych,
 - d) uczestniczenia w profesjonalnych treningach,
 - e) wypraw ani podróży, które odbywają się w ramach ekspedycji i survivalu;

- 36) **rok polisowy** – roczny okres trwania ochrony ubezpieczeniowej; liczymy go od dnia początku okresu ubezpieczenia; kolejne lata polisowe rozpoczynają się w rocznicę początku okresu ubezpieczenia;
- 37) **ruchomości domowe** – ruchomości, które znajdują się w miejscu ubezpieczenia i stanowią własność Twoją lub Twoich bliskich; za ruchomości domowe uważamy m.in.:
- a) urządzenia domowe, meble, sprzęt zmechanizowany, dywany, wykładziny,
 - b) odzież i inne przedmioty osobistego użytku,
 - c) sprzęt elektroniczny, audiowizualny, fotograficzny, komputerowy oraz instrumenty muzyczne,
 - d) gotówkę i inne środki płatnicze krajowe i zagraniczne, papiery,
 - e) wyroby ze srebra, złota, platyny, kamieni szlachetnych, biżuterię z metali lub substancji szlachetnych,
 - f) mienie ruchome, które służy do prywatnego użytku i które czasowo znajduje się w posiadaniu Twoim lub osób objętych ochroną ubezpieczeniową – przydzielone do użytkowania lub wypożyczone przez organizację sportową, społeczną, klub, wypożyczalnię lub inną jednostkę organizacyjną; organizacje te muszą jednak potwierdzić lub udokumentować przydzielenie do użytkowania lub wypożyczenie,
 - g) rowery, wózki inwalidzkie niepodlegające rejestracji, sprzęt turystyczny, sportowy i rehabilitacyjny oraz części zamienne do samochodów, motorowerów i motocykli,
 - h) sprzęt ogrodniczy, sprzęt do majsterkowania, przedmioty, które służą do prowadzenia warsztatu chałupniczego,
 - i) mienie ruchome, które służy do prowadzenia działalności gospodarczej, czyli środki trwałe wykorzystywane do prowadzenia jednoosobowej działalności gospodarczej przez osobę fizyczną w ubezpieczonym lokalu lub budynku mieszkalnym,
 - j) zwierzęta domowe;
- 38) **ruchomości działki** – ruchomości na posesji, na której znajduje się ubezpieczony budynek mieszkalny:
- a) wyposażenie placu zabaw dla dzieci, np. piaskownica, huśtawka, drabinki do wspinania, zjeżdżalnia,
 - b) domek ogrodowy,
 - c) trampolina, basen ogrodowy,
 - d) meble ogrodowe, grille, parasole ogrodowe;
- 39) **stałe elementy działki** – połączone na trwałe z gruntem obiekty budowlane, które nie są budynkami, ale znajdują się w miejscu ubezpieczenia; takimi stałymi elementami są m.in.:
- a) nawierzchnia chodników, podjazdów, placów utwardzonych, miejsca parkingowe,
 - b) ogrodzenie posesji wraz z bramą lub furtką oraz oświetlenie posesji,
 - c) fontanny, oczka wodne, baseny ogrodowe,
 - d) pergole, altany, pomosty, murowane grille, szklarnie przydomowe o powierzchni do 10 m²,
 - e) śmietniki, przydomowe oczyszczalnie ścieków, zbiorniki na nieczystości (szambo), stała infrastruktura przeznaczona do rekreacyjnego uprawiania sportu, elementy wyposażenia placu zabaw;
- 40) **stałe elementy lokalu/budynku mieszkalnego, pomieszczenia przynależnego lub budynku gospodarczego** – elementy wyposażenia zamontowane na stałe w taki sposób, aby nie można było ich odłączyć bez użycia narzędzi; takimi stałymi elementami są m.in.:
- a) meble wbudowane, zestawy mebli kuchennych, tzw. eurokuchnie, trzony kuchenne,
 - b) okładziny ścian, sufitów i podłóg wraz z tynkami i powłokami malarskimi,
 - c) kotły c.o., grzejniki i ich obudowy, piece, bojler, kominki,
 - d) drzwi i okna wraz z oszkleniem, zamknięciami i urządzeniami zabezpieczającymi,
 - e) zewnętrzna stolarka okienna i drzwiowa wraz z parapetami,
 - f) anteny wszelkiego rodzaju i klimatyzatory zamontowane na zewnątrz,
 - g) wewnętrzne wyposażenie i osprzęt instalacji (np.: armatura sanitarna, grzejniki, podgrzewacze wody, włączniki, gniazda wtykowe);
- 41) **szkoda całkowita** – szkoda, która polega na całkowitym zniszczeniu mienia albo tak dużym jego uszkodzeniu, że przywrócenie tego mienia do stanu sprzed wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego wymaga poniesienia nakładów finansowych w wysokości co najmniej 70% wartości tego mienia – wartości z dnia przed wystąpieniem wypadku ubezpieczeniowego;
- 42) **szkoda osobowa** – szkoda, która polega na spowodowaniu śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia osoby trzeciej, powstała w wyniku wypadku ubezpieczeniowego;
- 43) **szkoda rzeczowa** – szkoda, która polega na stracie majątkowej w postaci uszkodzenia lub zniszczenia mienia osoby trzeciej, powstała w wyniku wypadku ubezpieczeniowego;
- 44) **szkoda w ubezpieczeniu mienia** – strata majątkowa w postaci uszkodzenia, zniszczenia lub utraty mienia będącego przedmiotem ubezpieczenia, która powstała w wyniku wypadku ubezpieczeniowego;
- 45) **śnieg** – gwałtowne niszczące działanie ciężaru śniegu lub lodu bezpośrednio na ubezpieczone mienie;
- 46) **trzęsienie ziemi** – niespodziewane działalnością człowieka gwałtowne wstrząsy skorupy ziemskiej wywołane przez nieodwracalne deformacje ośrodka skalnego w głębi Ziemi, czemu towarzyszy naruszenie ciągłości ośrodka skalnego i emisja fal sejsmicznych;
- 47) **ubezpieczający** – wskazana w umowie ubezpieczenia i zawierająca umowę ubezpieczenia osoba fizyczna lub osoba prawna, lub jednostka organizacyjna, która nie posiada osobowości prawnej; ubezpieczający ma obowiązek opłacać składkę ubezpieczeniową;
- 48) **ubezpieczony, Ty** – w zależności od wariantu ubezpieczenia wskazana w umowie ubezpieczenia:
- a) osoba fizyczna – w wariantach Bezpieczny oraz Bezpieczny Nagrobek,
 - b) osoba fizyczna, która ma odpowiedni tytuł prawny do objętego ochroną mienia wynikający z prawa własności lub innego prawa – w wariantcie Bezpieczny Plus,
 - c) osoba fizyczna do 75. roku życia – w wariantcie Bezpieczna Rodzina;
- w wariantach Bezpieczny i Bezpieczna Rodzina ubezpieczonymi są także Twoi bliscy;
- 49) **uderzenie pioruna** – gwałtowne odprowadzenie ładunku elektrycznego z atmosfery do ziemi bezpośrednio przez ubezpieczony obiekt, które pozostawia ślady działania wysokiej temperatury i ślady uszkodzeń mechanicznych;
- 50) **uderzenie pojazdu mechanicznego** – bezpośrednie uderzenie w ubezpieczony przedmiot pojazdu drogowego lub szynowego, a także uderzenie części pojazdu lub przewożonego nim ładunku, które powoduje bezpośrednie zniszczenie lub uszkodzenie ubezpieczonego mienia;

- 51) **upadek przedmiotów na ubezpieczone mienie** – upadek na ubezpieczone mienie: drzew lub ich części, słupów energetycznych, komi-
nów wolno stojących, latarni, dźwigów budowlanych, części składowych oderwanych z sąsiednich nieruchomości;
- 52) **upadek statku powietrznego** – katastrofa lub przymusowe lądowanie obiektu latającego na ubezpieczonym mieniu, a także upadek czę-
ści tego obiektu lub przewożonego w nim ładunku na ubezpieczone mienie;
- 53) **wandalizm** – celowe i bez wyraźnego powodu uszkodzenie lub zniszczenie ubezpieczonego mienia przez osoby trzecie;
- 54) **wartość nowa** – wartość, która odpowiada kosztom odtworzenia mienia tego samego rodzaju, typu oraz o tych samych lub najbardziej
zbliżonych parametrach; w wartości nowej uwzględniamy koszty zwykłego transportu i montażu;
- 55) **wartość rynkowa** – wartość lokalu mieszkalnego lub pomieszczenia przynależnego, która odpowiada iloczynowi powierzchni lokalu
i średniej rynkowej wartości jednego metra kwadratowego powierzchni lokalu; wartość rynkową ustalamy na dzień ustalenia wartości
odszkodowania na podstawie cen rynkowych na lokalnym terenie, w danej miejscowości i dzielnicy miasta dla przedmiotu o podobnych
parametrach i podobnym stanie technicznym;
- 56) **wartość rzeczywista** – wartość nowa mienia, która jest pomniejszona o jego zużycie techniczne; zużycie techniczne wynika z okresu eks-
ploatacji, jakości i trwałości materiałów, z jakich dany przedmiot został wykonany, jakości prac budowlanych i instalacyjnych, sposobu
użytkowania oraz prowadzonej gospodarki remontowej;
- 57) **wężyk** – przewód z mocowaniem, który doprowadza lub odprowadza wodę z urządzeń domowych i armatury;
- 58) **wybuch** – gwałtowna zmiana stanu równowagi układu i wyzwolenie się gazów, pyłów, pary lub cieczy (eksplozja); abyśmy mogli uznać, że
szkodę spowodował wybuch naczyń ciśnieniowych i innych podobnych zbiorników, ściany tych urządzeń muszą zostać rozdarte w takich
rozmiarach, że w wyniku ujścia gazów, pyłów, pary lub cieczy nastąpi nagłe wyrównanie ciśnień; za wybuch uważamy również implozję,
która polega na uszkodzeniu zbiornika lub aparatu próżniowego przez ciśnienie zewnętrzne;
- 59) **wypadek ubezpieczeniowy**:
- w ubezpieczeniu mienia – zdarzenie losowe, zaistniałe w okresie naszej odpowiedzialności i objęte ochroną ubezpieczeniową na pod-
stawie zawartej z nami umowy ubezpieczenia;
 - w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową, które powoduje szkodę osobową lub rze-
czową; w razie wątpliwości co do daty wystąpienia szkody osobowej za datę wypadku ubezpieczeniowego przyjmujemy dzień, w któ-
rym poszkodowany po raz pierwszy skontaktował się z lekarzem w związku z objawami stanowiącymi podstawę roszczenia;
 - w ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków – nieszczęśliwy wypadek, czyli zdarzenie nagłe, niespodziewane i przyszłe,
które wystąpi w okresie objętym ochroną ubezpieczeniową, nie zależy od woli Twojej ani Twoich bliskich i w wyniku którego Ty lub
Twoi bliscy doznacie rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała bądź poniesiecie śmierć;
- wszystkie szkody, które są następstwem tego samego zdarzenia/nieszczęśliwego wypadku lub wynikają z tej samej przyczyny, niezależ-
nie od liczby poszkodowanych, uważamy za skutek jednego wypadku ubezpieczeniowego; przyjmujemy, że te szkody wystąpiły podczas
pierwszego zdarzenia;
- 60) **zamieszki i rozruchy** – sytuacja, w której grupa osób zachowuje się w sposób zakłócający spokój i porządek publiczny oraz niszczy mienie;
- 61) **zbiór kolekcjonerski** – zbiór przedmiotów o ustalonym zakresie merytorycznym, topograficznym lub chronologicznym; taki zbiór obej-
muje: dzieła sztuki, obrazy, rzeźby, monety, znaczki pocztowe, nośniki dźwięku lub obrazu;
- 62) **zdarzenie losowe** – zdarzenie nagłe, niespodziewane i przyszłe, niezależne od woli Twojej, ubezpieczającego i Twoich bliskich, powodu-
jące szkodę w mieniu;
- 63) **zewnętrzne elementy lokalu/budynku mieszkalnego** – urządzenia i osprzęt trwale zamontowane na lokalu/budynku mieszkalnym;
takimi elementami są np.:
- urządzenia (kolektory słoneczne, panele fotowoltaiczne itp.), które służą do zamiany energii słonecznej na energię ciepłą lub elek-
tryczną wykorzystywaną na własny użytek,
 - automatyka bram,
 - zabudowa balkonów, tarasów i logii,
 - zewnętrzne elementy instalacji alarmowych, wentylacyjnych lub klimatyzacyjnych, domofonowych,
 - zewnętrzne elementy oświetlenia zamontowane na budynku mieszkalnym;
- 64) **zwierzęta domowe** – zwierzęta tradycyjnie przebywające wraz z człowiekiem w jego domu lub w innym odpowiednim pomieszczeniu,
utrzymywane przez człowieka w charakterze jego towarzysza, m.in. psy, koty, ptaki, ryby w akwariach, konie do jazdy rekreacyjnej;

Ważne informacje

Za zwierzęta domowe nie uważamy zwierząt egzotycznych.

- 65) **zwierzęta dzikie** – zwierzęta nieudomowione i żyjące w warunkach niezależnych od człowieka.

150. W ubezpieczeniu NNW dodatkowo przyjmujemy następujące znaczenia pojęć:

- bójka** – wzajemne starcie co najmniej dwóch osób – także z użyciem przedmiotów – które skutkuje naruszeniem nietykalności cielesnej jej
uczestników; bójką nie jest:
 - związane z wykonywanym zawodem włączenie się do zajścia, aby przywrócić porządek lub spokój publiczny (zawód musi być potwier-
dzony legitymacją lub innym dokumentem),
 - działanie w ramach własnej obrony koniecznej lub obrony innych osób poszkodowanych;
- choroba** – proces patologiczny, który objawia się zaburzeniem czynności Twojego organizmu lub organizmu ubezpieczonego i wymaga
pomocy medycznej;
- klub sportowy** – jednostka organizacyjna, która realizuje cele i zadania w zakresie kultury fizycznej i która posiada osobowość prawną;
klub sportowy może przybierać formę: stowarzyszenia, stowarzyszenia kultury fizycznej, uczniowskiego klubu sportowego, sportowej
spółki akcyjnej lub każdej innej formy organizacyjnej przewidzianej prawem;
- nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną niezamierzoną i nieprzewidzianą przez Ciebie lub osoby Ci bliskie,
w następstwie którego, niezależnie od swej woli, doznaliście rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała lub zmarliście;
- pobyt w szpitalu** – niezbędny z medycznego punktu widzenia pobyt Twój lub Twoich bliskich w szpitalu, w wyniku nieszczęśliwego
wypadku; pobyt, który trwa nieprzerwanie minimum 24 godziny; za dzień pobytu przyjmujemy każdą rozpoczętą dobę;
- trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe upośledzenie czynności organizmu, które nie rokuje poprawy i które powstało w wyniku uszko-
dzenia ciała lub rozstroju zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku;

- 7) **udar mózgu** – stan, w którym część mózgu obumiera w wyniku braku tlenu i substancji odżywczych dostarczanych przez krew;
- 8) **uprawianie sportów wyczynowych** – forma aktywności fizycznej, która polega na uprawianiu dyscyplin sportu niebędących sportami ekstremalnymi (amatorsko lub zawodowo), aby uzyskać, w drodze rywalizacji, maksymalne wyniki sportowe przez członków klubów, związków i organizacji sportowych, w tym również uczestnictwo w treningach, zgrupowaniach, obozach szkoleniowych;
- 9) **uprawianie sportów wysokiego ryzyka (ekstremalnych)** – aktywność sportowa, która wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi i działania w warunkach dużego ryzyka, często wiąże się z zagrożeniem życia; sporty wysokiego ryzyka to: abseiling, alpinizm, alpinizm podziemny, baloniarstwo, bobsleje, bouldering, bungee, BASE jumping, downhill MTB, heliskiing, helisnowboarding, jazda na rowerze (w tym górskim, po terenie obfitującym w przeszkody, takie jak muldy, koleiny skoczne, lub po specjalnie przygotowanych trasach, z wyjątkiem tras miejskich i turystycznych dróg rowerowych), kiteboarding, kiteskiing, kitesnowboarding, kitesurfing, motocross, myślistwo, nurkowanie na wstrzymanym oddechu (free diving), nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu (scuba diving), paralotniarstwo, parkour, rugby, skateboarding, skoki i loty narciarskie, sky surfing, spadochroniarstwo, speleologia, sporty lotnicze, sporty motorowodne, sporty uprawiane na rzekach górskich (rafting, canyoning, hydrospeed, kajakarstwo górskie), szybownictwo, uczestnictwo w rajdach/wyścigach samochodowych i motorowych, wakeboarding, windsurfing, wspinaczka, wspinaczka indoorowa, wspinaczka lodowa, wspinaczka wysokogórska i skalna, wyczynowa jazda na nartach lub snowboardzie poza wyznaczonymi trasami, wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi albo przyrodniczymi (busz, dżungla, bieguny i strefy podbiegunowe, tereny lodowcowe lub śnieżne, wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego), wyprawy w obszary górskie lub wyżynne na wysokości powyżej 5500 m n.p.m., żeglowanie ze spadochronem;
- 10) **uprawniony** – osoba fizyczna, prawna lub inny podmiot upoważniony do otrzymania świadczenia w razie Twojej śmierci lub śmierci osób Ci bliskich;
- 11) **zawał serca** – stan, w którym postępujący proces miażdżycowy częściowo lub całkowicie zablokuje tętnicę wieńcową zaopatrującą serce w tlen i substancje odżywcze.

RODZAJ STAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU		PROCENT USZCZERBKU
Uszkodzenia głowy		
1	Rany głowy (bez uszkodzeń kostnych), które wymagają szycia:	
	a) rana skóry owłosionej do 5 cm	1
	b) rany skóry owłosionej powyżej 5 cm	2
	c) rany skóry owłosionej powyżej 10 cm lub przeszczep skóry	10
	d) rana nieowłosionej skóry twarzy wymagająca szycia, za każdy 1 cm	1
2	Złamanie kości mózgoczaszki	10
3	Ubytek w kościach czaszki:	
	a) o średnicy poniżej 3 cm	2
	b) o średnicy od 3 do 10 cm	5
	c) o średnicy powyżej 10 cm	10
4	Niedowłady:	
	a) niedowład połowiczny lub niedowład kończyn dolnych – 2° wg skali Lovetta	80
	b) niedowład połowiczny lub niedowład kończyn dolnych – 3° wg skali Lovetta	60
	c) niedowład połowiczny lub niedowład kończyn dolnych – 4° wg skali Lovetta	30
	d) jednej kończyny (siła mięśniowa wg skali Lovetta)	
	3°	20
	4°	10
5	Zespoły pozapiramidowe z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp.	50
6	Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego	40
7	Upośledzenie zorności i precyzji ruchów	10
8	Padaczka:	
	a) z zaburzeniami psychicznymi wymagająca opieki innej osoby	50
	b) z zaburzeniami psychicznymi niewymagająca opieki innej osoby	30
	c) bez zaburzeń psychicznych	20
	Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są obserwacje przez lekarza napadu, typowe zmiany eeg., dokumentacja ambulatoryjna bądź szpitalna.	
9	Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):	
	a) encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi	50
	b) encefalopatie bez zmian charakterologicznych	20
	Uwaga: Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, zmiany w zapisie eeg. Encefalopatia powinna być potwierdzona badaniami dodatkowymi.	

Uszkodzenia głowy cd.		
10	Zaburzenia mowy:	
	a) afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	40
	b) afazja nieznacznego stopnia	20
11	Zespoły podwzgórzowe pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego)	60
12	Urazowe zniesienie czynności nerwów ruchowych gałki ocznej:	
	a) nerwu okoruchowego	15
	b) nerwu błotkowego	5
	c) nerwu odwodzącego	10
13	Urazowe zniesienie czynności nerwu trójdzielnego	10
14	Urazowe zniesienie czynności nerwu twarzowego	10
15	Urazowe zniesienie czynności nerwów:	
	a) językowo-gardłowego	10
	b) błędnego	20
16	Urazowe zniesienie czynności całkowite nerwu dodatkowego	5
17	Urazowe zniesienie czynności całkowite nerwu podjęzykowego	10
Uszkodzenia twarzy		
18	Złamania kości twarzoczaszki:	
	a) bez przemieszczenia:	
	– nosa	1
	– kości jarzmowej, szczękowej lub tworzącej oczodół	2
	b) z przemieszczeniem:	
	– nosa	3
	– kości jarzmowej, szczękowej lub tworzącej oczodół	4
	c) innych kości niż wskazanych wyżej	2
	d) dodatkowo płatne za:	
	– złamanie wieloodłamowe/wielomiejskowe	3
	– zaburzenia czynności stawu żuchwowo-skroniowego w następstwie urazu	5
	– utrata powonienia w następstwie urazu	5
19	Utrata nosa wraz z rusztowaniem kostnym	30
20	Utrata (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów):	
	a) szczęki	40
	b) żuchwy	50
21	Ubytek podniebienia z zaburzeniami mowy i połykania	20
22	Rany i ubytki języka:	
	a) rany wymagające szycia	5
	b) z zaburzeniami mowy i połykania	10
	c) całkowita utrata języka	40

Uszkodzenia narządu wzroku																																																																			
23	Upośledzenie ostrości widzenia:																																																																		
	a) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obojga oczu stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu określa się według następującej tabeli:																																																																		
	Ostrość widzenia oka prawego Ostrość widzenia oka lewego	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (1/2)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0																																																							
		Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu																																																																	
	1,0 (10/10)	0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35																																																							
	0,9 (9/10)	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40																																																							
	0,8 (8/10)	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45																																																							
	0,7 (7/10)	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50																																																							
	0,6 (6/10)	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55																																																							
	0,5 (1/2)	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60																																																							
	0,4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65																																																							
	0,3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70																																																							
	0,2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80																																																							
	0,1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90																																																							
	0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100																																																							
Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.																																																																			
b) utrata widzenia w jednym oku albo wyłuszczeniem gałki ocznej											40																																																								
24	Porażenie nastawności (akomodacji) nadające się do korekcji szklami:																																																																		
	a) jednego oka											15																																																							
	b) obojga oczu											30																																																							
25	Uszkodzenia gałki ocznej wskutek urazów fizycznych lub chemicznych:																																																																		
	a) rozdarcie naczyńówki jednego oka											ocena wg poz. 23a																																																							
	b) zapalenie naczyńówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego																																																																		
	c) przedziurawienie plamki żółtej jednego oka																																																																		
	d) zanik nerwu wzrokowego																																																																		
	e) blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki)																																																																		
	f) zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki)																																																																		
	g) ciało obce wewnątrzgałkowe powodujące obniżenie ostrości wzroku																																																																		
26	Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się według niżej podanej tabeli:																																																																		
	<table><tr><th>Zwężenie do</th><th colspan="2">Przy nienaruszonym drugim oku</th><th colspan="2">W obojgu oczach</th><th colspan="2">Przy ślepotcie drugiego oka</th></tr><tr><td>60°</td><td colspan="2">0%</td><td colspan="2">0%</td><td colspan="2">35%</td></tr><tr><td>50°</td><td colspan="2">5%</td><td colspan="2">15%</td><td colspan="2">45%</td></tr><tr><td>40°</td><td colspan="2">10%</td><td colspan="2">25%</td><td colspan="2">55%</td></tr><tr><td>30°</td><td colspan="2">15%</td><td colspan="2">50%</td><td colspan="2">70%</td></tr><tr><td>20°</td><td colspan="2">20%</td><td colspan="2">80%</td><td colspan="2">85%</td></tr><tr><td>10°</td><td colspan="2">25%</td><td colspan="2">90%</td><td colspan="2">95%</td></tr><tr><td>poniżej 10°</td><td colspan="2">35%</td><td colspan="2">95%</td><td colspan="2">100%</td></tr></table>											Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku		W obojgu oczach		Przy ślepotcie drugiego oka		60°	0%		0%		35%		50°	5%		15%		45%		40°	10%		25%		55%		30°	15%		50%		70%		20°	20%		80%		85%		10°	25%		90%		95%		poniżej 10°	35%		95%		100%	
	Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku		W obojgu oczach		Przy ślepotcie drugiego oka																																																													
	60°	0%		0%		35%																																																													
	50°	5%		15%		45%																																																													
	40°	10%		25%		55%																																																													
	30°	15%		50%		70%																																																													
	20°	20%		80%		85%																																																													
	10°	25%		90%		95%																																																													
	poniżej 10°	35%		95%		100%																																																													

Uszkodzenia narządu wzroku cd.					
27	Połowicze niedowidzenia:				
	a) dwuskroniowe		60		
	b) dwunosowe		30		
	c) jednoimienne		25		
	d) jednoimienne górne		10		
	e) jednoimienne dolne		40		
28	Utrata własnej soczewki lub jej czynności (z wszczepieniem sztucznej soczewki albo bez jej wszczepienia):				
	a) w jednym oku		15		
	b) w obojgu oczach		30		
29	Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie):				
	a) w jednym oku		5		
	b) w obojgu oczach		15		
30	Odwarstwienie siatkówki jednego oka pourazowe (po potwierdzonym urazie oka lub głowy)		ocena wg poz. 23a i poz. 26		
31	Jaskra pourazowa (po potwierdzonym urazie oka lub głowy) – z zastrzeżeniem że ogólny procent uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 40% za jedno oko i 100% za oboje oczu				
32	Wytrzeszcz tętniący pourazowy		40		
33	Zaćma pourazowa		ocena wg poz. 23a		
Uszkodzenia narządu słuchu					
34	Przy upośledzeniu ostrości słuchu procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu określa się według niżej podanej tabeli:				
	Obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosera (w modyfikacji)				
	Ucho prawe Ucho lewe	0–25 dB	26–40 dB	41–70 dB	Powyżej 70 dB
	0–25 dB	0%	5%	10%	20%
	26–40 dB	5%	15%	20%	30%
	41–70 dB	10%	20%	30%	40%
	Powyżej 70 dB	20%	30%	40%	60%
	Uwaga: Oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1000 i 2000 Hz.				
35	Urazy małżowiny usznej:				
	a) rany wymagające szycia oraz oparzenia i odmrożenia		2		
	b) utrata części małżowiny		5		
	c) utrata jednej małżowiny		15		
	d) utrata obu małżowin		25		
36	Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych		ocena wg poz. 34		
37	Uszkodzenie ucha wewnętrznego:				
	a) z uszkodzeniem części statycznej		30		
	b) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej		50		
Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku					
38	Uszkodzenie gardła z upośledzeniem jego czynności		10		
39	Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej:				
	a) z zaburzeniami emisji głosu		40		
	b) z bezgłosem		60		
40	Uszkodzenie tchawicy ze zwężeniem		40		

Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku cd.		
41	Uszkodzenie przełyku powodujące:	
	a) trudności w odżywianiu pokarmami stałymi z upośledzeniem stanu odżywienia	20
	b) odżywianie tylko płynami	50
	c) konieczność wytworzenia stałej przetoki żołądkowej	80
42	Rany skóry szyi, które wymagają szycia:	
	a) rany do 5 cm	1
	b) rany powyżej 5 cm	2
Uszkodzenia klatki piersiowej		
43	Rany klatki piersiowej, które wymagają szycia, i utrata gruczołu sutkowego:	
	a) rany do 5 cm lub rany brodawki	1
	b) rany powyżej 5 cm	3
	c) częściowa utrata brodawki	5
	d) całkowita utrata sutka	15
44	Złamania żeber, za jedno	1
45	Złamanie mostka:	
	a) bez przemieszczenia	2
	b) z przemieszczeniem	5
46	Uszkodzenia płuc i opłucnej, które powstały w następstwie urazu:	
	a) krwiak lub odma opłucnej wymagające drenażu	5
	b) krwiak lub odma opłucnej wymagające leczenia operacyjnego	10
	c) utrata części płuca	15
	d) utrata całego płuca	25
47	Pourazowe uszkodzenia tkanki płucnej powikłane przetokami, ropniem płuc i z utrwaloną niewydolnością oddechową	60
48	Uszkodzenie serca lub osierdzia pourazowe:	
	a) z wydolnym układem krążenia	5
	b) z objawami względnej wydolności układu krążenia (2/3° wg skali NYHA)	30
	c) z objawami niewydolności krążenia (4° wg skali NYHA)	60
49	Przepukliny przeponowe pourazowe z zaburzeniami funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia	30
Uszkodzenia brzucha		
50	Uszkodzenia powłok jamy brzusznej, które wymaga szycia:	
	a) rany skóry do 5 cm	1
	b) rany skóry od 5 cm do 10 cm	3
	c) rany skóry powyżej 10 cm	5
	d) urazowe rany skóry z otwarciem jamy otrzewnowej	10
51	Uszkodzenie żołądka, jelit i sieci:	
	a) bez utraty narządów jamy brzusznej i zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	5
	b) utrata części żołądka, jelita cienkiego lub grubego	15
52	Przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny:	
	a) jelita cienkiego	50
	b) jelita grubego	30
53	Przetoki okołoodbytnicze	15
54	Uszkodzenie zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60

Uszkodzenia brzucha cd.		
55	Wypadnięcie odbytnicy	20
56	Uszkodzenia śledziony:	
	a) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
	b) utrata śledziony	20
57	Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki:	
	a) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
	b) utrata pęcherzyka żółciowego, fragmentu wątroby, fragmentu trzustki	15
	c) utrata całkowita wątroby (w tym przeszczep wątroby) lub trzustki	100
Uszkodzenia narządów moczowo-płciowych		
58	Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek:	
	a) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
	b) utrata częściowa nerki	15
59	Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	30
60	Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki	50
61	Utrata obu nerek	80
62	Uszkodzenie moczowodu:	
	a) leczone endoskopowo	5
	b) leczone rekonstrukcyjnie ze zwężeniem światła	20
63	Uszkodzenie pęcherza moczowego:	
	a) leczone operacyjnie	10
	b) utrata całkowita pęcherza	50
64	Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego	30
65	Uszkodzenie cewki moczowej:	
	a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	15
	b) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	30
66	Uszkodzenia prącia:	
	a) rany wymagające leczenia rekonstrukcyjnego	5
	b) częściowa utrata	15
	c) całkowita utrata	25
67	Uszkodzenie jąder lub jajników:	
	a) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
	b) utrata częściowa	10
68	Utrata jednego jądra lub jajnika	15
69	Utrata obu jąder lub obu jajników	30
70	Wodniak jądra pourazowy	5
71	Utrata macicy	25
72	Uszkodzenie krocza:	
	a) pourazowe rany skóry powyżej 3 cm długości/średnicy, które nie wymagają zaopatrzenia chirurgicznego	5
	b) rany skóry, mięśni, powięzi wymagające zaopatrzenia chirurgicznego	10
	c) powodujące wypadanie pochwy	15
	d) powodujące wypadanie pochwy i macicy	30

Uszkodzenia kręgosłupa i rdzenia kręgowego		
73	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
	a) skręcenia	1
	b) złamania trzonów lub łuków leczone zachowawczo	10
	c) złamania trzonów lub łuków leczone operacyjnie	15
	d) złamania wielopoziomowe za każdy krąg począwszy od drugiego, dodatkowo	5
	e) zwinięcie	2
	f) zeszywnienie	30
	g) zeszywnienie z niekorzystnym ustawieniem głowy	50
74	Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym:	
	I. Odcinek piersiowy do Th11 włącznie:	
	a) skręcenia	2
	b) złamania trzonów lub łuków leczone zachowawczo	5
	c) złamania trzonów lub łuków leczone operacyjnie	10
	d) złamania wielopoziomowe za każdy krąg począwszy od drugiego, dodatkowo	2
	e) zwinięcie	2
	f) zeszywnienie	25
	g) zeszywnienie z niekorzystnym ustawieniem tułowia	40
	II. Odcinek lędźwiowy Th12–L5:	
	a) skręcenia	2
	b) złamania trzonów lub łuków leczone zachowawczo	10
	c) złamania trzonów lub łuków leczone operacyjnie	20
	d) złamania wielopoziomowe za każdy krąg począwszy od drugiego, dodatkowo	4
	e) zwinięcie	6
	f) zeszywnienie	25
	g) zeszywnienie z niekorzystnym ustawieniem tułowia	40
75	Izolowane złamania wyrostków poprzecznych, wyrostków kolczystych za każdy	1
76	Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	
	a) niedowład kończyn górnych	ocena wg pkt 4
	b) niedowład kończyn dolnych	
Uszkodzenia miednicy		
77	Uszkodzenie izolowane spojenia łonowego i stawu krzyżowo-biodrowego:	
	a) rozejście spojenia łonowego	5
	b) rozerwanie stawu krzyżowo-biodrowego	10
78	Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno- lub wielomiejscowe:	
	a) w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa):	
	I. złamanie kości kulszowej lub łonowej	2
	II. złamanie kości kulszowej i łonowej	5
	b) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a):	
	I. bez przemieszczenia	10
	II. z przemieszczeniem	20
	c) izolowane złamanie kości krzyżowej	3
d) złamanie kości ogonowej	3	

Uszkodzenia miednicy cd.		
79	Złamanie panewki:	
	a) tylnej kolumny, tylnej krawędzi	20
	b) przedniej kolumny, przedniej krawędzi	10
	c) zwichnięcie centralne:	
	I°	10
	II°	15
	III°	30
80	Izolowane złamanie miednicy (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy)	5
Uszkodzenia kończyny górnej		
Bark		
81	Złamanie łopatki lub obojczyka:	
	a) bez przemieszczenia, bez ograniczenia ruchomości	3
	b) wieloodłamowe lub z przemieszczeniem i ograniczeniem ruchomości	5
82	Urazy stawu obojczykowo-barkowego, obojczykowo-mostkowego lub stawu ramiennie-łopatkowego:	
	a) skręcenia	3
	b) zwichnięcia	4
	c) złamania:	
	I. bez przemieszczenia, bez ograniczenia ruchomości	4
	II. wieloodłamowe z przemieszczeniem i ograniczeniem ruchomości	7
	III. leczone protezoplastyką	10
83	Zesztywnienie stawu barkowego:	
	a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym (odwiedzenie około 70°, antepozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°)	35
	b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40
Ramię		
84	Złamanie trzonu kości ramiennej:	
	a) bez przemieszczenia, bez ograniczenia ruchomości	3
	b) z przemieszczeniem, zaburzeniem osi i ograniczeniem ruchomości	10
	c) inne	5
85	Uszkodzenia tkanek miękkich:	
	a) szyte rany skóry, za każde 10 cm ich długości	1
	b) mięśnia dwugłowego	6
	c) innych mięśni ramienia	4
Staw łokciowy		
86	Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej i bliższej nasady przedramienia (złamania nadkłykciowe i przekłykciowe kości ramiennej, złamania wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej itp.)	
	a) bez przemieszczenia, bez ograniczenia ruchomości	2
	b) wieloodłamowe z przemieszczeniem i ograniczeniem ruchomości	10
	c) inne	4
87	Zesztywnienie stawu łokciowego:	
	a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia	20
	b) z brakiem ruchów obrotowych	30
	c) w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (160–180°)	45
	d) w innych ustawieniach albo cepowy staw łokciowy	35

Staw łokciowy cd.		
88	Inne uszkodzenia w obrębie stawu łokciowego:	
	a) skręcenia	1
	b) zwichnięcia	5
	c) zwichnięcia powikłane uszkodzeniem nerwów i naczyń	15
Przedramię		
89	Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia:	
	a) złamania bez przemieszczenia	2
	b) złamania z przemieszczeniem i zniekształceniem nadgarstka	4
	c) złamania wieloodłamowe ze znacznym przemieszczeniem, zniekształceniem nadgarstka i ograniczeniem ruchomości	10
90	Złamania trzonów kości przedramienia (za każdą):	
	a) złamania bez przemieszczenia	2
	b) złamania z przemieszczeniem	5
	c) złamania typu di Monteggia i Galeazzi	10
	d) złamania powikłane zrostem opóźnionym, operowane co najmniej dwukrotnie	15
	e) złamania wygojone z dużym ograniczeniem ruchomości i zmianami wtórnymi (troficzne, krążeniowe itp. – zespół Sudecka)	20
Nadgarstek		
91	Ograniczenia ruchomości w obrębie nadgarstka w następstwie jego uszkodzeń (skręcenia, zwichnięcia, złamania kości nadgarstka, pourazowe martwice jałowe):	
	a) skręcenia	1
	b) zwichnięcia	3
	c) złamania kości łódeczkowatej	5
	d) złamania innych pojedynczych kości nadgarstka	2
	e) mnogie złamania kości nadgarstka	5
	f) zmiążdżenia nadgarstka z lub bez złamań powodujące ograniczenie ruchomości	10
92	Zeszywnienie w obrębie nadgarstka:	
	a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	15
	b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	25
Śródrezcze		
93	Złamania kości śródrezcza:	
	a) 1 lub 2 kość śródrezcza:	
	– złamania I kości śródrezcza bez przemieszczenia	1
	– złamania I kości śródrezcza z przemieszczeniem	2
	– złamania I kości śródrezcza wieloodłamowe lub z przemieszczeniem	5
	b) 3, 4 lub 5 kości śródrezcza:	
	– złamania kości śródrezcza bez przemieszczenia, za każdą	1
	– złamania kości śródrezcza wieloodłamowe lub z przemieszczeniem, za każdą	2
Kciuk (palec 1)		
94	Utraty w obrębie kciuka:	
	a) utrata opuszki	5
	b) utrata paliczka paznokciowego	10
	c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego (do 2/3 długości paliczka)	15
	d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródrezcza	20
	e) utrata obu paliczków z kością śródrezcza	30

Kciuk (palec 1) cd.		
95	Uszkodzenia tkanek miękkich kciuka:	
	a) rany z zaburzeniami czucia opuszki	2
	b) rany z zaburzeniami czucia całego kciuka	5
	c) przecięcia ścięgien prostowników i odwodzicieli	3
	d) przecięcia ścięgien zginaczy	5
	e) zwichnięcia stawu międzypaliczkowego	3
	f) zwichnięcia stawu śródręczno-paliczkowego	2
	g) zeszywnienie w stawie międzypaliczkowym	5
	h) zeszywnienie w stawie śródręczno-paliczkowym	3
	i) złamania bez przemieszczenia	2
	j) złamania z przemieszczeniem	3
	k) mnogie złamania paliczków, w tym złamania otwarte	5
Palec wskazujący (palec 2)		
96	Utraty w obrębie palca wskazującego:	
	a) utrata opuszki	2
	b) utrata paliczka paznokciowego	5
	c) utrata dwóch paliczków	10
	d) utrata trzech paliczków	15
	e) utrata palca wskazującego z kością śródręcza	20
97	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego (złamania, blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – za każde:	
	a) rany z zaburzeniami czucia opuszki	1
	b) rany z zaburzeniami czucia całego wskaziciela	4
	c) przecięcia ścięgien prostowników	2
	d) przecięcia ścięgien zginaczy	4
	e) zwichnięcia jednego stawu	2
	f) zwichnięcia mnogie	4
	g) zeszywnienie w jednym stawie	5
	h) zeszywnienie w dwóch stawach	10
	i) zeszywnienie w trzech stawach	15
	j) złamanie paliczka bez przemieszczenia	1
	k) złamanie paliczka z przemieszczeniem	2
	l) mnogie złamania paliczków, w tym złamania otwarte	5
Palec środkowy (palec 3)		
98	Utraty w obrębie palca środkowego:	
	a) utrata opuszki	2
	b) utrata paliczka paznokciowego	4
	c) utrata dwóch paliczków	5
	d) utrata trzech paliczków	10
	e) utrata palca środkowego z kością śródręcza	15
99	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca środkowego (złamania, blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – za każde:	
	a) rany z zaburzeniami czucia	1
	b) rany z przecięciem ścięgien prostowników	1

Palec środkowy (palec 3) cd.		
99 cd.	c) rany z przecięciem ścięgien zginaczy	3
	d) zwichnięcia	2
	e) zeszywnienia w jednym stawie	4
	f) zeszywnienie w dwóch stawach	6
	g) zeszywnienie w trzech stawach	10
	h) złamania paliczka bez przemieszczenia	1
	i) mnogie złamania paliczków, w tym złamania otwarte	3
Palec serdeczny i mały (palec 4 i 5)		
100	Utraty w obrębie palca serdecznego i małego:	
	a) utrata opuszki	1
	b) utrata paliczka paznokciowego	2
	c) utrata dwóch paliczków	3
	d) utrata trzech paliczków	5
	e) utrata palca serdecznego lub małego z kością śródręcza	7
101	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca serdecznego i małego (złamania, blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – za każde:	
	a) rany z zaburzeniami czucia	1
	b) rany z przecięciem ścięgien prostowników	1
	c) rany z przecięciem ścięgien zginaczy	1
	d) zwichnięcia	1
	e) zeszywnienia w jednym stawie	2
	f) zeszywnienie w dwóch stawach	3
	g) zeszywnienie w trzech stawach	5
	h) złamania paliczka bez przemieszczenia	1
	i) mnogie złamania paliczków, w tym złamania otwarte	2
Uszkodzenia kończyny dolnej		
Biodro		
102	Trwałe następstwa urazów stawu biodrowego (zwichnięć, złamań szyjki, złamań przekrętarzowych, podkrętarzowych, złamań krętarzy itp.):	
	a) zwichnięcia stawu biodrowego:	
	I. bez złamania panewki	7
	II. ze złamaniami miednicy w obrębie stawu biodrowego	ocena wg poz. 78
	b) złamania szyjki kości udowej, przekrętarzowe lub podkrętarzowe:	
	I. bez ograniczenia ruchomości	5
	II. operowane i zespolone	10
	III. operowane z użyciem protezy	15
	IV. nieoperowalne	20
	c) złamania i zwichnięcia wygojone z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano itp.), wynikającymi ze zrostu z dużym przemieszczeniem, skróceniem kończyny powyżej 5 cm, znacznym osłabieniem siły mięśni obręczy kończyn dolnych, zmian zwyrodnieniowych pourazowych itp.	50
Udo		
103	Złamanie trzonu kości udowej:	
	a) dwuodłamowe	5
	b) wieloodłamowe	7
	c) wielopoziomowe	10
	d) złamania otwarte	20

Udo cd.		
104	Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (rany, oparzenia, przecięcia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.):	
	a) rany wymagające szycia	2
	b) uszkodzenia mięśnia czworogłowego lub dwugłowego	5
	c) innych mięśni	3
105	Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe	10
Kolano		
106	Trwałe następstwa urazów stawu kolanowego (uszkodzenia więzadłowe, torebkowe, łąkotek, kości tworzących staw kolanowy – złamania nadkłykciowe i przekłykciowe kości udowej, złamania nasady bliższej podudzia, złamania kłykci piszczeli itd.):	
	a) złamania nasady dalszej kości udowej lub bliższej podudzia:	
	I. bez przemieszczenia	2
	II. z przemieszczeniem	5
	III. wieloodłamowe	15
	IV. otwarte lub zmiażdżeniowe	20
	b) złamania kłykci piszczeli:	
	I. bez przemieszczenia	3
	II. z przemieszczeniem jednego kłykcia	7
	III. z przemieszczeniem obu kłykci	14
	IV. otwarte lub zmiażdżeniowe	20
	c) złamania rzepki:	
	I. bez przemieszczenia	2
	II. z przemieszczeniem	5
	III. usunięcie rzepki	10
d) zwinięcie rzepki lub skręcenie kolana	2	
e) uszkodzenia łąkotek:	2	
I. częściowe usunięcie łąkotki	2	
II. całkowite usunięcie łąkotki	3	
f) uszkodzenia więzadeł:		
I. częściowe (naderwanie)	3	
II. całkowite (zerwanie)	9	
Uwaga: W przypadku uszkodzenia kilku więzadeł uszczerbek sumuje się, ale nie może przekroczyć 20%.		
Podudzie		
107	Złamanie trzonów kości podudzia:	
	a) dwuodłamowe	3
	b) wieloodłamowe	7
	c) wielopoziomowe	10
	d) otwarte lub zmiażdżeniowe	15
108	Izolowane złamania trzonu strzałki (oprócz kostki bocznej)	2
109	Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia (uszkodzenia mięśni, uszkodzenia ścięgna Achillesa i innych ścięgien):	
	a) mięśnia trójgłowego łydki:	
	I. naderwanie	2
	II. zerwanie	5
	b) zerwanie ścięgna Achillesa	5
	c) naderwanie ścięgna Achillesa:	3
	I. ze znacznym ograniczeniem ruchomości stawu skokowego i wyraźnym osłabieniem siły mięśniowej uniemożliwiające stanie na palcach	10
	II. jak wyżej i powikłane procesem ropnym, dużym zniekształceniem ścięgna, dużymi dolegliwościami bólowymi	20
d) mięśni prostujących staw skokowy (piszczelowego przedniego, prostowników długich palców)	3	
e) innych mięśni i ścięgien	2	
f) rany podudzia wymagające szycia	1	

Stawy skokowe, stopa		
110	Trwałe następstwa urazów stawu skokowego:	
	a) skręcenia	1
	b) złamania:	
	I. jednej kostki	3
	II. dwukostkowe	3
	III. trójkostkowe	5
	IV. dwukostkowe lub trójkostkowe z ograniczeniem ruchomości, dużymi zanikami mięśniowymi i istotnym upośledzeniem funkcji	10
	c) powikłane przewlekłym zapaleniem kości i stawu, przetokami, martwicą aseptyczną, zmianami neurologicznymi itp.	20
111	d) tylnej krawędzi piszczeli lub nasady dalszej piszczeli (bez przemieszczenia)	2
	e) tylnej krawędzi piszczeli lub nasady dalszej piszczeli z przemieszczeniem	4
	Złamania kości piętowej lub skokowej:	
	a) kości piętowej:	2
	I. innych części kości piętowej (stawowe) bez przemieszczenia	3
	II. innych części kości piętowej (stawowe) z ograniczeniem ruchomości stawu skokowego, niewielką koślawością tyłostopia (do 10°) i niewielkim płaskostopiem podłużnym	10
	III. innych części kości piętowej (stawowe) z ograniczeniem ruchomości stawu skokowego, koślawością tyłostopia (ponad 10°) i płaskostopiem podłużnym	15
	IV. innych części kości piętowej (stawowe) z ograniczeniem ruchomości stawu skokowego, znaczną koślawością tyłostopia (ponad 20°) i stopą płaską	20
	V. jak wyżej i powikłanych zmianami zapalnymi kości, przetokami i dużego stopnia deformacją kości (kąt Boehlera zerowy lub ujemny)	30
	b) kości skokowej:	
	I. bez przemieszczenia	3
	II. z przemieszczeniem	8
	III. z przemieszczeniem i powikłane jałową martwicą kości	17
	c) zwichnięcia okołoskokowe:	
	I. bez powikłań	3
	II. z ograniczeniem ruchomości, dolegliwościami bólowymi, zanikami mięśniowymi itp.	10
112	Utrata kości piętowej lub skokowej	40
113	Uszkodzenia innych kości stępu:	
	a) zrost bez przemieszczenia	1
	b) zrost z przemieszczeniem	5
114	Złamania kości śródstopia:	
	a) 1 lub 5 kości bez przemieszczenia	1
	b) 1 lub 5 kości z przemieszczeniem	2
	c) 1 lub 5 kości z dużym przemieszczeniem, ograniczeniem ruchomości stawu skokowego lub palców i zaburzeniami chodu	10
	d) 2, 3 lub 4 kości bez przemieszczenia	1
	e) 2, 3 lub 4 kości z przemieszczeniem	2
	f) 2, 3 lub 4 kości śródstopia z dużym przemieszczeniem i ograniczeniem ruchomości palców oraz zaburzeniami chodu	5
	g) trzech kości śródstopia z przemieszczeniem	10
	h) czterech i więcej kości śródstopia z przemieszczeniem	15
115	Inne uszkodzenia stopy pozostawiające zmiany bliznowate i zniekształcające:	
	a) rany powyżej grzbietu stopy, które wymagały szycia	1
	b) rany podeszwy powyżej 2 cm na powierzchni obciążanej	2
	c) rany podeszwy powyżej 4 cm na powierzchni nieobciążanej	2
	d) rozległe blizny po oparzeniach co najmniej II° (co najmniej połowa powierzchni stopy) z ograniczeniem funkcji palców lub rozległe rany (darte, płatowe itp.)	7
116	Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	40
117	Utrata stopy w stawie Lisfranca	35
118	Utrata stopy na poziomie kości śródstopia	30

Palce stopy		
119	Utrata paliczka paznokciowego palucha (palec 1)	5
120	Utrata całego palucha (palec 1)	10
121	Utrata palucha wraz z kością śródstopia, bez względu na poziom utraty kości śródstopia	15
122	Utrata palców stopy 2–5 w części lub całości – za każdy palec	2
123	Utrata 5 palca wraz z kością śródstopia, bez względu na poziom utraty kości śródstopia	8
124	Utrata palców stopy 2–4 z kością śródstopia, bez względu na poziom utraty kości śródstopia, za każdy palec	5
125	Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców stopy:	
	a) złamania palców 1–5, za każdy	1
	b) złamania palca 1–5 z przemieszczeniem	2
	c) złamanie palucha (palca 1) wieloodłamowe, z przemieszczeniem, dużym ograniczeniem ruchu, dwóch paliczków	5
Porażenia lub niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych		
126	Uszkodzenie częściowe lub całkowite:	
	a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym lub nerwu piersiowego długiego:	
	I. częściowe	5
	II. całkowite (porażenie)	15
	b) nerwu pachowego lub nerwu mięśniowo-skórnego lub nerwu łokciowego:	
	I. częściowe	10
	II. całkowite (porażenie)	20
	c) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia:	
	I. częściowe	10
	II. całkowite (porażenie)	35
	d) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia:	
	I. częściowe	10
	II. całkowite (porażenie)	25
	e) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia lub nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka:	
	I. częściowe	5
	II. całkowite (porażenie)	15
	f) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
	I. częściowe	5
	II. całkowite (porażenie)	10
	g) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia lub nerwu udowego:	
	I. częściowe	10
	II. całkowite (porażenie)	30
	h) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej):	
	I. częściowe	10
	II. całkowite (porażenie)	20
	i) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej):	
	I. częściowe	15
	II. całkowite (porażenie)	40
	j) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego lub nerwu załonowego:	
	I. częściowe	5
	II. całkowite (porażenie)	15
	k) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego):	
	I. częściowe	7
	II. całkowite (porażenie)	20
	l) nerwu sromowego wspólnego:	
	I. częściowe	8
	II. całkowite (porażenie)	25

Porażenia lub niedowładki poszczególnych nerwów obwodowych cd.		
126 cd.	m) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy:	
	I. częściowe	17
	II. całkowite (porażenie)	50
	n) nerwu piszczelowego:	
	I. częściowe	13
	II. całkowite (porażenie)	40
	o) nerwu strzałkowego:	
	I. częściowe	7
	II. całkowite (porażenie)	20
	p) splotu lędźwiowo-krzyżowego:	
	I. częściowe	20
	II. całkowite (porażenie)	70
	q) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego:	
	I. częściowe	3
	II. całkowite (porażenie)	10
127	Rana skóry (poza twarzą), która wymagała szycia (niewymieniona wcześniej w tabeli), za każde 3 cm jej długości	1
128	Utrata zęba stałego (za każdy ząb)	
	a) siekacz lub kieł	
	I. częściowa	2
	II. całkowita	3
	b) inny ząb	
	I. częściowa	1
	II. całkowita	2
Uwaga: Nie dotyczy zębów mlecznych. W przypadku utraty zęba wcześniej uszkodzonego (leczonego) uszczerbek ogranicza się do ½ wartości uszczerbku wskazanego w tej tabeli.		
129	Ostre zatrucie gazami lub chemikaliami	
	a) bez wtórnych powikłań	5
	b) z wtórnymi powikłaniami	10
	Uwaga: Uszczerbek przyznaje się za sam fakt wystąpienia ostrego zatrucia. Uszkodzenia ciała wywołane zatruciem należy oceniać dodatkowo według odpowiednich pozycji w tabeli zgodnie z rozpoznaniem lekarskim.	
130	Utrata jednej kończyny	
	a) całkowita (w barku/biodrze)	60
	b) częściowa amputacja	
	I. na wysokości ramienia/uda	50
	II. na wysokości przedramienia/podudzia	45
	III. stopy w całości	40

Kto jest administratorem Twoich danych

Administratorem Twoich danych jesteśmy my, UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa.

Warto wiedzieć

My = administrator danych, czyli UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
Ty = osoba, której dane przetwarzamy

Jeśli wyrażasz zgodę na przesyłanie informacji handlowych lub marketingowych przez inne spółki z grupy UNIQA, czyli UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. lub UNIQA Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A., lub UNIQA Polska S.A. to administratorem Twoich danych w celach marketingowych, badania satysfakcji oraz statystycznych i analitycznych, w tym profilowania, jest również odpowiednia spółka z grupy UNIQA, na rzecz której została udzielona zgoda. Dane kontaktowe oraz pozostałe informacje są takie same dla wszystkich spółek.

Jak skontaktować się z inspektorem ochrony danych

Wyznaczyliśmy inspektora ochrony danych, z którym możesz się skontaktować poprzez e-mail: dane.osobowe@uniqa.pl lub listownie na adres administratora. Adres znajdziesz w części **Kto jest administratorem Twoich danych**. Z inspektorem ochrony danych możesz się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

W jakich celach i na jakiej podstawie prawnej możemy przetwarzać Twoje dane

Twoje dane przetwarzamy zawsze zgodnie z prawem.

Możemy przetwarzać Twoje dane w celach	Podstawa prawna:
wykonania umowy ubezpieczenia lub podjęcia działań przed zawarciem umowy, w tym oceny ryzyka ubezpieczeniowego;	przetwarzanie danych jest niezbędne do zawarcia i wykonania umowy lub do podjęcia działań na Twoje żądanie, przed zawarciem umowy;
usprawnienia komunikacji;	przetwarzanie danych kontaktowych (np. nr telefonu, e-mail), których podanie nie jest obowiązkowe, ale zalecane, wynika z prawnie uzasadnionego interesu administratora, którym jest usprawnienie komunikacji z Tobą w kwestiach związanych z umową ubezpieczenia lub działań podjętych przed jej zawarciem;
wypełnienia obowiązków prawnych;	przetwarzanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze wynikających w szczególności z przepisów podatkowych i rachunkowych oraz sankcji wynikających z zobowiązań międzynarodowych;
dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami;	przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, którym jest możliwość dochodzenia roszczeń lub obrony przed nimi;
sprawdzenia Twojego zadowolenia z jakości naszej usługi lub ze sposobu jej realizacji;	przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, jakim jest podnoszenie jakości świadczonych usług i realizacja wytycznych Komisji Nadzoru Finansowego;
przedstawiania Ci naszych produktów i usług za pośrednictwem marketingu bezpośredniego;	przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, czyli prowadzenia marketingu bezpośredniego naszych usług i produktów;
przeciwdziałania przestępstwom;	przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, czyli przeciwdziałania i ścigania przestępstw;
statystycznych i analitycznych, w tym w celu profilowania;	przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, którym jest wykonywanie statystyk i analiz;
reasekuracji ryzyka;	przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, czyli zmniejszenia ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą z Tobą umową.

Jak długo będziemy przechowywać Twoje dane

W zależności od podstawy prawnej przetwarzania Twoich danych osobowych, będziemy je przechowywali do czasu, gdy przedawnią się roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia lub wygaśnie obowiązek przechowywania danych wynikający z przepisów prawa, lub zrealizujemy nasz prawnie uzasadniony interes, lub zgłoszisz sprzeciw wobec przetwarzania opartego na prawnie uzasadnionym interesie, lub wycofasz zgodę na przetwarzanie danych.

Komu możemy udostępnić lub przekazać Twoje dane

Twe dane osobowe możemy udostępnić podmiotom upoważnionym do udostępnienia im danych osobowych na podstawie przepisów prawa, np. Ubezpieczeniowemu Funduszowi Gwarancyjnemu, Centralnej Ewidencji Pojazdów, innym zakładom ubezpieczeń lub zakładom reasekuracji.

Twe dane możemy również przekazać podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie UNIQA, np.:

- dostawcom usług IT,
- podmiotom windykującym należności,
- agencjom marketingowym,
- podmiotom świadczącym usługi assistance,
- agentom ubezpieczeniowym.

Podmioty, którym przekazujemy Twoje dane, przetwarzają je na podstawie zawartej z nami umowy – wyłącznie zgodnie z naszymi poleceniami.

Czy Twoje dane będziemy przekazywać poza Europejski Obszar Gospodarczy

Twe dane osobowe możemy przekazać poza Europejski Obszar Gospodarczy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie. Dane możemy przekazać w szczególności na podstawie wydanych przez Komisję decyzji lub standardowych klauzul ochrony danych osobowych przyjętych przez Komisję.

Możesz otrzymać kopię dokumentu regulującego przetwarzanie Twoich danych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym lub informację o miejscu jego udostępnienia.

Jakie prawa Ci przysługują

Przysługują Ci prawa: dostępu do Twoich danych osobowych; ich sprostowania; usunięcia; ograniczenia ich przetwarzania; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, które dokonywane jest na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora; przeniesienia danych osobowych; wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania jest Twoja zgoda. Wycofanie zgody nie wpływa jednak na przetwarzanie danych, jakie odbyło się przed wycofaniem Twojej zgody. Masz również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Na czym polega zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie

Twe dane będziemy przetwarzać w sposób zautomatyzowany, czyli bez udziału człowieka, w tym również będziemy je profilować. Robimy to po to, aby móc przedstawić Ci ofertę ubezpieczenia. Dane osobowe, zwłaszcza te określające przedmiot i przebieg ubezpieczenia, będziemy wykorzystywać do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i wyliczenia składki. Większa wartość przedmiotu ubezpieczenia lub większa szkodowość może się przełożyć na wyższe ryzyko ubezpieczeniowe i tym samym Twoja składka ubezpieczeniowa może być wyższa.

Przykład

Jeśli w poprzednich latach było kilka stłuczek samochodowych, to może oznaczać, że automatycznie wyliczymy Ci wyższą składkę ubezpieczeniową.

Masz prawo zakwestionować automatycznie podjętą decyzję, wyrazić własne stanowisko lub uzyskać interwencję człowieka co oznacza, że człowiek przeanalizuje dane i podejmie decyzję.

Co jeszcze warto wiedzieć

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, niemniej jest warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia. Konsekwencją niepodania danych jest niemożność zawarcia umowy ubezpieczenia. Podanie danych osobowych w celach marketingowych lub badania satysfakcji jest dobrowolne.

W przypadku danych osobowych nieuzyskanych od Ciebie, źródłem pozyskania Twoich danych jest np. ubezpieczający. Mogą to być w szczególności: imię i nazwisko, adres, data urodzenia, PESEL, e-mail, telefon.

W przypadku umów ubezpieczenia pojazdu źródłem pozyskania danych może być również Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, z którego pozyskujemy m.in. historię szkodowości, z Centralnej Ewidencji Pojazdów pozyskujemy m.in. adres, REGON, PESEL albo serię, numer i nazwę dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwę państwa, które wydało dokument, a także informacje o pojeździe, natomiast z Centralnej Ewidencji Kierowców pozyskujemy informację o wykroczeniach lub przestępstwach stanowiących naruszenia przepisów ruchu drogowego i przypisanych im punktach, w tym o kierowaniu pojazdem w stanie nietrzeźwości, w stanie po użyciu alkoholu lub środka działającego podobnie do alkoholu, wysokości grzywny oraz fakcie jej uiszczenia, a także o uprawnieniach do kierowania pojazdami.



www.uniqo.pl

Twoje bezpieczne miejsce.

Ogólne warunki
ubezpieczenia

Ubezpieczenia mieszkaniowe
„Twoje miejsce”



Spis treści

CZĘŚĆ I. POSTANOWIENIA OGÓLNE I DEFINICJE	2
Postanowienia ogólne	2
Umowa ubezpieczenia	2
Definicje	2
Zawarcie umowy ubezpieczenia – początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela	6
Zmiany w trakcie trwania umowy ubezpieczenia	7
Rozwiązanie umowy ubezpieczenia – koniec odpowiedzialności Ubezpieczyciela	7
Składka ubezpieczeniowa	8
Ogólne zasady postępowania związanego z wypłatą odszkodowania lub świadczenia	8
Roszczenia regresowe	9
Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela	9
Prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia	9
CZĘŚĆ II. UBEZPIECZENIE MIENIA OD OGNI A I INNYCH ZDARZEŃ LOSOWYCH ORAZ OD KRADZIEŻY Z WŁAMANIEM I RABUNKU ALBO OD WSZYSTKICH RYZYK (ALL RISK)	10
Przedmiot ubezpieczenia	10
Zakres ubezpieczenia	11
Okres ubezpieczenia	12
Wyłączenia odpowiedzialności	12
Suma ubezpieczenia i limity odpowiedzialności	14
Wymogi dotyczące zabezpieczenia mienia	16
Ustalenie wysokości szkody i odszkodowania	16
CZĘŚĆ III. UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW (NNW)	17
Przedmiot i zakres ubezpieczenia	17
Suma ubezpieczenia	18
Ustalenie wysokości szkody i świadczenia	18
Wyłączenia odpowiedzialności	18
CZĘŚĆ IV. UBEZPIECZENIE PUPILI (PIES I KOT)	18
Przedmiot i zakres ubezpieczenia	18
Suma ubezpieczenia	19
Ustalenie wysokości szkody i świadczenia	19
Wyłączenia odpowiedzialności	19
CZĘŚĆ V. UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI W ŻYCIU PRYWATNYM	19
Warianty ubezpieczenia	19
Przedmiot i zakres ubezpieczenia w wariantcie OC Standard	19
Przedmiot i zakres ubezpieczenia w wariantcie OC Premium	20
Przedmiot i zakres ubezpieczenia w wariantcie OC Najemcy	20
Przedmiot i zakres ubezpieczenia w wariantcie OC Inwestycji	20
Zdarzenie ubezpieczeniowe i franszyza	20
Zakres terytorialny	20
Wyłączenia odpowiedzialności	20
Suma gwarancyjna i limity odpowiedzialności	21
Dodatkowe koszty	21
CZĘŚĆ VI. UBEZPIECZENIE ASSISTANCE DOMOWY	21
Zawarcie umowy ubezpieczenia	21
Przedmiot ubezpieczenia	21
Zakres ubezpieczenia	21
Wyłączenia odpowiedzialności	23
CZĘŚĆ VII. UBEZPIECZENIE POMOC MEDYCZNA 24	23
Zawarcie umowy ubezpieczenia	23
Przedmiot, zakres oraz limity ubezpieczenia	23
Szczegółowy opis świadczeń	24
Wyłączenia odpowiedzialności	25
CZĘŚĆ VIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE	25
CZĘŚĆ IX. OBOWIĄZKI INFORMACYJNE	26
CZĘŚĆ X. TABELA USZKODZEŃ CIAŁA NNW	27

FORMULARZ DO OWU

Informacja o istotnych postanowieniach Ogólnych warunków ubezpieczeń mieszkaniowych „Twoje miejsce”

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia:	
Ubezpieczenie mienia od ognia i innych zdarzeń losowych oraz od kradzieży z włamaniem i rabunku albo od wszystkich ryzyk (All Risk)	§ 24–§ 30
Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW)	§ 44–§ 46
Ubezpieczenie pupili (pies i kot)	§ 48–§ 50
Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym	§ 53–§ 57
Ubezpieczenie assistance domowy	§ 65
Ubezpieczenie Pomoc Medyczna 24	§ 68–§ 69 z uwzględnieniem definicji zawartych w § 3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia:	
Dla wszystkich poniższych ubezpieczeń	§ 6 ust. 4, § 15 ust. 3, § 16, § 17 ust. 2, § 21 ust. 1, § 23 ust. 2
Ubezpieczenie mienia od ognia i innych zdarzeń losowych oraz od kradzieży z włamaniem i rabunku albo od wszystkich ryzyk (All Risk)	§ 32–§ 33, § 35–§ 37, § 38 ust. 2, § 43
Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW)	§ 47
Ubezpieczenie pupili (pies i kot)	§ 51
Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym	§ 58 ust. 2, § 60, § 62
Ubezpieczenie assistance domowy	§ 66
Ubezpieczenie Pomoc Medyczna 24	§ 70 z uwzględnieniem definicji zawartych w § 3

CZĘŚĆ I

POSTANOWIENIA OGÓLNE I DEFINICJE

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczeń (zwanych dalej „OWU”) UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa (zwana dalej „Ubezpieczycielem”) zawiera z osobami fizycznymi, osobami prawnymi lub jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej umowy ubezpieczenia w zakresie poniższych ubezpieczeń:

- 1) mienia od ognia i innych zdarzeń losowych oraz od kradzieży z włamaniem i rabunku albo od wszystkich ryzyk (All Risk),
- 2) odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym,
- 3) następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW),
- 4) pupili (pies i kot),
- 5) assistance domowy,
- 6) Pomoc Medyczna 24.

Umowa ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU może obejmować postanowienia odmienne od postanowień OWU, uzgodnione z Ubezpieczającym na podstawie indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W takim przypadku OWU mają zastosowanie w zakresie nieuregulowanym w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że, Ubezpieczyciel nie może powoływać się na zmianę niekorzystną dla Ubezpieczającego, jeśli przed zawarciem umowy ubezpieczenia nie przedstawił Ubezpieczającemu w formie pisemnej różnicy między treścią umowy ubezpieczenia a OWU.
2. Do umowy ubezpieczenia zastosowanie mają przepisy prawa polskiego, w szczególności kodeksu cywilnego oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
3. Umowa ubezpieczenia jest nieważna, jeżeli zajście przewidzianego w umowie zdarzenia ubezpieczeniowego nie jest możliwe. Objęcie ubezpieczeniem okresu poprzedzającego zawarcie umowy jest bezskuteczne, jeżeli w chwili zawarcia umowy którakolwiek ze stron wiedziała lub przy zachowaniu należytej staranności mogła się dowiedzieć, że wypadek zaszedł lub że odpadła możliwość jego zajścia w tym okresie.

Definicje

§ 3

Pojęcia użyte w niniejszych OWU otrzymują znaczenie określone zgodnie z poniższymi definicjami:

- 1) **Awaria instalacji** – na potrzeby assistance domowego – uszkodzenie wynikające z przyczyn wewnętrznych, powodujące przerwanie działania lub nieprawidłowe działanie instalacji, o której mowa w pkt 60) lit. a) niniejszego paragrafu;
- 2) **Awaria sprzętu** – na potrzeby assistance domowego – uszkodzenie uniemożliwiające prawidłowe korzystanie ze Sprzętu RTV, Sprzętu AGD lub Sprzętu PC, które nie jest spowodowane działaniem człowieka oraz nie jest skutkiem użytkowania niezgodnego z instrukcją obsługi;
- 3) **Budynek** – obiekt budowlany trwale związany z gruntem, wydzielony z przestrzeni za pomocą przegród budowlanych, posiadający fundamenty i dach oraz stałe elementy;
- 4) **Budynek mieszkalny** – budynek przeznaczony dla celów mieszkalnych;
- 5) **Budynek niemieszkalny** – budynek przeznaczony dla celów innych niż mieszkalne (w tym garaż wolno stojący), który nie jest jednak wykorzystywany do prowadzenia działalności gospodarczej. Budynkiem niemieszkalnym nie jest budynek wchodzący w skład gospodarstwa rolnego dla którego istnieje ustawowy obowiązek ubezpieczenia budynków od ognia i innych zdarzeń losowych;
- 6) **Centrum Alarmowe** – jednostka zorganizowana przez Ubezpieczyciela, z którą można skontaktować się 7 dni w tygodniu, 24 h na dobę, pod numerem telefonu wskazanym w polisie albo wniosko-

polisie, zajmująca się udzielaniem pomocy w zakresie i na zasadach opisanych w OWU;

- 7) **Dewastacja** – umyślne zniszczenie lub uszkodzenie ubezpieczonego mienia przez osoby trzecie, tj. osoby inne niż Ubezpieczający lub Ubezpieczony, w tym w związku z usiłowaniami lub dokonaniem kradzieży z włamaniem lub rabunku, z wyłączeniem zniszczenia lub uszkodzenia mienia, które uległo zaborowi w celu jego przywłaszczenia;
- 8) **Dom jednorodzinny** – budynek mieszkalny jednorodzinny, tj. budynek w zabudowie pojedynczej (wolno stojącej), bliźniaczej, szeregowej lub grupowej, stanowiący konstrukcyjnie samodzielną całość, w którym dopuszcza się wydzielanie nie więcej niż dwóch lokali mieszkalnych albo jednego lokalu mieszkalnego i lokalu użytkowego o powierzchni nie przekraczającej 50% powierzchni całkowitej budynku;
- 9) **Dom jednorodzinny w stadium budowy** – budynek mieszkalny nowo wznoszony, a także rozbudowa, przebudowa lub nadbudowa istniejącego budynku mieszkalnego, przy czym przyjmuje się, że:
 - a) rozpoczęcie budowy następuje z chwilą podjęcia prac przygotowawczych na terenie budowy, w szczególności wytyczenia geodezyjnego budynku w terenie, wykonania niwelacji terenu, zagospodarowania terenu budowy wraz z budową tymczasowych obiektów, wykonania przyłączy do sieci infrastruktury technicznej na potrzeby budowy;
 - b) zakończenie budowy następuje w chwili uzyskania pozwolenia na użytkowanie, albo faktycznego zamieszkania w domu jednorodzinnym po uzyskaniu wszystkich, wymaganych przepisami prawa, odbiorów częściowych w zależności od tego, które nastąpi wcześniej;
- 10) **Dom letniskowy** – znajdujący się na działce rekreacyjnej (w tym na terenie rodzinnych ogródków działkowych) budynek trwale związany z gruntem w układzie wolno stojącym, przeznaczony na cele rekreacyjne i mieszkalne, zamieszkiwany czasowo;
- 11) **Drobny sprzęt medyczno-rehabilitacyjny** – niewielkich rozmiarów sprzęt pomocniczy umożliwiający przebieg prawidłowej rehabilitacji, bądź ułatwiający egzystencję Ubezpieczonego lub jego osoby bliskiej, przez który rozumie się: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, kule, laski, gorsety, kołnierze, półwałek, klin, kostkę do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), lekki gips, poduszkę ortopedyczną, stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne, gorsety ortopedyczne (m.in. sznurówkę lędźwiowo-krzyżową, gorset Jevetta), opaski żebrowe, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy i inny sprzęt o podobnym zastosowaniu;
- 12) **Dziecko** – osoba pozostająca pod władzą rodzicielską Ubezpieczonego, która w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie przekroczyła 18. roku życia;
- 13) **Dzieła sztuki** – obrazy, rysunki, grafiki, rzeźby, fotografie, których wartość określana jest na podstawie wyceny rzeczoznawców, ekspertów domów aukcyjnych lub biegłych sądowych;
- 14) **Elementy posesji** – budynek niemieszkalny, obiekty małej architektury, meble ogrodowe;
- 15) **Garaż wolno stojący** – wolno stojący budynek niemieszkalny przeznaczony do parkowania pojazdów;
- 16) **Graffiti** – napisy, rysunki lub symbole umieszczane wbrew woli Ubezpieczonego na elewacji, oknach, drzwiach zewnętrznych, dachach ubezpieczonych budynków, stałych elementach, obiektach małej architektury, a także ich zabrudzenie farbą lub inną substancją barwiącą;
- 17) **Inspekcja miejsca ubezpieczenia** – dokonywane przez Ubezpieczyciela oględziny miejsca ubezpieczenia mające na celu między innymi ustalenie stanu technicznego miejsca ubezpieczenia oraz istniejących zabezpieczeń antywłamaniowych;
- 18) **Koszty poszukiwania i usunięcia przyczyny szkody** – uzasadnione i udokumentowane koszty wykonania czynności niezbędnych dla ustalenia elementów, których uszkodzenie bądź wada były bezpośrednią przyczyną powstania szkody, za którą Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, w tym koszty robocizny oraz materiałów służących do usunięcia przyczyny szkody, mieszczącej się w zakresie ryzyk i przedmiotu ubezpieczenia, za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność;

- 19) **Koszty utraty wody lub gazu** – udokumentowana na podstawie faktur wystawionych przez dostawców mediów różnica pomiędzy wartością kosztów wykazaną za miesiąc, w którym wystąpiła szkoda wskutek awarii instalacji wodnej, grzewczej, kanalizacyjnej i gazowej, powodującej szkodę w mieniu objętym ochroną z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia a średnią wartością tych kosztów obliczoną na podstawie faktur z ostatniego półrocza przed wystąpieniem szkody;
- 20) **Kradzież z włamaniem** – zabór mienia w celu przywłaszczenia, którego sprawca dokonał albo usiłował dokonać po pokonaniu – przy użyciu siły lub narzędzi – istniejących zabezpieczeń lub zamocowań także po otwarciu zabezpieczeń kluczem lub innym urządzeniem otwierającym, który sprawca zdobył przez kradzież z włamaniem z innego lokalu albo w wyniku rabunku;
- 21) **Kradzież zwykła** – kradzież mienia znajdującego się na ogrodzonej (teren musi być ogrodzony tak, by osoba trzecia nie mogła mieć do niego swobodnego dostępu, tj. niewymagającego jakiegokolwiek dodatkowej aktywności z jej strony, np. otwarcia bramy lub przekroczenia ogrodzenia) posesji domu jednorodzinnego, tarasie, balkonie, a także kradzież elementów zewnętrznych budynków niemieszkalnych;
- 22) **Lekarz** – osoba posiadająca wymagane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, nie będąca członkiem najbliższej rodziny Ubezpieczonego;
- 23) **Lekarz Centrum Alarmowego** – zatrudniony w Centrum Alarmowym lekarz konsultant;
- 24) **Materiały budowlane** – należące do Ubezpieczonego surowce, półfabrykaty niezbędne do realizacji budowy ubezpieczonego domu jednorodzinnego, domu letniskowego, budynku niemieszkalnego lub obiektów małej architektury, stosowane w robotach budowlanych, a także urządzenia i instalacje przed montażem;
- 25) **Meble ogrodowe** – niezwiązane trwale z gruntem następujące obiekty: stoły, krzesła, leżaki, fotele oraz grille (w tym elektryczne), usytuowane na gruncie na terenie posesji, tarasie, loggii lub balkonie ubezpieczonego domu jednorodzinnego;
- 26) **Miejsce ubezpieczenia** – ubezpieczone mieszkanie, dom jednorodzinny, w tym w stadium budowy, lub dom letniskowy, pomieszczenia przynależne lub użytkowane przez Ubezpieczonego na podstawie prawa własności, decyzji administracyjnej lub umowy najmu, a także użyczenia, budynek niemieszkalny oraz posesja, na której znajduje się ubezpieczony dom jednorodzinny, w tym w stadium budowy, lub dom letniskowy;
- 27) **Mienie** – dom jednorodzinny, dom letniskowy, dom jednorodzinny w budowie, elementy posesji, mieszkanie wraz z pomieszczeniami przynależnymi oraz użytkowanymi przez Ubezpieczonego na podstawie prawa własności lub wyposażenie, które mogą stanowić przedmiot umowy ubezpieczenia, a w ubezpieczeniu od wszystkich ryzyk (All Risk), także roślinność ogrodu;
- 28) **Mieszkanie** – znajdujące się w budynku mieszkalnym wielorodzinnym wyodrębnione pomieszczenie lub zespół pomieszczeń służących zaspokajaniu potrzeb mieszkaniowych (dalej również: „lokal mieszkalny”);
- 29) **Mury** – przegrody budowlane, które wydzielają budynek z przestrzeni wraz z elewacją, izolacją cieplną oraz fundament, dach wraz z pokryciem dachowym, tarasy, balkony – z wyłączeniem stałych elementów wymienionych w pkt 60), w ramach jednej z następujących kategorii mienia:
 - a) dom jednorodzinny lub dom jednorodzinny w stadium budowy lub
 - b) dom letniskowy,
 - c) budynek niemieszkalny,
 - d) mieszkanie wraz z pomieszczeniami przynależnymi lub użytkowanymi przez Ubezpieczonego na podstawie prawa własności;
- 30) **Nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej;
- 31) **Nagrobek** – znajdujący się na terytorium Polski obiekt budowlany, który jest przeznaczony do pochówku osób lub upamiętnienia zmarłego. Nagrobek składa się z następujących elementów: płyty, tablicy napisowej, liter, rzeźby nagrobnej, innych elementów ozdobnych – zamocowanych na stałe w taki sposób, że ich demontowanie nie jest możliwe bez pozostawienia śladów, które stanowią dowód użycia siły lub narzędzi;
- 32) **Narzędzia budowlane** – należące do Ubezpieczonego przenośne narzędzia lub urządzenia stosowane w robotach budowlanych, służące do wykończenia będącego w budowie ubezpieczonego domu jednorodzinnego;
- 33) **Nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie powstałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego ani od stanu jego zdrowia w ubezpieczeniu NNW, a w przypadku ubezpieczenia pupili – niezależnie od stanu zdrowia psa lub kota, w następstwie którego Ubezpieczony, a w ubezpieczeniu pupili pies lub kot, doznał uszkodzenia ciała lub zmarł. Za nieszczęśliwy wypadek w ubezpieczeniu NNW nie uznaje się następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia, pochylenia, a także zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet jeżeli wystąpiły nagłe;
- 34) **Obiekty małej architektury** – trwale związane z gruntem następujące obiekty budowlane usytuowane na terenie posesji: wiaty, nawierzchnie placów i podjazdów, posągi, murki ogrodowe, grille murowane, fontanny, baseny, pergole, altany, przytwierdzone do podłoża urządzenia sportowe służące do rekreacji, piaskownice, śmietniki, zamontowane na stałe instalacje: zraszająca, oświetleniowa, służące do dostarczania energii, ciepła, wody, gazu, także ogrodzenie posesji wraz z bramą, otwieraną ręcznie lub sterowaniem radiowym i jej wyposażeniem instalacyjnym. Za obiekty małej architektury nie są uznawane zainstalowane na gruncie na terenie posesji instalacje fotowoltaiczne (wraz z panelami fotowoltaicznymi), kolektory słoneczne i pompy ciepła;
- 35) **Okres ubezpieczenia** – okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 36) **Osoba bliska** – małżonek, małżonka, konkubina, konkubent, wstępni, zstępni, pasierbica, pasierb, dziecko przysposobione albo przyjęte na wychowanie przez Ubezpieczonego, przysposabiający, rodzeństwo, ojczym, macocha, teściowie, zięć, synowa, małżonkowie rodzeństwa, dzieci rodzeństwa;
- 37) **Papiery wartościowe** – czek, weksle, obligacje, akcje, konosamenty, akredytywy dokumentowe i inne dokumenty zastępujące w obrocie gotówkę;
- 38) **Pęknięcie mrozone** – spowodowane mrozem pęknięcie znajdujących się wewnątrz domu jednorodzinnego lub mieszkania urządzeń kąpielowych, umywalk, spłuczek, syfonów, wodomierzy, kotłów, bojlerów, pomp ciepłych, rur dopływowych (wodociągowych) lub odpływowych (kanalizacyjnych), instalacji grzewczych, klimatyzacyjnych, tryskaczowych lub gaśniczych bądź wyciek pary, wody lub innej cieczy; w ubezpieczeniu od wszystkich ryzyk (All Risk) również spowodowane mrozem pęknięcie elementów konstrukcyjnych oraz instalacji zewnętrznych znajdujących się na terenie posesji, na której posadowiony jest dom jednorodzinny;
- 39) **Polisa** – dokument ubezpieczenia, wystawiony przez Ubezpieczyciela, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki;
- 40) **Pomieszczenie przynależne** – pomieszczenie, które stanowi część składową ubezpieczonego mieszkania lub domu jednorodzinnego, nawet jeśli dane pomieszczenie nie przylega bezpośrednio do mieszkania, ale znajduje się w tym samym budynku wielorodzinnym co ubezpieczone mieszkanie lub na posesji domu jednorodzinnego: piwnica, komórka, strych, pomieszczenie gospodarcze, garaż wolno stojący, miejsce parkingowe w garażu podziemnym. Pomieszczeniem przynależnym nie jest zabudowany korytarz;
- 41) **Pomoc domowa** – osoba wykonująca prace w zakresie czynności życia codziennego na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej zawartej z Ubezpieczonym;
- 42) **Posesja** – zabudowana nieruchomość gruntowa, stanowiąca własność Ubezpieczonego lub będąca w jego posiadaniu na podstawie umowy cywilnoprawnej;
- 43) **Powierzchnia użytkowa** – powierzchnia wszystkich pomieszczeń znajdujących się w domu jednorodzinny, domu letniskowym – w tym w stadium budowy – lub mieszkaniu, a w szczególności pokoi, kuchni, przedpokoi, korytarzy, łazienek; przy ustalaniu powierzchni użytkowej nie wlicza się powierzchni balkonów, tarasów, loggii, antresoli oraz pomieszczeń gospodarczych poza mieszkaniem;
- 44) **Powódź** – zalanie terenu w następstwie podniesienia się poziomu wody w korytach wód płynących lub stojących; fakt wystąpienia powodzi ustala się w oparciu o informacje uzyskane z Instytutu Meteorologii i Gospodarki Wodnej (IMGW), a w przypadku braku

- uzyskania odpowiednich informacji z IMGW bierze się pod uwagę stan faktyczny i rozmiar szkód w miejscu ubezpieczenia, świadczące o wystąpieniu powodzi;
- 45) **Przedmioty wartościowe** – mienie ruchome znajdujące się w mieszkaniu lub domu jednorodzinnym, takie jak: wyroby wykonane w całości lub części ze srebra, złota i platyny, monety, biżuteria (w tym zegarki), dzieła sztuki, znaczki filatelistyczne, pieniądze i inne środki płatnicze, papiery wartościowe;
- 46) **Przepięcie** – gwałtowna zmiana napięcia w sieci elektrycznej;
- 47) **Rabunek** – zabór ubezpieczonego mienia dokonany:
- a) z zastosowaniem przemocy fizycznej wobec Ubezpieczonego albo groźby natychmiastowego jej użycia lub z doprowadzeniem Ubezpieczonego do stanu nieprzytomności lub bezbronności,
 - b) z zastosowaniem przemocy fizycznej lub groźby natychmiastowego jej użycia, wobec osoby posiadającej klucze do domu jednorodzinnego lub mieszkania, wskutek której to przemocy lub groźby sprawca zmusił tę osobę do otwarcia domu jednorodzinnego lub mieszkania będącego przedmiotem ubezpieczenia lub w którym znajduje się ubezpieczone wyposażenie,
 - c) poprzez przywłaszczenie lub wyłudzenie mienia dokonane z użyciem podstępów wobec osób małoletnich, niedoświadczonych z powodu podeszłego wieku, choroby lub niedorozwoju;
- 48) **Remont** – wykonanie robót budowlanych, instalacyjnych lub elektrycznych, wykraczających poza zakres bieżącej konserwacji;
- 49) **Remont generalny** – udokumentowane wykonanie robót budowlanych prowadzących do przywrócenia budynkowi pierwotnej wartości technicznej i użytkowanej, obejmujących swym zakresem co najmniej 60% wszystkich podstawowych elementów budowlanych i instalacyjnych, tj. ścian konstrukcyjnych, stropów, stolarki okiennej i drzwiowej, podłóg, instalacji: wodnej, grzewczej, kanalizacyjnej, gazowej, elektrycznej, przeprowadzone w ciągu ostatnich 50 lat przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub wymiana pokrycia dachu budynku wykonana w ciągu ostatnich 20 lat przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
- 50) **Roślinność ogrodowa** – drzewa i krzewy zasadzone w gruncie na posesji, na której znajduje się ubezpieczona nieruchomość;
- 51) **Ruchomości domowe** – mienie ruchome znajdujące się w mieszkaniu, budynku lub na posesji, na której znajduje się ubezpieczona nieruchomość, w szczególności:
- a) meble (z wyłączeniem mebli wbudowanych lub zamontowanych na stałe),
 - b) sprzęt zmechanizowany (w tym również sprzęt elektroniczny przeznaczony do zamontowania lub obudowania w meblach wbudowanych lub zamontowanych na stałe),
 - c) dywany, odzież, książki, inne przedmioty osobistego użytku oraz zapasy gospodarstwa domowego,
 - d) sprzęt audiowizualny (w tym również nieprzytwierdzone anteny telewizyjne i radiowe), komputerowy, fotograficzny, instrumenty muzyczne,
 - e) mienie służące do działalności gospodarczej lub zawodowej;
 - f) rowery, narzędzia gospodarcze, sprzęt turystyczny i sportowy oraz wózki dziecięce i inwalidzkie,
 - g) części zamienne samochodów, motocykli, motorowerów i innych pojazdów oraz ich dodatkowe wyposażenie,
 - h) rośliny doniczkowe oraz ptaki, ryby w akwariach, z wyjątkiem roślin i zwierząt utrzymywanych w celach hodowlanych lub handlowych;
- 52) **Ruchomości poza domem** – znajdujące się poza miejscem ubezpieczenia, będące własnością Ubezpieczonego, następujące przedmioty:
- a) przenośny sprzęt komputerowy – laptopy, czytniki e-book, tablety,
 - b) sprzęt telekomunikacyjny – telefony komórkowe, smartfony,
 - c) sprzęt fotograficzny – aparaty fotograficzne, kamery,
 - d) instrumenty muzyczne,
 - e) sprzęt medyczny i rehabilitacyjny, wózki inwalidzkie,
 - f) sprzęt sportowy – narty, deski snowboardowe, surfingowe, windsurfingowe, rakietki do gry w tenisa ziemnego, badmintonu, squasha oraz kije do golfa, deskorolki, deskorolki elektryczne, segwaye, hoverboardy, monowheele, rolki, łyżwy, łyżworolki, sprzęt do nurkowania, sprzęt do wspinaczki górskiej i wysokogórskiej,
 - g) wózki dziecięce,
 - h) okulary optyczne i przeciwsłoneczne,
 - i) dokumenty tożsamości, prawo jazdy, dowód rejestracyjny, bilety okresowe komunikacji publicznej, gotówka, legitymacja szkolna lub studencka, walizka, torba, teczka, odzież, biżuteria, zegarki;
- 53) **Rzeczy osobiste gości** – mienie ruchome służące do użytku osobistego, będące własnością gości Ubezpieczonego, wniesione do ubezpieczonego mieszkania lub domu jednorodzinnego na czas pobytu gości, z wyjątkiem wartości pieniężnych, wyrobów z metali i kamieni szlachetnych, szlachetnych substancji organicznych, pereł, srebrnych lub złotych monet;
- 54) **Sporty wysokiego ryzyka** – sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: użycia broni białej lub palnej (z wyłączeniem szermierki), użycia pojazdów silnikowych, schodzenia pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywania w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia: sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
- 55) **Sprzęt AGD** – znajdujące się w miejscu ubezpieczenia, wykorzystywane wyłącznie do użytku domowego, następujące wolno stojące lub zabudowane urządzenia:
- a) pralka,
 - b) pralka z suszarką,
 - c) suszarka pralnicza,
 - d) zmywarka,
 - e) chłodziarka (lodówka),
 - f) zamrażarka,
 - g) chłodziarko-zamrażarka,
 - h) kuchenka elektryczna, gazowa lub gazowo-elektryczna, mikrofalowa,
 - i) płyta indukcyjna,
 - j) wyciąg,
 - k) okap,
 - l) piekarnik,
 - m) robot kuchenny,
 - n) ciśnieniowy ekspres do kawy;
- 56) **Sprzęt audiowizualny** – następujące rodzaje urządzeń będące własnością Ubezpieczonego znajdujące się w miejscu ubezpieczenia: telewizor, odtwarzacz/nagrywarka VCD, DVD, Blu-ray, Hi-Fi, konsole gier wideo;
- 57) **Sprzęt PC** – znajdujące się w miejscu ubezpieczenia, wykorzystywane wyłącznie do użytku domowego następujące urządzenia:
- a) komputery przenośne (laptopy, notebooki, netbooki),
 - b) komputery stacjonarne;
 - c) urządzenia komputerowe wchodzące w skład lub współpracujące jako urządzenia peryferyjne z komputerami przenośnymi lub stacjonarnymi, w szczególności: drukarki, domowe urządzenia wielofunkcyjne, monitory, skanery, procesory z urządzeniami chłodzącymi, dyski twarde, pamięci komputerowe, karty: graficzne, wideo, rozszerzeń; modemy, urządzenia sieciowe, tunery TV, urządzenia zasilające, stacje dokujące, wewnętrzne i przenośne napędy dysków DVD i Blu-ray;
- 58) **Sprzęt pływający** – łódzie, kajaki, rowery wodne, pontony, tratwy, skutery wodne, jachty żaglowe oraz motorowe;
- 59) **Sprzęt RTV** – znajdujące się w miejscu ubezpieczenia, wykorzystywane wyłącznie do użytku domowego, następujące urządzenia:
- a) telewizor,

- b) odtwarzacz wideo,
 - c) odtwarzacz CD/DVD/Blu-ray,
 - d) zintegrowane odbiorniki TV z wyżej wymienionym odtwarzaczem,
 - e) zestawy Hi-Fi lub ich elementy – z wyłączeniem okablowania;
- 60) **Stałe elementy** – zamontowane na stałe (w sposób uniemożliwiający ich odłączenie bez użycia narzędzi) elementy służące do zaopatrzenia i prawidłowej eksploatacji budynku, mieszkania lub obiektu małej architektury, w szczególności:
- a) instalacje – ciepła (grzewcza), wodna, kanalizacyjna (sanitarna), elektryczna, gazowa, klimatyzacyjna, wentylacyjna, telekomunikacyjna (w tym radiowo-telewizyjna), domofonowa, odgromowa, przeciwpożarowa, internetowa, alarmowa, centralnego odkurzania, centralnego sterowania,
 - b) armatura sanitarna, kabina natryskowa, wanna, umywalka, sedes, bidet, podgrzewacz wody, zlewozmywak, wewnętrzne ścianki działowe dowolnej konstrukcji, lustra wmontowane w ścianach, zamontowana na stałe stolarka okienna i drzwiowa wraz z oszklaceniami i zamknięciami, zabezpieczenia przeciwwłamaniowe okien i drzwi, obudowy instalacji i grzejników, tynki i powłoki malarskie ścian oraz sufitów, okładziny ścian, podłóg, schodów i sufitów, podłogi, podwieszane sufity wraz z zamontowanymi w nich elementami np.: oprawami oświetlenia, wentylatorami, zakończeniami instalacji ppoż., przyłącza mediów (grzejniki wszelkiego rodzaju, zakończenia instalacji np.: gniazdzka, wyłączniki), piece, kominki, klimatyzatory, wentylatory, sterowniki centralnego sterowania, czujki, sygnalizatory i inne elementy systemu alarmowego, meble kuchenne wykonane na wymiar oraz szafy wbudowane lub zamontowane na stałe, zabudowy balkonów/logii/terasów,
 - c) zewnętrzne elementy – rynny, parapety zewnętrzne, markizy lub rolety przeciwsłoneczne, anteny telewizyjne i radiowe zainstalowane na zewnątrz domu jednorodzinnego lub mieszkania, zewnętrzne punkty oświetleniowe oraz inne przedmioty trwale związane z budynkiem;

Za stałe elementy nie są uznawane instalacje fotowoltaiczne (wraz z panelami fotowoltaicznymi), kolektory słoneczne i pompy ciepła;

- 61) **Stłuczenie szyb i elementów szklanych** – niezależne od woli Ubezpieczonego lub osób bliskich, przypadkowe rozbicie lub pęknięcie następujących przedmiotów: szyb okiennych i drzwiowych, oszklenia ścian i dachów, szklanych przegród ściennych (w tym zewnętrznych przegród z luksferów), zamontowanych na stałe luster lub witraży, szyb kominkowych, szklanych elementów mebli, akwariów lub terrariów, ceramicznych, szklanych i indukcyjnych płyt grzewczych, szyb frontowych piekarnika lub kuchenki mikrofalowej, szklanych kabin prysznicowych oraz szklanych parawanów łazienkowych, a w ubezpieczeniu od wszelkich ryzyk (All Risk) – także ceramiki sanitarnej oraz kamiennych i ceramicznych okładzin ścian lub podłóg;
- 62) **Suma gwarancyjna** – w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym określona w umowie kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na każde 12 kolejnych miesięcy okresu ubezpieczenia, licząc od daty początku tego okresu;
- 63) **Suma ubezpieczenia** – określona w umowie kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na każde 12 kolejnych miesięcy okresu ubezpieczenia, licząc od daty początku tego okresu; jeżeli OWU lub umowa ubezpieczenia przewiduje w ramach sumy ubezpieczenia limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu określonych szkód objętych ochroną ubezpieczeniową, górną granicę odpowiedzialności za daną szkodę stanowi ustalony limit na każde 12 kolejnych miesięcy okresu ubezpieczenia, licząc od daty początku tego okresu;
- 64) **Szkoda** – w ubezpieczeniu mienia: szkoda rzeczowa; w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej: szkoda rzeczowa lub szkoda na osobie; w ubezpieczeniu NNW: szkoda na osobie; w ubezpieczeniu pupili szkoda powstała wskutek uszkodzenia ciała, śmierci, zaginięcia lub kradzieży psa lub kota;
- 65) **Szkoda całkowita w mieszkaniu, budynku lub obiekcie małej architektury** – stwierdzone ostateczną decyzją organu nadzoru budowlanego naruszenie bądź zniszczenie elementów konstrukcyjnych budynku, w którym znajduje się ubezpieczone mieszkanie w stopniu uniemożliwiającym dalsze zamieszkiwanie tego miesz-

kania bez zagrożenia dla życia lub zdrowia lokatorów i nie dające się naprawić, jak też całkowite zniszczenie budynku, mieszkania lub obiektu małej architektury w takim stopniu, że nie jest możliwa ich naprawa lub odbudowa, a odtworzenie przedmiotu tego samego rodzaju wymaga usunięcia pozostalości i wzniesienia nowego budynku lub obiektu małej architektury;

- 66) **Szkoda na osobie** – szkoda powstała wskutek śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
- 67) **Szkoda rzeczowa** – utrata lub zmniejszenie wartości mienia osoby poszkodowanej wskutek jego zniszczenia, uszkodzenia lub zaboru w następstwie zdarzeń objętych umową ubezpieczenia; w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej szkoda rzeczowa obejmuje także utracone korzyści poszkodowanego, które mógłby osiągnąć, gdyby nie nastąpiła utrata, zniszczenie lub uszkodzenie jego rzeczy lub gdyby nie doznał szkody osobowej;
- 68) **Szkody mrozowe** – pęknięcie mrozowe oraz zalanie spowodowane zamarzaniem i rozmarzaniem cieczy w urządzeniach i instalacjach znajdujących się wewnątrz domu jednorodzinnego lub mieszkania;
- 69) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawiera umowę ubezpieczenia z Ubezpieczycielem; Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia także na cudzy rachunek;
- 70) **Ubezpieczenie od wszystkich ryzyk (All Risk)** – wariant ubezpieczenia mienia, w którym zakres ubezpieczenia obejmuje szkody powstałe wskutek wszystkich nagłych i nieprzewidzianych zdarzeń losowych, z wyjątkiem zdarzeń wyłączonych na mocy zapisów niniejszych OWU lub na podstawie postanowień dodatkowych do umowy ubezpieczenia;
- 71) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rachunek której zawarta została umowa ubezpieczenia, a w umowie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym w wariancie Standard, Premium, Inwestycji, assistance domowy, Pomoc Medyczna 24 i Ruchomości domowe poza domem również osoby bliskie, o ile pozostają z Ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym, a w umowie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym w wariancie OC Najemcy – także najemca;
- 72) **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem i Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU;
- 73) **Urządzenia gospodarstwa domowego** – sprzęt lub wyposażenie, które nie są wykorzystywane na potrzeby prowadzenia działalności gospodarczej:
- a) zasilane wyłącznie z sieci elektrycznej (bez zasilania akumulatorowego lub baterijnego): odbiorniki telewizyjne, odtwarzacze DVD i wideo, zestawy muzyczne,
 - b) elektronarzędzia domowe i kuchenne (robot kuchenny, mikser, blender, nóż elektryczny, młynek elektryczny, krawalnica, sokowirówka, elektryczna wyciskarka do owoców, tarka elektryczna, elektryczny otwieracz do puszek, żelazko, maszyna do szycia, odkurzacz elektryczny),
 - c) komputer stacjonarny wraz z monitorem,
 - d) kuchenki (gazowe i elektryczne), pralki, pralko-suszarki, chłodziarki, chłodziarko-zamrażarki,
 - e) kuchenki mikrofalowe, zmywarki, zamontowane na stałe urządzenia grzewcze i klimatyzacyjne znajdujące się wewnątrz domu lub mieszkania;
- 74) **Wnioskopolisa** – dokument ubezpieczenia, który podpisany przez Ubezpieczającego stanowi jego wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia, a po podpisaniu przez przedstawiciela Ubezpieczyciela stanowi również potwierdzenie zawarcia umowy ubezpieczenia i jej warunki;
- 75) **Wspólne gospodarstwo domowe** – stałe zamieszkiwanie w miejscu ubezpieczenia przez Ubezpieczonego oraz inne osoby objęte ubezpieczeniem, w tym także osoby niepełnoletnie będące na wyłącznym utrzymaniu rodziców bądź opiekunów prawnych zamieszkujące poza miejscem ubezpieczenia;
- 76) **Wyposażenie** – ruchomości domowe i stałe elementy;
- 77) **Zalecane szczepienie** – szczepienia przeciwko następującym chorobom:
- a) nosówce – chorobie zakaźnej, którą wywołuje wirus nosówki psów z rodziny *Paramyxoviridae*,
 - b) parwowirus – chorobie zakaźnej, którą wywołuje parwowirus psi,

- c) wścieklicznie – ostrej chorobie ośrodkowego układu nerwowego, którą wywołuje wirus wściekliczny z rodziny rabdowirusów,
- d) zakaźnemu zapaleniu wątroby (chorobie Rubartha) – zakaźnej chorobie wirusowej, którą wywołuje adenowirus psów typ 1 (CAV-1),
- e) zapaleniu tchawicy i oskrzeli (kaszlowi kenelowemu) – chorobie zakaźnego układu oddechowego psów; to choroba, którą najczęściej wywołują adenowirusy typu 2 (CAV-2), bakterie krztuśca *Bordetella bronchiseptica* i wirusy grypy *Parainfluenza canis* (CPI);
- 78) **Zdarzenie losowe** – poniżej wskazane i zdefiniowane zdarzenia:
- a) **Deszcz nawalny** – deszcz o współczynniku wydajności co najmniej 4 ustalonym przez Instytut Meteorologii i Gospodarki Wodnej (IMGW); przy braku uzyskania odpowiednich informacji z IMGW wystąpienie deszczu nawalnego stwierdza się na podstawie stanu faktycznego i rozmiaru szkód w miejscu ich powstania bądź w bezpośrednim sąsiedztwie;
- b) **Dym i sadza** – produkty spalania powstałe wskutek wystąpienia ognia poza miejscem ubezpieczenia, unoszące się w powietrzu i powodujące zniszczenie lub uszkodzenie ubezpieczonego mienia;
- c) **Eksplozja** – gwałtowna zmiana stanu równowagi układu z jednoczesnym wyzwoleniem się gazów, pyłów lub pary, wywołanym ich właściwością rozprzestrzeniania się; w odniesieniu do naczyń ciśnieniowych i innych tego rodzaju zbiorników warunkiem uznania szkody za spowodowaną eksplozją jest, aby ściany tych naczyń i zbiorników uległy rozdarciu w takich rozmiarach, iż wskutek ujścia gazów, pyłów, pary lub cieczy nastąpiło nagłe wyrównanie ciśnień; za spowodowane eksplozją uważa się też szkody powstałe wskutek implozji, polegające na uszkodzeniu zbiornika lub aparatu próżniowego ciśnieniem zewnętrznym;
- d) **Grad** – opad atmosferyczny składający się z bryłek lodu;
- e) **Huk ponaddźwiękowy** – fala uderzeniowa wytworzona przez statek powietrzny poruszający się z prędkością większą od prędkości dźwięku;
- f) **Lawina** – gwałtowne zsuwanie się lub staczanie mas śniegu, lodu, błota, skał lub kamieni na terenach górskich lub falistych;
- g) **Ogień** – ogień, który przedostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i rozprzestrzenił się o własnej sile;
- h) **Osuwanie się ziemi** – nie spowodowane działalnością ludzką zsuwanie się ziemi po stoku;
- i) **Piorun** – bezpośrednie wyładowanie atmosferyczne na ubezpieczone mienie, pozostawiające ślady tego zdarzenia;
- j) **Silny wiatr** – wiatr o prędkości nie mniejszej niż 15 m/s (54 km/h) ustalonej przez Instytut Meteorologii i Gospodarki Wodnej (IMGW), którego działanie wyrządza masowe szkody, a w przypadku braku opinii IMGW wystąpienie silnego wiatru stwierdza się na podstawie stanu faktycznego i rozmiaru szkód w miejscu ich powstania bądź bezpośrednim sąsiedztwie;
- k) **Śnieg** – opad atmosferyczny, który swoim ciężarem bezpośrednio oddziałuje na przedmiot ubezpieczenia albo może spowodować przewrócenie się pod wpływem jego ciężaru sąsiedniego mienia na przedmiot ubezpieczenia;
- l) **Trzęsienie ziemi** – naturalne, gwałtowne wstrząsy skorupy ziemskiej;
- m) **Uderzenie pojazdu** – bezpośrednie uderzenie w mienie będące przedmiotem ubezpieczenia pojazdu silnikowego lub szynowego, a także uderzenie części tego pojazdu lub przewożonego nim ładunku, powodujące bezpośrednie zniszczenie lub uszkodzenie ubezpieczonego mienia, z wyłączeniem szkód w pojeździe i ładunku;
- n) **Upadek przedmiotu** – przewrócenie się budynku, dźwigu, kolumny, latarni, maszty, słupa energetycznego, rosnących drzew lub ich fragmentów na ubezpieczone mienie, niewywołane działalnością człowieka;
- o) **Upadek statku powietrznego** – katastrofa albo przymusowe lądowanie obiektu latającego, a także upadek jego części lub przewożonego ładunku;
- p) **Zalanie** – bezpośrednie działanie wody lub innych cieczy na ubezpieczone mienie, polegające na:
- spowodowanym awarią wydostaniu się wody, pary lub innych płynów z prawidłowo wykonanych i konserwowanych instalacji oraz urządzeń domowych wodnych, centralnego ogrzewania, kanalizacyjnych, itp., znajdujących się wewnątrz ubezpieczonego mieszkania lub budynku, bądź poza nim, przy czym przez awarię rozumie się nagłe, samoistne pęknięcie bądź rozszczelnienie instalacji lub urządzeń,
 - cofnięciu się wody lub ścieków z instalacji kanalizacyjnej usytuowanej wewnątrz ubezpieczonego mieszkania lub budynku, bądź poza nim,
 - nieumyślnym pozostawieniu otwartych kranów lub innych zaworów zamontowanych na instalacji wewnątrz ubezpieczonego mieszkania lub budynku, bądź poza nim, w sytuacji udokumentowanej przerwy w dopływie wody,
 - zalaniu wodą pochodzącą z opadów atmosferycznych oraz zalaniu wodą lub innym płynem, który wydostał się z lokalu użytkowanego przez osoby trzecie;
 - zamarzaniu lub rozmarzaniu cieczy w rurach, urządzeniach lub instalacjach wewnątrz domu lub mieszkania pod warunkiem rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o ryzyko szkód mrozowych;
- q) **Zapadanie się ziemi** – obniżenie terenu z powodu zawałenia się naturalnych, podziemnych, pustych przestrzeni w gruncie;
- 79) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** (dalej również „wypadek”):
- a) w ubezpieczeniu mienia od ognia i innych zdarzeń losowych oraz od kradzieży z włamaniem i rabunku, ubezpieczeniu od wszystkich ryzyk (All Risk), ubezpieczeniu NNW, ubezpieczeniu pupili – niezależnie od woli Ubezpieczonego zdarzenie przyszłe i niepewne o charakterze nagłym powodujące szkodę, określone w OWU,
- b) w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym – działanie lub zaniechanie Ubezpieczonego, z którego wynika szkoda osób trzecich, jak też inne zdarzenia wskazane w OWU,
- c) w ubezpieczeniu assistance domowej – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, którego przedmiotem jest dom jednorodzinny, mieszkanie lub wyposażenie oraz awaria urządzeń gospodarstwa domowego,
- d) w ubezpieczeniu Pomoc Medyczna 24 – uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania;
- 80) **Źródła zielonej energii** – instalacje fotowoltaiczne (wraz z panelami fotowoltaicznymi), kolektory słoneczne i pompy ciepła, trwałe związane, tj. w sposób uniemożliwiający ich odłączenie bez użycia narzędzi, z domem jednorodzinny, w tym w stadium budowy, domem letniskowym, budynkiem niemieszkalnym lub z gruntem na terenie posesji.

Zawarcie umowy ubezpieczenia – początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres ubezpieczenia trwający 12 albo 36 miesięcy; daty początku i końca okresu ubezpieczenia określa Umowa ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie informacji podanych przez Ubezpieczającego we wniosku o ubezpieczenie, niezbędnych do dokonania przez Ubezpieczyciela oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Informacje te mogą być podane przez Ubezpieczającego Ubezpieczycielowi za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności telefonu lub Internetu z zastrzeżeniem, że w przypadku składania wniosku o ubezpieczenie, za pośrednictwem Internetu, Ubezpieczający zobowiązany jest do uprzedniego złożenia oświadczenia o zapoznaniu się i akceptacji regulaminu świadczenia przez Ubezpieczyciela usług drogą elektroniczną, a Ubezpieczyciel jest zobowiązany udostępnić ten regulamin Ubezpieczającemu. Informacje, o których mowa powyżej, obejmują w szczególności dane:
 - 1) personalne Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub innych osób zamieszkujących w miejscu ubezpieczenia i mogących z niego korzystać oraz dotyczące ewentualnych zniżek lub zwyczajów składek ubezpieczeniowych;
 - 2) dotyczące przedmiotu ubezpieczenia i cech identyfikacyjnych przedmiotu ubezpieczenia;
 - 3) dotyczące stanu technicznego miejsca ubezpieczenia (w tym zainstalowanych zabezpieczeń antywłamaniowych);
 - 4) inne określone we wniosku o ubezpieczenie.

3. Na podstawie wniosku o ubezpieczenie, na życzenie Ubezpieczającego, może zostać sporządzona propozycja zawarcia umowy ubezpieczenia zawierająca informacje o zakresie ochrony ubezpieczeniowej, wysokości składki oraz terminach i sposobach jej płatności. Propozycja zawarcia umowy ubezpieczenia, doręczona Ubezpieczającemu wraz z OWU, ważna jest do dnia wskazanego w propozycji zawarcia umowy jako dzień zapłaty składki lub jej pierwszej raty.
4. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą:
 - 1) w sytuacji gdy została sporządzona propozycja zawarcia umowy ubezpieczenia – z chwilą zapłacenia składki lub jej pierwszej raty w terminie wskazanym w propozycji zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - 2) w sytuacji gdy propozycja zawarcia umowy ubezpieczenia nie została sporządzona – z chwilą zaakceptowania przez Ubezpieczyciela wnioskopolisu.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się w dniu ustalonym w umowie ubezpieczenia i potwierdzonym w polisie albo wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zawarciu umowy. W zakresie ryzyka powodzi, o ile jest objęte umową ubezpieczenia, zastosowanie ma ponadto § 32.
6. Ubezpieczyciel ma prawo uzależnić rozpoczęcie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej od dostarczenia przez Ubezpieczającego dokumentów wymaganych przez Ubezpieczyciela (aktu notarialnego, protokołów odbiorów częściowych nieruchomości, operatu szacunkowego) lub od przeprowadzenia przez Ubezpieczyciela inspekcji miejsca ubezpieczenia. W takim przypadku strony uzgadniają w umowie ubezpieczenia, że ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się nie wcześniej niż w dniu następnym po dniu wykonania inspekcji przez Ubezpieczyciela oraz po otrzymaniu dokumentów, których dostarczenia żądał Ubezpieczyciel i pod warunkiem zaakceptowania przez Ubezpieczyciela wyniku inspekcji i dostarczonych dokumentów. Ubezpieczyciel przy lub po zawarciu umowy ubezpieczenia uzgadnia z Ubezpieczającym termin wykonania inspekcji miejsca ubezpieczenia lub termin dostarczenia dodatkowych dokumentów. Ubezpieczyciel składa oświadczenie o akceptacji lub braku akceptacji wyników inspekcji lub dostarczonych dokumentów w terminie nie dłuższym niż 3 dni robocze (tj. nie licząc sobót, niedziel lub świąt) od daty dokonania inspekcji lub odpowiednio od daty otrzymania żądanych dokumentów. Niezłożenie przez Ubezpieczyciela oświadczenia we wskazanym terminie będzie jednoznaczne z akceptacją wyniku inspekcji. Oświadczenie, o którym mowa w poprzednim zdaniu Ubezpieczyciel może złożyć również w formie elektronicznej (e-mail, SMS) uzgodnionej jako forma kontaktu z Ubezpieczającym. Niezależnie od postanowień niniejszego ustępu umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana w przypadkach i w trybie określonym w § 9 ust. 4 pkt 2).

§ 5

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek Ubezpieczonego) zarzuty mające wpływ na odpowiedzialność Ubezpieczyciela Ubezpieczyciel może podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu. Ubezpieczony może żądać by Ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.
2. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu.

§ 6

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytuje w formularzu wniosku albo w innych pismach przed zawarciem umowy. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególnie pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający obowiązany jest zgłaszać wszystkie zmiany okoliczności wymienionych w ustępie poprzedzającym. Ubezpieczający obowiązany jest zawiadamiać o tych zmianach Ubezpieczyciela niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.

3. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ustępach poprzedzających spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ustępów poprzedzających nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ustępów poprzedzających doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
5. W celu weryfikacji okoliczności, o których mowa w ust. 1, Ubezpieczyciel uprawniony jest w czasie trwania umowy ubezpieczenia do przeprowadzenia na własny koszt inspekcji miejsca ubezpieczenia, po uzgodnieniu z Ubezpieczającym terminu inspekcji.

Zmiany w trakcie trwania umowy ubezpieczenia

§ 7

1. Każdorazowa wypłata odszkodowania lub świadczenia skutkuje pomniejszeniem (konsumpcją) sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej na każde 12 kolejnych miesięcy okresu ubezpieczenia, licząc od daty początku tego okresu.
2. W przypadku konsumpcji sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej, o której mowa w ust. 1, Ubezpieczający, na zasadach określonych w niniejszym paragrafie, może uzupełnić sumę ubezpieczenia lub sumę gwarancyjną.
3. Po konsumpcji sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej Ubezpieczyciel może zaproponować Ubezpieczającemu uzupełnienie sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej, o czym informuje go podając proponowaną wysokość sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej oraz wysokość dodatkowej składki, której zapłata jest wymagana dla skuteczności uzupełnienia pomniejszonej poprzez wypłatę odszkodowania sumy ubezpieczenia lub gwarancyjnej do wysokości zaproponowanej przez Ubezpieczyciela.
4. Ubezpieczający, który otrzymał propozycję uzupełnienia sumy ubezpieczenia lub gwarancyjnej, o której mowa w ust. 3, może wyrazić zgodę na uzupełnienie sumy opłacając dodatkową składkę w terminie 7 dni od dnia otrzymania propozycji uzupełnienia sumy ubezpieczenia lub gwarancyjnej w wysokości wskazanej przez Ubezpieczyciela zgodnie z ust. 3.
5. Dokonanie przez Ubezpieczającego opłaty dodatkowej składki, o której mowa w ust. 4, w wysokości i w terminie zaproponowanych przez Ubezpieczyciela skutkuje uzupełnieniem sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej od dnia następnego po zapłaceniu dodatkowej składki.

§ 8

W przypadku pomniejszenia sumy ubezpieczenia, o którym mowa w § 35 ust. 2, zmniejszona suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela z chwilą zgłoszenia Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego spadku wartości ubezpieczonego mienia lub z chwilą doręczenia Ubezpieczającemu decyzji Ubezpieczyciela o jednostronnym zmniejszeniu sumy ubezpieczenia.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia – koniec odpowiedzialności Ubezpieczyciela

§ 9

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
2. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 12 miesięcy, Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w terminie 30 dni przed upływem pierwszych 12 miesięcy okresu ubezpieczenia i każdych kolejnych.
3. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia bez jednoczesnej obecności obu stron przy użyciu środków porozumiewania się na odległość Ubezpieczający będący konsumentem może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia poinformowania

go o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia doręczenia mu informacji, które należy przekazać konsumentowi na podstawie przepisów dotyczących zawierania umów na odległość, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.

4. Ubezpieczyciel ma prawo wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku zaistnienia ważnej przyczyny, którą jest:

- 1) sytuacja, w której Ubezpieczający lub Ubezpieczony uniemożliwia lub znacząco utrudnia Ubezpieczycielowi dokonanie inspekcji miejsca ubezpieczenia, w terminie ustalonym przez Ubezpieczyciela i Ubezpieczającego zgodnie z § 4 ust. 6 lub § 6 ust. 5. W tym przypadku umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z chwilą złożenia Ubezpieczającemu oświadczenia o wypowiedzeniu umowy;
 - 2) sytuacja, w której Ubezpieczony w zgłoszeniu szkody jako przyczynę powstania szkody umyślnie wskazał zdarzenie, które nie było przyczyną szkody (w szczególności zdarzenie, które nie miało miejsca) lub umyślnie wskazał szkody, które nie wynikają ze zdarzenia objętego umową ubezpieczenia;
 - 3) inna ważna przyczyna pod warunkiem, że została określona przez strony w umowie ubezpieczenia.
5. Jeżeli odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczęła się przed zapłaceniem przez Ubezpieczającego składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, Ubezpieczyciel ma prawo wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać od Ubezpieczającego zapłaty składki za okres, przez który Ubezpieczyciel ponosił odpowiedzialność. W razie braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadła niezapłacona składka.
6. W razie opłacania składki w ratach, w przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego kolejnej raty składki w ustalonym terminie, odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustaje po bezskutecznym upływie terminu 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego od Ubezpieczyciela wezwania do zapłaty zaległej raty składki wraz z informacją, że brak zapłaty składki w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
7. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia NNW w każdym czasie z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia.
8. Niezależnie od przypadków wskazanych w ust. 5 umowa ubezpieczenia rozwiązuje się, a ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
- 1) z upływem 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczonego informacji o wypłacie odszkodowania wyczerpującego całą sumę ubezpieczenia lub sumę gwarancyjną, o ile Ubezpieczający w tym terminie nie uzupełni sumy ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami § 7;
 - 2) z dniem utraty przez Ubezpieczonego tytułu prawnego do miejsca ubezpieczenia z zastrzeżeniem § 10;
 - 3) z upływem okresu ubezpieczenia określonego w umowie ubezpieczenia;
 - 4) w przypadku, o którym mowa w § 10 ust. 3;
 - 5) z chwilą szkody całkowitej w mieszkaniu, budynku lub obiekcie małej architektury.

§ 10

1. W razie zbycia przedmiotu ubezpieczenia prawa z umowy ubezpieczenia mogą być przeniesione na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia. Przeniesienie praw wymaga zgody Ubezpieczyciela.
2. W razie przeniesienia praw z umowy ubezpieczenia na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia przechodzą także obowiązki, jakie ciążyły na zbywcy, chyba że strony za zgodą Ubezpieczyciela umówiły się inaczej. Pomimo tego przejścia obowiązków zbywca odpowiada solidarnie z nabywcą za zapłatę składki przypadającej za czas do chwili przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę.
3. Jeżeli prawa z umowy ubezpieczenia nie zostały przeniesione na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa wygasa z chwilą przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę.
4. Przepisy ust. 1 – ust. 3 nie mają zastosowania do przenoszenia wierzytelności, jakie powstały lub mogą powstać wskutek zajścia wypadku przewidzianego w umowie ubezpieczenia.

Składka ubezpieczeniowa

§ 11

1. Składkę opłaca się według wyboru Ubezpieczającego i akceptacji Ubezpieczyciela jednorazowo bądź w ratach.
2. Termin płatności składki lub poszczególnych rat składki określa umowa ubezpieczenia.
3. Za dzień zapłaty składki uznaje się:
 - 1) w przypadku płatności składki gotówką – dzień wykonania płatności;
 - 2) w przypadku płatności składki przelewem – dzień wpływu kwoty składki na rachunek bankowy Ubezpieczyciela;
 - 3) w przypadku płatności składki za pobraniem pocztowym – dzień dokonania płatności na rzecz podmiotu uprawnionego do pobrania kwoty składki;
 - 4) w przypadku płatności składki kartą kredytową lub płatniczą – dzień dokonania autoryzacji transakcji;
 - 5) w przypadku płatności elektronicznych za pośrednictwem agenta rozliczeniowego w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 o usługach płatniczych – dzień dokonania autoryzacji płatności elektronicznej przez agenta rozliczeniowego.
4. W razie wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
5. Składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela według taryfy składek obowiązującej u Ubezpieczyciela w dniu składania wniosku o ubezpieczenie z uwzględnieniem w szczególności:
 - 1) przedmiotu ubezpieczenia;
 - 2) sumy ubezpieczenia;
 - 3) zakresu ubezpieczenia;
 - 4) zwyżek taryfowych za prowadzenie działalności gospodarczej w miejscu ubezpieczenia, wynajem miejsca ubezpieczenia osobom trzecim, konstrukcję palną domów letniskowych;
 - 5) obniżek taryfowych za formę własności i wiek nieruchomości, kondygnację w przypadku ubezpieczenia mieszkania, dodatkowe zabezpieczenia antywłamaniowe, jednorazowe objęcie ochroną ubezpieczeniową kilku rodzajów przedmiotów ubezpieczenia, posiadanie innych ubezpieczeń u Ubezpieczyciela, formę płatności składki, częstotliwość zdarzeń ubezpieczeniowych, przyjęcie wartości rzeczywistej jako podstawy szacowania wartości mienia.
6. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa zdarzenia ubezpieczeniowego, każda ze stron umowy ubezpieczenia może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

§ 12

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub rozwiązanie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

Ogólne zasady postępowania związanego z wypłatą odszkodowania lub świadczenia

§ 13

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel przeprowadza postępowanie w celu ustalenia stanu faktycznego zdarzenia ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń, wysokości odszkodowania i sposobu rozliczenia szkody.
2. Przedłożone przez Ubezpieczonego dokumenty (rachunki odbudowy lub naprawy oraz kosztorysy) Ubezpieczyciel weryfikuje pod kątem zgodności wysokości kosztów, dotychczasowych wymiarów, zakresu robót i użytych materiałów ze stanem faktycznym ustalonym podczas likwidacji szkody.
3. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń

dokonanych w przeprowadzonym przez siebie postępowaniu, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.

4. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie w terminie do 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Jeśli w tym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości odszkodowania jest niemożliwe, odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności lub ustalenie wysokości odszkodowania było możliwe, jednakże bezsporna część jest wypłacana w terminie określonym na wstępie.
5. Jeśli odszkodowanie nie przysługuje w całości lub części, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, w terminach określonych w ust. 4, ze wskazaniem na okoliczności oraz podstawy prawne uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
6. Jeżeli Ubezpieczający podał do wiadomości Ubezpieczyciela nieprawdziwe informacje mające wpływ na wysokość składki, Ubezpieczający zobowiązany jest do dopłaty kwoty składki wynikającej z różnicy pomiędzy składką, jaka należałaby się Ubezpieczycielowi, gdyby podano dane prawdziwe, a składką przyjętą w umowie ubezpieczenia.

Roszczenia regresowe

§ 14

1. Z dniem wypłaty przez Ubezpieczyciela odszkodowania roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzą z mocy prawa na Ubezpieczyciela do wysokości zapłaconego odszkodowania. Jeżeli Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniami Ubezpieczyciela.
2. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.

§ 15

1. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.
2. Ubezpieczony obowiązany jest udzielić Ubezpieczycielowi pomocy dostarczając informacje oraz dokumenty niezbędne do skutecznego dochodzenia roszczeń regresowych, a będące w posiadaniu Ubezpieczonego.
3. Jeżeli Ubezpieczony bez zgody Ubezpieczyciela zrzekł się roszczenia przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę albo je ograniczył, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania lub je odpowiednio zmniejszyć w takim zakresie w jakim powyższa czynność Ubezpieczonego uniemożliwiła Ubezpieczycielowi dochodzenie roszczeń regresowych wobec osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę. Jeżeli zrzeczenie się lub ograniczenie roszczenia zostanie ujawnione po zapłaceniu przez Ubezpieczyciela odszkodowania, wówczas Ubezpieczyciel może zażądać od Ubezpieczonego zwrotu – stosownie do okoliczności – całości lub części wypłaconego odszkodowania.

Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

§ 16

1. Ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody:
 - 1) wyrządzone umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem w zakresie rażącego niedbalstwa postanowień § 60 ust. 2 oraz § 46 i § 47 dotyczących ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym oraz § 27 ust. 6 dotyczącego ubezpieczenia od wszystkich ryzyk (All Risk); w razie wyrządzenia szkody wskutek rażącego niedbalstwa odszkodowanie jest jednak należne, jeśli zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności;

- 2) wyrządzone umyślnie przez osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym.
2. Ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody będące następstwem:
 - 1) działań wojennych, wszelkiego rodzaju zamieszek lub rozruchów, lokautów, strajków;
 - 2) aktów terrorizmu, rozumianych jako wszelkiego rodzaju działania indywidualne lub grupowe skierowane przeciwko ludności lub mieniu w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności, dezorganizacji życia publicznego, transportu publicznego, działalności zakładów usługowych lub wytwórczych – dla osiągnięcia skutków ekonomicznych, politycznych lub społecznych;
 - 3) działania materiałów rozszczepialnych;
 - 4) decyzji administracyjnej.
3. Ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody górnicze w rozumieniu prawa górniczego.

Prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia

§ 17

1. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczający obowiązany jest użyć dostępnych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów, w szczególności wezwać straż pożarną oraz zawiadomić jednostkę policji, o ile zachodzi taka potrzeba (w szczególności gdy dojdzie do kradzieży, kradzieży z włamaniem lub rabunku).
2. Jeżeli Ubezpieczający umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował środków określonych w ust. 1, Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.
3. Ubezpieczyciel obowiązany jest w granicach sumy ubezpieczenia zwrócić koszty wynikłe z zastosowania środków, o których mowa w ust.1, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne.
4. Ubezpieczający obowiązany jest nie dokonywać zmian w miejscu szkody do czasu jego oględzin przez przedstawiciela Ubezpieczyciela, chyba że zmiana jest niezbędna w celu zabezpieczenia mienia pozostałego po szkodzie lub zmniejszenia rozmiaru szkody. Ubezpieczyciel nie może powoływać się na niewykonanie powyższego zobowiązania, jeżeli nie dokonał oględzin w terminie 7 dni roboczych od dnia uzyskania wiadomości o wypadku lub w innym terminie uzgodnionym z Ubezpieczonym.
5. Ubezpieczający obowiązany jest udzielić przedstawicielowi Ubezpieczyciela pomocy i wyjaśnień w uzyskaniu informacji odnośnie okoliczności zajścia wypadku i powstania szkody, jej przedmiotu i wysokości.
6. W ubezpieczeniu NNW Ubezpieczony jest zobowiązany umożliwić Ubezpieczycielowi zasięgnięcie informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego, w szczególności u lekarzy prowadzących.

§ 18

W ubezpieczeniu mienia od ognia i innych zdarzeń losowych oraz od kradzieży z włamaniem i rabunku albo ubezpieczeniu od wszystkich ryzyk (All Risk), Ubezpieczający jest zobowiązany do zawiadomienia Ubezpieczyciela o zaistniałym zdarzeniu ubezpieczeniowym w terminie 3 dni od chwili, w której dowiedział się o jego zajściu.

§ 19

1. W ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym, w razie zajścia zdarzenia mogącego spowodować roszczenia ze strony poszkodowanej osoby trzeciej, Ubezpieczający zobowiązany jest:
 - 1) bezzwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni, powiadomić Ubezpieczyciela o zgłoszeniu roszczenia przez poszkodowanego, choćby zostało ono dopiero wstępnie sformułowane i nie miało formy pisemnej;
 - 2) bezzwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od otrzymania pozwu powiadomić Ubezpieczyciela o wystąpieniu poszkodowanego na drogę sądową z roszczeniem o odszkodowanie.
2. W ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym, w razie zajścia zdarzenia mogącego spowodować roszczenia ze strony poszkodowanej osoby trzeciej, Ubezpieczający dodatkowo zobowiązany jest:
 - 1) starać się o ustalenie okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) udzielić Ubezpieczycielowi wyjaśnień, dostarczyć dostępne mu informacje potrzebne do ustalenia okoliczności zdarzenia ubez-

pieczeniowego i rozmiaru szkody oraz umożliwić przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego okoliczności zdarzenia;

- 3) współpracować z Ubezpieczycielem w ramach toczącego się postępowania sądowego dotyczącego roszczeń w stosunku do Ubezpieczonego objętych odpowiedzialnością Ubezpieczyciela na podstawie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, w szczególności nie oponować przeciwko wstąpieniu Ubezpieczyciela do sprawy w charakterze interwenienta;
- 4) jeśli Ubezpieczyciel nie uczestniczy w postępowaniu sądowym – dostarczyć Ubezpieczycielowi orzeczenie sądu w terminie umożliwiającym zajęcie stanowiska co do wniesienia środka odwoławczego.

§ 20

1. W ubezpieczeniu assistance domowy w celu skorzystania ze świadczeń objętych umową ubezpieczenia assistance domowy oraz w ubezpieczeniu Pomoc Medyczna 24 w celu skorzystania ze świadczeń objętych umową ubezpieczenia Pomoc Medyczna 24, Ubezpieczający powinien przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie niezwłocznie, nie później niż w terminie 48 godzin od chwili zajścia zdarzenia, skontaktować się telefonicznie z Centrum Alarmowym i podać następujące informacje:
 - 1) imię, nazwisko i adres zamieszkania;
 - 2) numer telefonu, pod którym Centrum Alarmowe może skontaktować się z Ubezpieczonym lub Ubezpieczającym lub inną osobą wskazaną przez Ubezpieczającego;
 - 3) krótki opis zdarzenia ubezpieczeniowego oraz rodzaj potrzebnej pomocy.

Aktualne numery telefoniczne Centrum Alarmowego znajdują się na polisie albo wnioskopolisie, a ponadto Ubezpieczyciel informację o nich udostępnia na swojej stronie internetowej uniqa.pl.

2. Po stwierdzeniu przez Ubezpieczyciela, iż zdarzenie jest objęte ubezpieczeniem assistance domowy lub ubezpieczeniem Pomocy Medycznej 24, Ubezpieczający, w razie bezpośredniego kontaktu z Centrum Alarmowym lub z wyznaczonym przez Ubezpieczyciela usługodawcą, zobowiązany jest:
 - 1) okazać dokument tożsamości;
 - 2) podać informacje potrzebne do realizacji usług assistance oraz do późniejszej likwidacji szkody.
3. Jeżeli Ubezpieczający mimo zachowania należytej staranności z przyczyn od siebie niezależnych nie mógł skontaktować się telefonicznie z Centrum Alarmowym i na własny koszt skorzystał z usług assistance domowy lub Pomoc Medyczna 24, powinien poinformować Centrum Alarmowe o tym fakcie w terminie 7 dni od dnia, kiedy skontaktowanie z Ubezpieczycielem stało się możliwe.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, roszczenie Ubezpieczonego zostanie rozpatrzone po przedłożeniu dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela wskazujących na zasadność roszczenia i wysokości świadczenia, dokumentacji potwierdzającej poniesione koszty, tj. rachunków i dowodów ich zapłaty.

§ 21

1. W przypadku naruszenia przez Ubezpieczającego z winy umyślnej lub z rażącego niedbalstwa obowiązków powiadomienia Ubezpieczyciela o wypadku, o których mowa w § 18, § 19 ust. 1 i § 20 ust. 1, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
2. Skutki braku zawiadomienia Ubezpieczyciela o wypadku, o których mowa w ust. 1, nie następują, jeżeli Ubezpieczyciel w terminach wyznaczonych do powiadomienia, otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.
3. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek wszystkie obowiązki, o których mowa w § 17 – § 20 i ich skutki, o których mowa w niniejszym § 21, obciążają także Ubezpieczonego, chyba że Ubezpieczony nie wie o zawarciu umowy na jego rachunek.

§ 22

Ubezpieczyciel jest zobowiązany:

- 1) do poinformowania Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem, oraz

do podjęcia w tym terminie postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania lub świadczenia, a także poinformowania osoby występującej z roszczeniem – pisemnie lub w inny sposób, na który wyraziła zgodę – jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości odszkodowania, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania;

- 2) jeżeli w terminach określonych w § 13 ust. 4 Ubezpieczyciel nie wypłaci odszkodowania lub świadczenia – do pisemnego zawiadomienia osoby zgłaszającej roszczenie oraz Ubezpieczonego jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub części oraz do wypłaty bezspornej części świadczenia lub odszkodowania;
- 3) do pisemnego poinformowania osoby występującej z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o tym, że odszkodowanie lub świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu w terminach, o których mowa w § 13 ust. 4, ze wskazaniem na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania lub świadczenia. Informacja ta powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
- 4) udostępniać Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela. Informacje i dokumenty Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępniać osobom, o których mowa powyżej, na ich żądanie, w postaci elektronicznej. Sposób udostępniania informacji i dokumentów, zapewniania możliwości pisemnego potwierdzenia udostępnianych informacji, a także zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami dla tych osób, zaś koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej ponoszone przez te osoby nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.

§ 23

1. W razie uzyskania informacji o przedmiotach lub zwierzętach zaginionych, skradzionych lub zrabowanych, których utrata jest objęta ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest zawiadomić o tym niezwłocznie policję i Ubezpieczyciela oraz uczestniczyć w czynnościach zmierzających do rozpoznania i odzyskania tych przedmiotów lub zwierząt.
2. Jeżeli Ubezpieczony odzyskał przedmioty w stanie niezmiennym, Ubezpieczyciel wolny jest od obowiązku wypłaty odszkodowania, a w razie gdy odszkodowanie zostało wypłacone, Ubezpieczony jest obowiązany niezwłocznie zwrócić Ubezpieczycielowi wypłaconą kwotę. W razie odzyskania przedmiotów w stanie uszkodzonym lub niekompletnym, zwrotowi na rzecz Ubezpieczyciela podlega kwota odpowiadająca wartości odzyskanych przedmiotów ustalona na dzień ich odzyskania.

CZĘŚĆ II

UBEZPIECZENIE MIENIA OD OGNI A I INNYCH ZDARZEŃ LOSOWYCH ORAZ OD KRADZIEŻY Z WŁAMANIEM I RABUNKU ALBO OD WSZYSTKICH RYZYK („ALL RISK”)

Przedmiot ubezpieczenia

§ 24

1. Przedmiotem ubezpieczenia mogą być mury, wyposażenie lub elementy posesji, które Ubezpieczony posiada na podstawie prawa własności lub współwłasności, spółdzielczego własnościowego lub lokatorskiego prawa do lokalu albo prawa do domu jednorodzinnego w spółdzielni mieszkaniowej, ograniczonego prawa rzeczowe-

go, umowy cywilnoprawnej, decyzji administracyjnej lub innego tytułu prawnego.

2. Domy jednorodzinne i mieszkania, które w całości lub części wynoszącej co najmniej 50% ich powierzchni całkowitej są przeznaczone do prowadzenia działalności gospodarczej lub zawodowej oraz wyposażenie, które się w nich znajduje, mogą być przedmiotem ubezpieczenia wyłącznie pod warunkiem poinformowania Ubezpieczyciela, przed zawarciem umowy ubezpieczenia o wyżej wymienionym sposobie korzystania z takiego domu jednorodzinnego lub mieszkania.

§ 25

1. O ile nie umówiono się inaczej, w ramach ubezpieczenia:
 - 1) domu jednorodzinnego – ubezpieczone są także elementy posesji;
 - 2) domu jednorodzinnego w stadium budowy lub domu letniskowego – ubezpieczone są także budynki niemieszkalne oraz obiekty małej architektury;
 - 3) domu jednorodzinnego wchodzącego w skład gospodarstwa rolnego, dla którego istnieje ustawowy obowiązek ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych – ubezpieczone są elementy stałe i ruchomości domowe;
 - 4) mieszkania – ubezpieczone są także pomieszczenia przynależne lub użytkowane przez Ubezpieczającego na podstawie prawa własności.
2. Inne pomieszczenia niż pomieszczenia przynależne do wyłącznego użytku Ubezpieczonego są ubezpieczone w ramach ubezpieczeń, o których mowa w ust. 1, o ile się tak umówiono.
3. Stałe elementy budynków niemieszkalnych są ubezpieczone, jeżeli przedmiotem ubezpieczenia są stałe elementy domu jednorodzinnego.

§ 26

O ile nie umówiono się inaczej, w umowie ubezpieczenia, której przedmiotem jest wyposażenie domu jednorodzinnego lub mieszkania, ubezpieczeniem objęte są również:

- 1) udokumentowane nakłady inwestycyjne Ubezpieczonego w domu jednorodzinnym lub mieszkaniu nie będącym własnością Ubezpieczonego, użytkowanym na podstawie umowy najmu lub innej umowy cywilnoprawnej albo decyzji administracyjnej, rozumiane jako nakłady finansowe lub rzeczowe w miejscu ubezpieczenia, których celem jest ulepszenie (przebudowa, rozbudowa, remont lub modernizacja) wyposażenia ubezpieczonego domu lub mieszkania;
- 2) ruchomości domowe znajdujące się w pomieszczeniach przynależnych lub użytkowanych przez Ubezpieczonego na podstawie prawa własności, decyzji administracyjnej lub umowy najmu a także użyczenia, pod warunkiem, że pomieszczenia te są przeznaczone i wykorzystywane do wyłącznego użytku Ubezpieczonego;
- 3) ruchomości domowe znajdujące się czasowo w posiadaniu Ubezpieczonego, jeżeli zostały mu wypożyczone lub oddane do używania pod warunkiem, że fakt wypożyczenia lub oddania do używania został udowodniony;
- 4) ruchomości domowe w trakcie przeprowadzki Ubezpieczonego z mieszkania lub domu jednorodzinnego, stanowiącego jego dotychczasowe miejsce zamieszkania (wskazane w polisie albo wnioskopolisie) do innego mieszkania lub domu jednorodzinnego oraz w okresie 30 dni po dniu zgłoszenia Ubezpieczycielowi faktu przeprowadzki. W przypadku zgłoszenia Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczonego faktu przeprowadzki Ubezpieczyciel obejmuje ochroną ubezpieczeniową, w okresie wskazanym w zdaniu poprzedzającym, ruchomości domowe Ubezpieczonego w takim samym zakresie, jak w dotychczasowym miejscu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że ochroną ubezpieczeniową nie są objęte szkody powstałe w wyniku zagubienia, zniszczenia lub uszkodzenia mienia w trakcie transportu oraz w trakcie demontażu lub montażu. Warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową ruchomości domowych na czas przeprowadzki oraz określony w niniejszym punkcie czas po jej zakończeniu jest pisemne lub elektroniczne zgłoszenie przez Ubezpieczonego faktu przeprowadzki, podanie daty oraz nowego adresu zamieszkania, nie później niż na dzień przed rozpoczęciem ochrony pod warunkiem, że zabezpieczenia w nowym mieszkaniu lub domu jednorodzinnym odpowiadają wymogom niniejszych OWU;

- 5) rzeczy osobiste gości w zakresie tożsamym z określonym dla ruchomości domowych – wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia ruchomości domowych od ognia i innych zdarzeń losowych oraz kradzieży z włamaniem i rabunku albo wszystkich ryzyk (All Risk) na sumę ubezpieczenia wynoszącą nie mniej niż 20 000 zł.

Zakres ubezpieczenia

§ 27

1. Mienie może zostać objęte ochroną ubezpieczeniową od ognia i innych zdarzeń losowych oraz kradzieży z włamaniem i rabunku albo od wszystkich ryzyk (All Risk).
2. Umowa ubezpieczenia mienia od ognia i innych zdarzeń losowych oraz kradzieży z włamaniem i rabunku może zostać rozszerzona za zapłatą dodatkowej składki o:
 - 1) Szkody mrozowe,
 - 2) Ubezpieczenie mienia w pomieszczeniach przynależnych i budynkach niemieszkalnych,
 - 3) Koszty poszukiwania i usunięcia przyczyny szkody,
 - 4) Dewastacje,
 - 5) Przepięcia,
 - 6) Przedmioty wartościowe,
 - 7) Powódź,
 - 8) Ubezpieczenie szyb i elementów szklanych,
 - 9) Elementy posesji,
 - 10) OC Standard,
 - 11) OC Premium,
 - 12) OC Najemcy,
 - 13) OC Inwestycji,
 - 14) Ubezpieczenie NNW,
 - 15) Ubezpieczenie pupili (pies i kot),
 - 16) Assistance domowy,
 - 17) Pomoc Medyczna 24.
3. Ubezpieczenie domu jednorodzinnego, w tym w stadium budowy, lub domu letniskowego może być rozszerzone o ubezpieczenie źródeł zielonej energii za zapłatą dodatkowej składki.
4. Ubezpieczenie mienia może być rozszerzone o ubezpieczenie ruchomości poza domem za zapłatą dodatkowej składki.
5. Ubezpieczenie mienia może być rozszerzone o ubezpieczenie nagrobka za zapłatą dodatkowej składki.
6. Umowa ubezpieczenia od wszystkich ryzyk („All Risk”) domu jednorodzinnego lub mieszkania obejmuje szkody powstałe wskutek wszystkich niezależnych od woli Ubezpieczonego, przyszłych i niepewnych, o nagłym charakterze zdarzeń, nawet niemieszczących się w definicji zdarzeń losowych zawartej w OWU, w tym wyrządzonych przez Ubezpieczonego wskutek rażącego niedbalstwa z zastrzeżeniem jednak § 38 ust. 2, a także z wyjątkiem ryzyka powodzi oraz zdarzeń wyłączonych na mocy zapisów OWU lub na podstawie postanowień dodatkowych do umowy ubezpieczenia uzgodnionych przez jej strony, przy czym po zapłacie dodatkowej składki umowa może być rozszerzona o ryzyko powodzi.
7. Umowa ubezpieczenia domu w budowie obejmuje ryzyko kradzieży z włamaniem i rabunku, gdy dom w budowie jest w stanie surowym zamkniętym, a po zapłacie dodatkowej składki może być rozszerzona o ryzyko powodzi.
8. O ile nie umówiono się inaczej, umowa ubezpieczenia domu letniskowego obejmuje zdarzenia losowe oraz ryzyko kradzieży z włamaniem i rabunku, a po zapłacie dodatkowej składki może być rozszerzona o ryzyko powodzi.
9. O ile nie umówiono się inaczej, umowa ubezpieczenia elementów posesji oraz wyposażenia obejmuje te same ryzyka, które są objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia odpowiednio domu jednorodzinnego, mieszkania, domu w budowie lub domu letniskowego, z zastrzeżeniem zdania następnego. Meble ogrodowe obejmowane są ochroną w zakresie wynikającym z ubezpieczenia mienia od ognia i innych zdarzeń losowych.
10. O ile nie umówiono się inaczej, umowa ubezpieczenia źródeł zielonej energii obejmuje te same ryzyka, które są objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia odpowiednio domu jednorodzinnego, w tym w stadium budowy, lub domu letniskowego. Dodatkowo,

w razie przerwy w pracy źródeł zielonej energii, spowodowanej zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym umową ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zwróci (w granicach sumy ubezpieczenia) poniesione przez Ubezpieczonego koszty związane z koniecznością nabycia energii z sieci zewnętrznych przez okres przerwy w pracy, o której mowa w zdaniu poprzednim, nie dłużej jednak niż przez okres 3 miesięcy. Zwrotu dokonuje się na podstawie przedstawionych przez Ubezpieczonego rachunków.

11. O ile nie umówiono się inaczej, umowa ubezpieczenia ruchomości poza domem obejmuje zdarzenia losowe oraz ryzyko kradzieży z włamaniem i rabunku. Ubezpieczenie ruchomości poza domem obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe zaistniałe poza miejscem ubezpieczenia na terytorium Polski lub całego świata – zgodnie z wyborem dokonany przez Ubezpieczającego podczas zawierania umowy ubezpieczenia.
12. O ile nie umówiono się inaczej, umowa ubezpieczenia nagrobka obejmuje zdarzenia losowe oraz ryzyko dewastacji i kradzieży elementów nagrobka zamontowanych na stałe.
13. W granicach sumy ubezpieczenia Ubezpieczyciel odpowiada również za szkody w ubezpieczonym mieniu powstałe w skutek akcji ratowniczej tj. działania podjętego w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia w razie zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem lub ratowania zdrowia i życia Ubezpieczonego (a także osób bliskich) w miejscu ubezpieczenia, o ile działania te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne.

§ 28

W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel pokrywa również udokumentowane koszty utraty wody lub gazu oraz – o ile nie umówiono się inaczej – koszty poszukiwania i usunięcia przyczyny szkody, z wyłączeniem kosztów napraw wyposażenia instalacyjnego (pieców, bojlerów, podgrzewaczy, itp.), jeżeli jego zniszczenie lub uszkodzenie nie wynika z tego zdarzenia. Postanowienia zdania poprzedzającego nie naruszają zapisu § 17 ust. 1 i ust. 3.

§ 29

1. W umowie ubezpieczenia, której przedmiotem jest:
 - 1) dom jednorodzinny w stadium budowy wraz z elementami stałymi, narzędzia budowlane oraz materiały budowlane;
 - 2) budynki niemieszkalne i obiekty małej architektury w budowie lub na działce rekreacyjnej;
 - 3) dom letniskowy wraz z wyposażeniem,Ubezpieczyciel odpowiada za szkody powstałe w następstwie zdarzeń losowych oraz kradzieży z włamaniem lub rabunku, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Po zapłacie dodatkowej składki ochrona ubezpieczeniowa może być rozszerzona o ryzyko powodzi.
3. Ubezpieczyciel odpowiada za szkody powstałe w następstwie kradzieży z włamaniem lub rabunku, gdy dom w budowie jest w stanie surowym zamkniętym.

§ 30

W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, której przedmiotem jest wyposażenie na sumę ubezpieczenia nie niższą niż 20 000 zł, jeżeli doszło do zdarzenia, za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w ramach niniejszego OWU, a które uniemożliwia stałe dalsze użytkowanie ubezpieczonej nieruchomości zgodnie z jej przeznaczeniem lub istnieje ryzyko powiększenia szkody, Ubezpieczyciel w granicach sumy ubezpieczenia wyposażenia pokrywa również poniesione i udokumentowane przez Ubezpieczonego koszty związane z transportem i tymczasowym składowaniem ubezpieczonego wyposażenia.

Okres ubezpieczenia

§ 31

Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie szkód powstałych w następstwie powodzi rozpoczyna się najwcześniej po upływie 31 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia. Warunek wskazany w zdaniu poprzedzającym nie ma zastosowania dla drugiej i kolejnych umów ubezpieczenia zawartych z Ubezpieczycielem, dotyczących tego samego miejsca ubezpieczenia, o ile dana umowa zostanie zawarta nie później niż w ciągu 30 dni po zakończeniu okresu ubezpieczenia w poprzedniej umowie ubezpieczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 32

Ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody powstałe:

- 1) wskutek błędów konstrukcyjnych w ubezpieczonym mieniu zaistniałych zarówno na etapie projektu, jak i wykonawstwa;
- 2) wskutek systematycznego zawilgocenia pomieszczeń z powodu nieszczelności instalacji wodnej, centralnego ogrzewania, kanalizacyjnej, klimatyzacji lub niewłaściwej wentylacji pomieszczeń, w tym również kondensacji wilgoci zawartej w powietrzu na powierzchni rur lub ścian;
- 3) wskutek przenikania wód gruntowych lub cofnięcia się wody lub ścieków z urządzeń kanalizacyjnych w wyniku podniesienia poziomu wód gruntowych z wyjątkiem sytuacji, gdy było to następstwem powodzi, która była objęta ochroną ubezpieczeniową (szkody powstałe wskutek przenikania wód gruntowych w wyniku deszczu nawalnego nie są wyłączone z odpowiedzialności w ubezpieczeniu od wszystkich ryzyk (All Risk));
- 4) wskutek pęknięcia rur i wyposażenia instalacyjnego z powodu zamarznięcia wody lub innej cieczy, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie dopełnił należytej staranności w utrzymaniu odpowiedniej temperatury w pomieszczeniach;
- 5) wskutek zalania wodą pochodzącą z opadów atmosferycznych poprzez niezabezpieczone albo niezamknięte okna, drzwi lub inne otwory, jeżeli obowiązek ich zamknięcia lub zabezpieczenia należał do Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego chyba, że niedopełnienie tego obowiązku nie miało wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 6) wskutek zalania wodą pochodzącą z opadów atmosferycznych, innych niż deszcz nawalny, poprzez dach, ściany, balkony, tarasy, okna wskutek ich wadliwej konserwacji, jeżeli obowiązek ich konserwacji należał do Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego chyba, że niedopełnienie tego obowiązku nie miało wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 7) wskutek opadów atmosferycznych – w zakresie szkód w ruchomościach domowych lub ruchomościach poza domem znajdujących się na balkonach, tarasach i loggiach z wyłączeniem anten telewizyjnych i radiowych, zainstalowanych na zewnątrz budynku mieszkalnego lub mieszkania;
- 8) wskutek przemarzania elementów konstrukcyjnych budynków lub obiektów małej architektury (nie dotyczy ubezpieczenia od wszystkich ryzyk (All Risk));
- 9) wskutek zapadania się ziemi powstałego w związku z prowadzonymi robotami ziemnymi, zapadania się budynku lub nagrobka;
- 10) wskutek pokrycia graffiti ubezpieczonego budynku lub obiektu małej architektury (nie dotyczy ubezpieczenia od wszystkich ryzyk (All Risk));
- 11) wskutek wymiany lub wymontowania ubezpieczonego przedmiotu;
- 12) wskutek zadrapania, porysowania, poplamienia bądź zmiany barwy lub odprysnięcia kawałków powierzchni przedmiotu ubezpieczenia (nie dotyczy szkód powstałych wskutek graffiti w ubezpieczeniu od wszystkich ryzyk (All Risk));
- 13) wskutek dewastacji spowodowanej przez osoby trzecie, które za pozwoleniem Ubezpieczonego przebywały w miejscu ubezpieczenia;
- 14) wskutek zdarzeń zaistniałych przed okresem ubezpieczenia;
- 15) wskutek prowadzonej rozbudowy, przebudowy, montażu lub remontu wymagających ingerencji we wbudowane lub zamontowane na stałe instalacje lub elementy nośne układu konstrukcyjnego lub dachu;
- 16) w stałych elementach zamontowanych w częściach wspólnych budynków, w których jest więcej niż siedem lokali oraz w ruchomościach domowych zgromadzonych w pomieszczeniach znajdujących się w częściach wspólnych nieruchomości;
- 17) wskutek upadku drzewa w wyniku jego wycinania lub przycinania przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego bez pozwolenia, o ile takie pozwolenie jest wymagane przepisami prawa;
- 18) wskutek upadku masztu spowodowanego jego niekonserwowaniem lub jego nienależytym konserwowaniem, jeżeli obowiązek jego konserwacji należał do Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, chyba że niedopełnienie tego obowiązku nie miało wpływu na zaistnienie wypadku ubezpieczeniowego;

- 19) wskutek wydostania się wody z nieszczelnych lub pękniętych akwariów i terrariów oraz łózek wodnych (nie dotyczy ubezpieczenia od wszystkich ryzyk (All Risk));
- 20) wskutek nieprawidłowej pielęgnacji, przemarzania, usychania, działania czynników biologicznych lub chemicznych na rośliny objęte ubezpieczeniem;
- 21) wskutek zużycia, eksploatacji lub starzenia się mienia objętego ubezpieczeniem;
- 22) wskutek kradzieży z włamaniem, jeżeli z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego dom jednorodzinny, mieszkanie, dom w stadium budowy, dom letniskowy, zabudowany taras lub zabudowany balkon nie były należycie zabezpieczone zgodnie z umową ubezpieczenia, w tym stosownie do § 39, chyba że nie miało to wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, a w razie rażącego niedbalstwa również wtedy, gdy zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności; z zastrzeżeniem w zakresie rażącego niedbalstwa postanowień § 27 ust. 3 dotyczącego ubezpieczenia od wszystkich ryzyk (All Risk);
- 23) wskutek oddziaływania wilgoci lub niskich temperatur na zewnętrzne elementy oraz elementy wyposażenia posesji (wyłączeniem nie są objęte szkody powstałe w skutek pękania mrozowego elementów konstrukcyjnych oraz instalacji zewnętrznych znajdujących się na posesji domu jednorodzinnego w wariancie ubezpieczenia od wszystkich ryzyk (All Risk).

§ 33

1. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte następujące ruchomości domowe:
 - 1) rękopisy i dokumenty inne niż dowód osobisty, legitymacja szkolna/ studencka/ emeryta/ rencisty, paszport, prawo jazdy, dowód rejestracyjny, karty płatnicze i kredytowe;
 - 2) metale szlachetne w złomie i sztabach;
 - 3) nieoprawione kamienie szlachetne i syntetyczne nie stanowiące wyrobu użytkowego;
 - 4) dane i dokumenty przechowywane w jednostkach centralnych komputerów i wymiennych nośnikach danych;
 - 5) ruchomości domowe znajdujące się w domach jednorodzinnych w stadium budowy oraz domach letniskowych w stadium budowy;
 - 6) pojazdy silnikowe (nie dotyczy elektrycznych wózków inwalidzkich oraz rowerów z pomocniczym napędem elektrycznym o znamionowej mocy ciągłej nie większej niż 250 W), przyczepy, łodzie motorowe, skutery wodne;
 - 7) rośliny i zwierzęta utrzymywane w celach hodowlanych lub handlowych;
 - 8) żywność lub leki, które uległy rozmrożeniu lub zepsuciu w wyniku przerwy w dostawie prądu, awarii urządzeń gospodarstwa domowego lub niewłaściwego przechowywania.
2. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte następujące ruchomości domowe lub ruchomości poza domem, które uległy uszkodzeniu jedynie przez zadrapanie lub porysowanie, stłuczenie lub pęknięcie elementów stanowiących ich część (nie dotyczy ryzyka dewastacji): sprzęt elektryczny lub elektroniczny, audiowizualny, komputerowy, fotograficzny, optyczny, nośniki danych i urządzenia gospodarstwa domowego, biżuteria (w tym zegarki), instrumenty muzyczne, okulary, artykuły piśmiennicze, kamienie szlachetne, zastawy kuchenne oraz stołowe, a także szyby, przedmioty szklane i płyty kamienne nie będące elementami stałymi lub takie, które nie zostały zamontowane bądź zainstalowane w miejscu ubezpieczenia. Wyłączenie to nie ma zastosowania w sytuacji uszkodzeń, które zgodnie z opinią techniczną powodują utratę podstawowych funkcji wyżej wymienionych ruchomości domowych, a także uszkodzeń ceramicznych, szklanych i indukcyjnych płyt grzewczych oraz szyb frontowych piekarnika lub kucharki mikrofalowej.
3. Ubezpieczyciel nie odpowiada ponadto za szkody:
 - 1) w tymczasowych obiektach budowlanych, tj. obiektach budowlanych przeznaczonych do czasowego użytkowania w okresie krótszym od okresu ich trwałości technicznej i przewidzianych do przeniesienia w inne miejsce, a także w obiektach budowlanych niepotoczonych trwale z gruntem oraz obiektach takich jak kontenery, szopy, kioski, tunele foliowe, szklarnie oraz w mieniu w nich zgromadzonym;

- 2) w obiektach budowlanych przeznaczonych do rozbiórki oraz mieniu w nich zgromadzonym;
 - 3) obiektach budowlanych wybudowanych bez wymagalnych zezwoleń oraz mieniu w nich zgromadzonym;
 - 4) w obiektach budowlanych oraz mieniu w nich zgromadzonym powstałe na skutek powodzi, jeżeli w miejscu ubezpieczenia powódź wystąpiła w ciągu 10 lat przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
 - 5) w budynkach o konstrukcji palnej, tj. budynkach posiadających ściany wykonane w całości lub części z drewna i materiałów drewnopochodnych (chyba, że umówiono się inaczej) lub pokrycie dachowe wykonane z materiałów palnych: drewnianych gontów, trzciny lub słomy oraz mieniu w nich zgromadzonym (nie dotyczy domu letniskowego oraz budynków niemieszkalnych na posesji domu letniskowego);
 - 6) w budynkach wchodzących w skład gospodarstwa rolnego, dla których istnieje ustawowy obowiązek ubezpieczenia od ognia i innych zdarzeń losowych (nie dotyczy stałych elementów i ruchomości domowych w domu jednorodzinnym wchodzącym w skład gospodarstwa rolnego);
 - 7) w mieniu, jeżeli w miejscu ubezpieczenia w czasie zdarzenia ubezpieczeniowego prowadzony jest handel hurtowy lub produkcja, handel chemikaliami lub paliwami, lakiernictwo, stolarstwo, sprzedaż lub naprawa samochodów;
 - 8) w przypadku gdy miejsce ubezpieczenia w chwili szkody pozostawało niezamieszkałe lub nieużytkowane dłużej niż 3 miesiące – w odniesieniu do mieszkania, domu jednorodzinnego oraz w odniesieniu do budynku niemieszkalnego, jak też zgromadzonego w nich mienia; przez użytkowanie miejsca ubezpieczenia w rozumieniu niniejszego postanowienia należy rozumieć stałe korzystanie z niego w sposób umożliwiający nadzór nad nim;
 - 9) w pieniądzu i środkach płatniczych innych niż karty płatnicze i kredytowe, papierach wartościowych, przedmiotach ze srebra, złota i platyny, znaczkach filatelistycznych, biżuterii (w tym zegarkach) – polegające na ich zaginięciu w czasie akcji ratowniczej;
 - 10) w narzędziach i materiałach budowlanych, instalacyjnych, elektrycznych – powstałe wskutek składowania lub użycia niezgodnego z zaleceniami producenta;
 - 11) w ruchomościach domowych znajdujących się poza budynkami na posesji, niezabudowanych balkonach, loggiach, tarasach oraz miejscach ogólnodostępnych (nie dotyczy ubezpieczenia ruchomości domowych poza domem);
 - 12) w budynkach i mieszkaniach w całości lub w części przekraczającej co najmniej 50% ich powierzchni całkowitej przeznaczonych do wykonywania działalności gospodarczej, które nie zostały objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie indywidualnych uzgodnień w Umowie ubezpieczenia po poinformowaniu Ubezpieczyciela o prowadzeniu w nich działalności gospodarczej zgodnie z § 24 ust. 2 oraz w zgromadzonym w nich mieniu;
 - 13) w budynkach i mieszkaniach w całości lub w części przeznaczonych pod najem krótkoterminowy, tj. do 30 dni oraz w zgromadzonym w nich mieniu, chyba że umówiono się inaczej;
 - 14) w obiektach sezonowych, tj. budynkach wykorzystywanych do pobytu sezonowego w domach jednorodzinnych lub mieszkaniach opuszczonych, nieużytkowanych, pustostanach oraz mieniu w nich zgromadzonym (nie dotyczy domów w stadium budowy oraz domów letniskowych);
 - 15) polegające na utracie środków z konta bankowego lub karty kredytowej w skutek kradzieży z włamaniem, rabunku lub przywłaszczenia kart płatniczych;
 - 16) w mieniu ruchomym znajdującym się poza miejscem ubezpieczenia, z wyjątkiem ruchomości poza domem objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach rozszerzenia ubezpieczenia mienia zgodnie z § 27 ust. 2;
 - 17) w wyniku uszkodzenia, zniszczenia lub kradzieży wyposażenia przez najemców oraz osoby trzecie, które za ich zgodą lub wiedzą znajdowały się w miejscu ubezpieczenia (nie dotyczy szkód powstałych wyniku ognia, wybuchu, zalania).
4. W przypadku gdy Ubezpieczony będący właścicielem ubezpieczonego domu jednorodzinnego lub mieszkania oddaje go do użytkowania osobie trzeciej, lecz w domu jednorodzinnym lub lokalu mieszkalnym znajduje się wyposażenie będące jego własnością,

ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje szkód powstałych w tym wyposażeniu w wyniku jego uszkodzenia, zniszczenia lub kradzieży przez tych użytkowników lub osoby trzecie, które za ich wiedzą i zgodą znajdowały się w miejscu ubezpieczenia, co jednak nie dotyczy szkód powstałych w wyniku ognia, wybuchu lub zalania.

5. W pomieszczeniach gospodarczych poza mieszkaniem, pomieszczeniach gospodarczych poza domem jednorodzinnym oraz w garażach wolno stojących, miejscach parkingowych, na balkonach, loggiach i tarasach, a także na posesji ochroną ubezpieczeniową nie są objęte następujące ruchomości domowe:
 - 1) sprzęt elektroniczny, audiowizualny, komputerowy, fotograficzny, instrumenty muzyczne;
 - 2) przedmioty ze srebra, złota i platyny, monety, biżuteria (w tym zegarki), dzieła sztuki, znaczki filatelistyczne;
 - 3) papiery wartościowe, pieniądze i środki płatnicze.
6. Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów użycia dźwigu w celu dokonania wymiany lub naprawy ubezpieczonego mienia.
7. W ramach ryzyka ubezpieczenia od kradzieży z włamaniem lub rabunku Ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody powstałe w elementach stałych budynków niemieszkalnych oraz obiektów małej architektury.
8. W ramach ryzyka ubezpieczenia od kradzieży zwykłej, kradzieży z włamaniem, rabunku lub kradzieży elementów nagrobka zamontowanych na stałe Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, jeśli nie został spełniony przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego obowiązek, o którym mowa w § 23 ust. 1.

Suma ubezpieczenia i limity odpowiedzialności

§ 34

1. Sumę ubezpieczenia ustala Ubezpieczający z Ubezpieczycielem w umowie ubezpieczenia, w pełnych tysiącach złotych, według zasad określonych w ust. 2–4 poniżej.
2. Suma ubezpieczenia dla murów, stałych elementów, ruchomości domowych, źródeł zielonej energii, ruchomości poza domem, nagrobka, obiektów małej architektury oraz mebli ogrodowych, jest ustalana według:
 - 1) wartości odtworzeniowej ubezpieczonego mienia, tj. wartości odpowiadającej kosztom przywrócenia ubezpieczonego mienia do stanu „jak nowe”, lecz nie ulepszono:
 - a) dla domów jednorodzinnych, budynków niemieszkalnych, mieszkań, obiektów małej architektury – wartości odpowiadającej kosztom naprawy lub odbudowy określona zgodnie z zasadami kalkulacji i ustalania cen robót budowlanych, elektrycznych i instalacyjnych, stosowanymi w budownictwie z uwzględnieniem dotychczasowej konstrukcji, wymiarów i standardu wykonania, przy zastosowaniu takich samych lub najbardziej zbliżonych materiałów,
 - b) dla domów jednorodzinnych w stadium budowy – wartości ustalonej z odpowiednim zastosowaniem lit. a) powyżej, powiększonej o koszt robót budowlanych, instalacyjnych, elektrycznych, planowanych do wykonania w okresie ubezpieczenia,
 - c) dla wyposażenia, źródeł zielonej energii, ruchomości poza domem, nagrobka i mebli ogrodowych – wartości odpowiadająca kosztom remontu, naprawy lub nabycia (wytworzenia) nowego przedmiotu takiego samego lub najbardziej

zbliżonego rodzaju, tej samej lub najbardziej zbliżonej marki przy uwzględnieniu przeciętnych cen i kosztów montażu i demontażu obowiązujących w regionie miejsca położenia przedmiotu ubezpieczenia;

- 2) wartości rzeczywistej ubezpieczonego mienia, tj. wartości odtworzeniowej pomniejszonej o stopień zużycia technicznego.
3. W ubezpieczeniu od kradzieży z włamaniem i rabunkiem sumę ubezpieczenia ustala Ubezpieczający w porozumieniu z Ubezpieczycielem, kierując się przewidywaną wielkością maksymalnej szkody, która może powstać wskutek jednego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową (system ubezpieczenia na pierwsze ryzyko). W ubezpieczeniu od wszystkich ryzyk (All Risk) w zakresie ryzyka kradzieży zwykłej suma ubezpieczenia jest stała.
4. Jeżeli w okresie ubezpieczenia nastąpi spadek wartości mienia będącego przedmiotem ubezpieczenia, Ubezpieczający może żądać odpowiedniego zmniejszenia sumy ubezpieczenia. Zmniejszenia sumy ubezpieczenia może z tej samej przyczyny dokonać jednostronnie Ubezpieczyciel, zawiadamiając o tym jednocześnie Ubezpieczającego.
5. Zmniejszenie sumy ubezpieczenia pociąga za sobą zmniejszenie składki począwszy od dnia pierwszego tego miesiąca, w których Ubezpieczający zażądał zmniejszenia sumy ubezpieczenia, lub w którym Ubezpieczyciel zawiadomił Ubezpieczającego o jednostronnym zmniejszeniu tej sumy.

§ 35

W umowie ubezpieczenia, której przedmiotem jest ubezpieczenie wyposażenia od wszystkich ryzyk (All Risk) lub ubezpieczenie ruchomości poza domem, w odniesieniu do szkód w sprzęcie elektronicznym, audiowizualnym, komputerowym, teleinformatycznym, telekomunikacyjnym, fotograficznym oraz instrumentach muzycznych, powstałych w wyniku upadku, potrącenia bądź przewrócenia oraz wywołanych zdarzeniami innymi niż zdarzenia losowe zdefiniowane w niniejszych OWU, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest ograniczona do 50% wysokości szkody.

§ 36

O ile nie umówiono się inaczej, w ramach sumy ubezpieczenia murów lub murów i wyposażenia obowiązują następujące limity odpowiedzialności – na każde 12 kolejnych miesięcy okresu ubezpieczenia, licząc od daty początku tego okresu:

- 1) w przypadku ubezpieczenia domu jednorodzinnego, domu w stadium budowy lub mieszkania: dla budynków niemieszkalnych – 50 000 zł (ubezpieczenie od ognia i innych zdarzeń losowych) albo 100 000 zł (ubezpieczenie od wszystkich ryzyk (All Risk));
- 2) w przypadku ubezpieczenia domu jednorodzinnego lub domu w stadium budowy: dla obiektów małej architektury – 50 000 zł (ubezpieczenie od ognia i innych zdarzeń losowych) albo 100 000 zł (ubezpieczenie od wszystkich ryzyk (All Risk));
- 3) w przypadku ubezpieczenia domu letniskowego: dla budynków niemieszkalnych – 10 000 zł, dla obiektów małej architektury – 2 000 zł.

§ 37

W ramach sum ubezpieczenia ustalonych dla danego mienia i ryzyka obowiązują następujące limity odpowiedzialności Ubezpieczyciela (na każde 12 kolejnych miesięcy okresu ubezpieczenia, licząc od daty początku tego okresu) dotyczące poszczególnych rodzajów mienia, ryzyk, kosztów oraz innych elementów wskazanych w tabeli:

Rodzaj mienia, ryzyka lub kosztów	Limit odpowiedzialności na każde 12 kolejnych miesięcy okresu ubezpieczenia, licząc od daty początku tego okresu
Sprzęt RTV, AGD, PC, FOTO, elektroniczny, audiowizualny, instrumenty muzyczne	Ubezpieczenie mienia od ognia i innych zdarzeń losowych oraz od kradzieży z włamaniem lub rabunku – 70% sumy ubezpieczenia ruchomości domowych Ubezpieczenie od wszystkich ryzyk (All Risk) – do wysokości sumy ubezpieczenia
Wyroby wykonane w całości lub części ze srebra, złota i platyny, monety, biżuteria (w tym zegarki), znaczki filatelistyczne	Ubezpieczenie mienia od ognia i innych zdarzeń losowych oraz od kradzieży z włamaniem lub rabunku – 30% sumy ubezpieczenia ruchomości domowych, nie więcej niż 20 000 zł Ubezpieczenie od wszystkich ryzyk (All Risk) – 40% sumy ubezpieczenia ruchomości domowych, nie więcej niż 30 000 zł

Rodzaj mienia, ryzyka lub kosztów	Limit odpowiedzialności na każde 12 kolejnych miesięcy okresu ubezpieczenia, licząc od daty początku tego okresu
Dzieła sztuki	Ubezpieczenie mienia od ognia i innych zdarzeń losowych oraz od kradzieży z włamaniem lub rabunku – 10% sumy ubezpieczenia ruchomości domowych Ubezpieczenie od wszystkich ryzyk (All Risk) – 40% sumy ubezpieczenia ruchomości domowych, nie więcej niż 50 000 zł
Broń z osprzętem i amunicja	10% sumy ubezpieczenia ruchomości domowych
Mienie służące do działalności gospodarczej lub zawodowej	Ubezpieczenie mienia od ognia i innych zdarzeń losowych oraz od kradzieży z włamaniem lub rabunku – 10% sumy ubezpieczenia ruchomości domowych Ubezpieczenie od wszystkich ryzyk (All Risk) – 20% sumy ubezpieczenia ruchomości domowych
Pieniądze i środki płatnicze	10% sumy ubezpieczenia ruchomości domowych, nie więcej niż 5 000 zł
Papiery wartościowe	Ubezpieczenie mienia od ognia i innych zdarzeń losowych oraz od kradzieży z włamaniem lub rabunku – 5% sumy ubezpieczenia ruchomości domowych Ubezpieczenie od wszystkich ryzyk (All Risk) – 10% sumy ubezpieczenia ruchomości domowych
Ruchomości domowe w czasowym posiadaniu Ubezpieczonego, które Ubezpieczony zobowiązany będzie zwrócić osobie trzeciej	25% sumy ubezpieczenia ruchomości domowych
Zwierzęta i rośliny, a dla wariantu ubezpieczenie mienia od wszystkich ryzyk (All Risk) również roślinność ogrodowa na posesji	Ubezpieczenie mienia od ognia i innych zdarzeń losowych oraz od kradzieży z włamaniem lub rabunku – 10% sumy ubezpieczenia ruchomości domowych Ubezpieczenie od wszystkich ryzyk (All Risk) – 20% sumy ubezpieczenia ruchomości domowych
Szyby i elementy szklane od stłuczenia	Ubezpieczenie mienia od ognia i innych zdarzeń losowych oraz od kradzieży z włamaniem lub rabunku – 10% sumy ubezpieczenia ruchomości domowych Ubezpieczenie od wszystkich ryzyk (All Risk) – 20% sumy ubezpieczenia ruchomości domowych
Ruchomości domowe w pomieszczeniach gospodarczych poza mieszkaniem lub domem jednorodzinny oraz w garażu wolno stojącym	Ubezpieczenie mienia od ognia i innych zdarzeń losowych oraz od kradzieży z włamaniem lub rabunku – 20% sumy ubezpieczenia ruchomości domowych Ubezpieczenie od wszystkich ryzyk (All Risk) – 30% sumy ubezpieczenia ruchomości domowych
Rzeczy osobiste gości	1 000 zł
Budynki niemieszkalne	Ubezpieczenie mienia od ognia i innych zdarzeń losowych oraz od kradzieży z włamaniem lub rabunku – 50 000 zł Ubezpieczenie od wszystkich ryzyk (All Risk) – 100 000 zł
Obiekty architektury małej	Ubezpieczenie mienia od ognia i innych zdarzeń losowych oraz od kradzieży z włamaniem lub rabunku – 50 000 zł Ubezpieczenie od wszystkich ryzyk (All Risk) – 100 000 zł
Budynki niemieszkalne w przypadku ubezpieczenia domu letniskowego	10 000 zł
Obiekty małej architektury w przypadku ubezpieczenia domu letniskowego	2 000 zł
Materiały budowlane wewnątrz domu jednorodzinny w budowie	15 000 zł
Narzędzia budowlane wewnątrz domu jednorodzinny w budowie	15 000 zł
Dewastacja nagrobka	20% sumy ubezpieczenia nagrobka
Koszty demontażu oraz uprzątnięcia miejsca szkody	10% sumy ubezpieczenia ustalonej dla mienia, którego dotyczy demontaż i uprzątnięcie
Koszty transportu i składowania mienia	Ubezpieczenie mienia od ognia i innych zdarzeń losowych oraz od kradzieży z włamaniem lub rabunku – 10% sumy ubezpieczenia ustalonej dla mienia, którego dotyczy transport i składowanie nie więcej niż 5 000 zł Ubezpieczenie od wszystkich ryzyk (All Risk) – 20% sumy ubezpieczenia, ustalonej dla mienia, którego dotyczy transport i składowanie nie więcej niż 10 000 zł
Przepięcia w ruchomościach domowych i elementach stałych	Ubezpieczenie mienia od ognia i innych zdarzeń losowych oraz od kradzieży z włamaniem lub rabunku – 10 000 zł Ubezpieczenie od wszystkich ryzyk (All Risk) – do sumy ubezpieczenia
Pęknięcie mroźne wewnątrz domu lub mieszkania	Ubezpieczenie mienia od ognia i innych zdarzeń losowych oraz od kradzieży z włamaniem lub rabunku – 10 000 zł Ubezpieczenie od wszystkich ryzyk (All Risk) – 20 000 zł

Rodzaj mienia, ryzyka lub kosztów	Limit odpowiedzialności na każde 12 kolejnych miesięcy okresu ubezpieczenia, licząc od daty początku tego okresu
Pękanie mrozowe elementów konstrukcyjnych i instalacji zewnętrznych w ubezpieczeniu All Risk	5 000 zł
Koszty poszukiwania i usuwania przyczyn szkody, z zastrzeżeniem, że limit nie ma zastosowania do kosztów usunięcia przyczyny szkody	Ubezpieczenie mienia od ognia i innych zdarzeń losowych oraz od kradzieży z włamaniem lub rabunku – 10 000 zł Ubezpieczenie od wszystkich ryzyk (All Risk) – 20 000 zł
Kradzież zwykła w ubezpieczeniu od wszystkich ryzyk (All Risk)	10 000 zł
Graffiti	2 500 zł
Meble ogrodowe	2 000 zł
Ruchomości poza domem – biżuteria (w tym zegarki)	2 000 zł
Ruchomości poza domem – gotówka	5% sumy ubezpieczenia ruchomości poza domem, nie więcej niż 2 000 zł
Ruchomości poza domem – sprzęt muzyczny, sprzęt komputerowy, telekomunikacyjny, sprzęt fotograficzny	50% sumy ubezpieczenia ruchomości poza domem
Koszty utraty wody i gazu	2 500 zł

Wymogi dotyczące zabezpieczenia mienia

§ 38

- Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest:
 - przestrzegać obowiązujących przepisów prawa dotyczących ochrony przeciwpożarowej;
 - przeprowadzać konserwacje i okresowe remonty w ubezpieczonym mieniu;
 - stosować środki ochronne w celu zabezpieczenia instalacji wodnych i centralnego ogrzewania przed mrozem;
 - zamknąć, opróżnić z wody i utrzymywać opróżnione instalacje wodne i centralnego ogrzewania w obiektach nieużywanych i niedozorowanych lub czasowo nieczynnych;
 - wykonywać niezwłocznie wszelkie inwestycje i naprawy niezbędne dla utrzymania stanu technicznego mienia na poziomie zapewniającym prawidłowe działanie instalacji, co najmniej w zakresie wynikającym z przepisów prawa.
- W razie naruszenia z winy umyślnej lub wskutek rażącego niedbalstwa obowiązków, o których mowa w ust. 1, Ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu. Jeżeli jednak do wyrządzenia szkody doszło wskutek rażącego niedbalstwa w zakresie wykonywania wyżej wymienionych obowiązków, odszkodowanie jest należne, jeśli zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.

§ 39

- Dom jednorodzinny, dom w budowie lub dom letniskowy oraz mieszkanie uważa się za należycie zabezpieczone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:
 - każde drzwi zewnętrzne prowadzące do domu jednorodzinnego, domu letniskowego lub mieszkania powinny być wyposażone w co najmniej:
 - jeden zamek wielozastawkowy (tj. zamek posiadający przynajmniej dwie ruchome zastawki służące do blokowania zasuwki zamka; ilość zastawek w zamku można ustalić na podstawie nacięć profilowanych w kluczu),
 - lub jeden zamek wielopunktowy (tj. zamek powodujący ryglowanie skrzydła drzwi w ościeżnicy w kilku odległych od siebie miejscach),
 - lub jeden zamek atestowany (tj. zamek lub wkładka w drzwiach zewnętrznych, posiadające w chwili zakupu atest potwierdzający ich zwiększoną odporność na włamanie),
 - bądź jeden zamek mechaniczno-elektroniczny (tj. zamek, którego uruchamianie następuje przy zastosowaniu systemu elektronicznego) oraz zamknięte na co najmniej jeden z powyżej wymienionych zamków, z zastrzeżeniem pkt 3);

- oszlone drzwi zewnętrzne prowadzące do domu jednorodzinnego, domu letniskowego lub mieszkania nie mogą być zaopatrzone w zamki, które można otworzyć bez użycia klucza przez otwór wybity w szybie;
- drzwi zewnętrzne, okna, drzwi balkonowe i tarasowe powinny znajdować się w należytym stanie technicznym i być tak umocowane, osadzone i zamknięte, żeby wyłamanie ich lub wyważenie nie było możliwe bez pozostawienia śladów stanowiących dowód użycia siły lub narzędzi;
- w ścianach i stropach nie powinno być otworów umożliwiających wydostanie przedmiotów bez włamania; nie dotyczy to otworów na kondygnacjach powyżej parteru (z wyjątkiem drzwi balkonowych), jeżeli nie ma do tych otworów dostępu z położonych pod nimi lub obok nich przybudówek, balkonów, tarasów, schodów lub zamontowanych na stałe drabinek;
- klucze (inne urządzenia otwierające) od zamków powinny być w wyłącznym posiadaniu Ubezpieczonego lub innej osoby uprawnionej do ich przechowywania.
- Pomieszczenie gospodarcze poza domem jednorodzinnym, domem letniskowym lub mieszkaniem uważa się za należycie zabezpieczone, jeżeli spełnione zostały łącznie warunki wymienione w ust. 1, z tym, że drzwi zewnętrzne prowadzące do pomieszczenia gospodarczego powinny być zamknięte co najmniej na jeden zamek wielozastawkowy lub kłódkę wielozastawkową.
- Garaże w domach jednorodzinnych lub domach letniskowych posiadające niezamykane przejście do części mieszkalnej uważa się za należycie zabezpieczone, jeżeli spełnione zostały warunki wymienione w ust. 1.
- Drzwi zewnętrzne prowadzące do garażu wolno stojącego powinny być zamknięte co najmniej na jeden zamek wielozastawkowy lub kłódkę wielozastawkową. Za równorzędne zamknięcie drzwi garażowych uznaje się także jeden zamek mechaniczno-elektroniczny.

Ustalenie wysokości szkody i odszkodowania

§ 40

- W przypadku wystąpienia szkody objętej odpowiedzialnością Ubezpieczyciela wysokość szkody ustalana jest zgodnie z poniższymi zasadami:
 - dla domów jednorodzinnych (w tym również w stadium budowy), domów jednorodzinnych, w których wykonano remont generalny, budynków niemieszkalnych, obiektów małej architektury:
 - według wysokości kosztów określonych w § 34 ust. 2 pkt 1) lit. a) i lit. b),
 - według wartości rzeczywistej określonej w § 34 ust. 2 pkt 2) – w odniesieniu do budynków oraz elementów stałych starszych niż 50 lat na pierwszy dzień okresu ubezpieczenia;

2) dla mieszkań:

- a) w przypadku szkody całkowitej – według wartości rynkowej, tj. wartości odpowiadającej iloczynowi powierzchni użytkowej mieszkania i przeciętnej ceny rynkowej 1 m² mieszkań w miejscowości lub dzielnicy miasta, w której jest położone mieszkanie, odniesieniu do mieszkań o podobnych parametrach, standardzie wykończenia i porównywalnym stanie technicznym,
- b) w przypadku szkody częściowej – według wysokości kosztów określonych w § 34 ust. 2 pkt 1) lit. a);

3) dla wyposażenia, źródeł zielonej energii, ruchomości poza domem, nagrobka i mebli ogrodowych – według wysokości kosztów określonych w § 34 ust. 2 pkt 1) lit. c), z zastrzeżeniem ust. 1 pkt 1) lit. b) powyżej.

2. W odniesieniu do ruchomości domowych wysokość szkody ustala się, w przypadku szkody:

- 1) w pieniądzech – według ich nominalnej wartości; pieniądze stanowiące walutę obcą, przelicza się na złote polskie według średniego kursu danej waluty ogłaszanego przez NBP, obowiązującego w dniu powstania szkody, a jeśli w dniu powstania szkody nie był ogłaszany kurs średni NBP – według ostatniego kursu ogłoszonego przed tym dniem;
- 2) w monetach – według wartości złomu, chyba że monety te stanowią prawny środek płatniczy, a ich nominalna wartość jest wyższa od wartości złomu, kiedy to za wysokość szkody przyjmuje się wówczas wartość nominalną tych monet;
- 3) w czekach – według potwierdzonej kwoty zrealizowanego czeku;
- 4) w papierach wartościowych będących przedmiotem obrotu giełdowego – według ceny giełdowej w dniu po – wstania szkody, pomniejszonej o prowizję maklerską;
- 5) w akcjach na okaziciela nie będących przedmiotem obrotu giełdowego – według wartości księgowej przypadającej na jedną akcję na dzień sporządzenia bilansu za okres obrachunkowy poprzedzający dzień powstania szkody;
- 6) w obligacjach nie będących przedmiotem obrotu giełdowego – według wartości nominalnej powiększonej o wartość oprocentowania należnego na dzień powstania szkody;
- 7) w dziełach sztuki – według wartości rynkowej z dnia zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 8) w zwierzętach – według przeciętnej wartości zwierzęcia tej samej rasy, tego samego gatunku, ustalonej na podstawie cen występujących w handlu w dniu powstania szkody, powiększonej o ewentualne koszty uśpienia z konieczności;
- 9) w roślinach – według przeciętnej wartości rośliny tego samego gatunku i odmiany oraz takiej samej lub podobnej wielkości, ustalonej na podstawie cen występujących w handlu w dniu powstania szkody.

§ 41

1. Ubezpieczyciel ustala należne odszkodowanie w kwocie odpowiadającej wysokości poniesionej szkody z uwzględnieniem zasad określonych w ust. 2.
2. Przy ustalaniu wysokości odszkodowania:
 - 1) uwzględnia się:
 - a) wartość pozostałości,
 - b) w przedmiotach stanowiących komplet lub tworzących jedną całość – ubytek wartości, jakiemu uległa całość lub komplet pod warunkiem, że nie ma możliwości rekonstrukcji całości lub kompletu przez zakup, dorobienie lub uzupełnienie utraconych elementów;
 - 2) nie uwzględnia się:
 - a) wartości naukowej, kolekcjonerskiej, artystycznej, zabytkowej czy amatorskiej ubezpieczonego mienia, z wyjątkiem dzieł sztuki,
 - b) kosztów wynikających z braku części zamiennych lub materiałów potrzebnych do przywrócenia stanu istniejącego przed szkodą z zastrzeżeniem postanowień zawartych w pkt 1) lit. b).
3. W przypadku szkody w częściach wspólnych budynków, Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie proporcjonalnie w takiej części, w jakiej Ubezpieczony ma udziału w częściach wspólnych nieruchomości.

§ 42

1. Wysokość odszkodowania ustala się na podstawie:
 - 1) ogólnodostępnych publikacji cenowych o zasięgu ogólnopolskim opracowanych przez przedsiębiorstwa wyspecjalizowane w zakresie budownictwa; ustalenie wysokości odszkodowania na podstawie powołanych publikacji następuje w przypadku:
 - a) niepodejmowania przez Ubezpieczonego odbudowy lub naprawy zniszczonego lub uszkodzonego mienia,
 - b) braku rachunków, o których mowa w pkt 2),
 - c) braku kosztorysu, o którym mowa w pkt 3);
 - 2) rachunków potwierdzających koszty odbudowy lub naprawy, przedłożonych przez Ubezpieczonego w terminie 12 miesięcy od dnia powstania szkody;
 - 3) kosztorysy odbudowy lub naprawy dokonanej przez Ubezpieczonego systemem gospodarczym, przedłożonego w terminie 12 miesięcy od dnia powstania szkody;
 - 4) ceny 1 m² powierzchni użytkowej mieszkania dla szkody całkowitej w mieszkaniu.
2. Wysokość odszkodowania ustala się na podstawie przeciętnych cen z dnia powstania szkody, z wyjątkiem szkód udokumentowanych rachunkiem odbudowy lub naprawy albo kosztorysem.
3. W przypadku utraty lub zniszczenia dzieła sztuki Ubezpieczony obowiązany jest przedstawić potwierdzenie faktu jego nabycia w postaci rachunku, faktury, paragonu lub wycenę rzeczoznawców Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa Narodowego, ekspertów domów aukcyjnych lub historyków sztuki zrzeszonych w Stowarzyszeniu Historyków Sztuki, znajdujących się na liście biegłych sądowych.
4. W przypadku utraty lub zniszczenia dokumentów tożsamości wysokość odszkodowania ustala się jako koszt wykonania duplikatów lub nowych dokumentów.

§ 43

Koszty ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów, o których mowa w § 17, łącznie z odszkodowaniem nie mogą przewyższyć sumy ubezpieczenia określonej dla zagrożonych zniszczeniem lub uszkodzeniem lub objętych akcją ratunkową poszczególnych składników mienia. Ograniczenie to nie dotyczy sytuacji, gdy wyżej wymienione koszty zostały poniesione przez Ubezpieczonego na polecenie Ubezpieczyciela.

CZĘŚĆ III UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW (NNW)

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 44

1. Przedmiotem ubezpieczenia NNW są następstwa nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczonych wskazanych w umowie ubezpieczenia, zaistniałych w okresie ubezpieczenia.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie:
 - 1) uszkodzenia ciała będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, które zostały określone w Tabeli uszkodzeń ciała NNW (dalej: Tabela), o której mowa w części X OWU;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) zwrot kosztów przekwalifikowania zawodowego będącego następstwem uszkodzenia ciała, które powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje roszczeń z tytułu:
 - 1) zadośćuczynienia za doznaną krzywdę;
 - 2) odszkodowania za poniesione straty materialne, wynikające z utraty lub uszkodzenia rzeczy należących do Ubezpieczonego;
 - 3) utraconych korzyści Ubezpieczonego.
4. Ochroną ubezpieczeniową objęte są nieszczęśliwe wypadki zaistniałe na terenie całego świata.

Suma ubezpieczenia

§ 45

Wysokość sumy ubezpieczenia określana jest podczas zawierania umowy ubezpieczenia, a następnie potwierdzona w polisie albo wnioskopolisie.

Ustalenie wysokości szkody i świadczenia

§ 46

1. Wysokość świadczenia ustalana jest po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a uszkodzeniem ciała, śmiercią Ubezpieczonego lub koniecznością przekwalifikowania zawodowego.
2. Rozmiar uszkodzenia ciała ustalany jest na podstawie Tabeli.
3. Jeśli w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia, Ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała, które jest wskazane w Tabeli, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie.
4. Świadczenie z tytułu uszkodzenia ciała zostanie wypłacone w wysokości stanowiącej taki procent sumy ubezpieczenia, jaki wynika z Tabeli dla danego rodzaju uszkodzenia ciała.
5. Jeśli wskutek nieszczęśliwego wypadku doszło do kilku uszkodzeń ciała, wówczas Ubezpieczyciel wysokość świadczenia określi w ten sposób, że zsumuje procenty sum ubezpieczenia odpowiadające poszczególnym uszkodzeniom ciała podanym w Tabeli. Wysokość tak ustalonego świadczenia nie może przekroczyć wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie albo wnioskopolisie.
6. Uszkodzenia ciała, a następnie procent sumy ubezpieczenia, o którym mowa w powyższym ustępie, Ubezpieczyciel ustali na podstawie dokumentacji medycznej. W sytuacji gdy ustalenie procentu sumy ubezpieczenia nie byłoby możliwe według zasad określonych w zdaniu poprzednim, wówczas Ubezpieczyciel ustali go na podstawie badań medycznych przeprowadzonych przez lekarza. Lekarza, o którym mowa w zdaniu poprzednim, wskazuje Ubezpieczyciel. Koszt badania pokrywa Ubezpieczyciel.
7. Jeśli w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia, Ubezpieczony zmarł, Ubezpieczyciel wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia. Dotyczy to również sytuacji, gdy śmierć będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 2 lat od dnia zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.
8. W sytuacji gdy Ubezpieczonemu zostało wypłacone świadczenie z tytułu uszkodzenia ciała, a następnie Ubezpieczony zmarł wskutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, wówczas Ubezpieczyciel wypłaci kolejne świadczenie z tytułu śmierci. Suma wypłaconego świadczenia z tytułu uszkodzenia ciała i śmierci nie może przekroczyć wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie albo wnioskopolisie.
9. Jeśli w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia, Ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała, w następstwie którego trwale utracił zdolność do wykonywania pracy zarobkowej w wykonywanym zawodzie z datą zajścia nieszczęśliwego wypadku, wówczas Ubezpieczyciel zwróci niepokryte z ubezpieczenia społecznego koszty przekwalifikowania zawodowego do wysokości 10% sumy ubezpieczenia. Zwrot kosztów przekwalifikowania zostanie dokonany pod warunkiem przedstawienia orzeczenia lekarza Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o celowości przekwalifikowania zawodowego oraz rachunków lub faktur.
10. Świadczenie z tytułu uszkodzenia ciała oraz przekwalifikowania zawodowego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
11. W przypadku śmierci Ubezpieczonego świadczenie zostanie wypłacone:
 - 1) osobie lub osobom wskazanym przez Ubezpieczonego jako uprawnione do otrzymania świadczenia;
 - 2) w przypadku braku osób wymienionych powyżej, osobom w następującej kolejności:
 - a) współmałżonkowi osoby zmarłej,
 - b) w równych częściach dzieciom osoby zmarłej, jeśli nie ma współmałżonka,
 - c) w równych częściach rodzicom osoby zmarłej, jeśli nie ma dzieci,

d) jeśli nie ma wyżej wymienionych osób – spadkobiercom osoby zmarłej, z zachowaniem warunków wskazanych w pkt 3);

- 3) spadkobiercom osób wskazanych w pkt 1) i 2), jeśli przedstawią dokument, który stwierdza nabycie spadku, oraz postanowienie sądu dotyczące działu spadku lub umowy działu spadku w zakresie dotyczącym należnego świadczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 47

Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są nieszczęśliwe wypadki:

- 1) powstałe wskutek znajdowania się Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii lub podobnie działających leków, a niezaleconych przez lekarza; musi zachodzić związek przyczynowy pomiędzy zaistniałym nieszczęśliwym wypadkiem i użyciem wyżej wymienionych substancji przez Ubezpieczonego;
- 2) powstałe wskutek usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
- 3) powstałe wskutek uprawiania przez Ubezpieczonego sportów wysokiego ryzyka;
- 4) powstałe w trakcie pełnienia przez Ubezpieczonego zasadniczej służby wojskowej;
- 5) powstałe wskutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez odpowiednich uprawnień, jeśli były one wymagane prawem, chyba że zapłata odszkodowania lub spełnienie świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności;
- 6) powstałe w czasie ruchu pojazdu, gdy nie był on dopuszczony do ruchu, a w przypadku pojazdów podlegających rejestracji – gdy w chwili zaistnienia zdarzenia pojazd nie miał ważnego badania technicznego; musi zachodzić związek przyczynowy pomiędzy zaistniałym zdarzeniem a niedopuszczeniem pojazdu do ruchu albo brakiem badania technicznego pojazdu.

CZĘŚĆ IV UBEZPIECZENIE PUPILI (PIES I KOT)

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 48

1. Przedmiotem ubezpieczenia pupili jest zdrowie i życie, a także kradzież lub zaginięcie psa lub kota wskazanego w umowie ubezpieczenia.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie:
 - 1) pokrycie kosztów leczenia uszkodzeń ciała ubezpieczonego psa lub kota będących następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia;
 - 2) pokrycie kosztów uśpienia i pochówku ubezpieczonego psa lub kota w razie ich śmierci będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia;
 - 3) pokrycie kosztów poszukiwania ubezpieczonego psa lub kota, który zaginął w okresie ubezpieczenia;
 - 4) pokrycie kosztów nabycia nowego psa lub kota, w przypadku gdy ubezpieczony pies lub kot został skradziony w okresie ubezpieczenia lub poniósł śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku w okresie ubezpieczenia.
3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
 - 1) roszczeń z tytułu zadośćuczynienia za doznaną krzywdę;
 - 2) następstw schorzeń i chorób, na które cierpi ubezpieczony pies lub kot.
4. Ochroną ubezpieczeniową objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe zaistniałe na terytorium Polski.

Suma ubezpieczenia

§ 49

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określana jest podczas zawierania umowy ubezpieczenia, a następnie potwierdzona w polisie albo wnioskopolisie.
2. W ramach sumy ubezpieczenia obowiązują następujące limity odpowiedzialności Ubezpieczyciela (na każde 12 kolejnych miesięcy okresu ubezpieczenia, licząc od daty początku tego okresu):
 - 1) pokrycie kosztów leczenia, o których mowa w § 48 ust. 2 pkt 1), nastąpi maksymalnie do 50% sumy ubezpieczenia;
 - 2) pokrycie kosztów uśpienia i pochówku, o których mowa w § 48 ust. 2 pkt 2), nastąpi maksymalnie do 20% sumy ubezpieczenia;
 - 3) pokrycie kosztów poszukiwania, o których mowa w § 48 ust. 2 pkt 3), nastąpi maksymalnie do 10% sumy ubezpieczenia;
 - 4) pokrycie kosztów nabycia nowego psa lub kota, o których mowa w § 48 ust. 2 pkt 4), nastąpi do 100% sumy ubezpieczenia.
3. Łączna wysokość świadczeń w okresie każdego kolejnych 12 miesięcy okresu ubezpieczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia.

Ustalenie wysokości szkody i świadczenia

§ 50

1. Świadczenie polegające na zwrocie kosztów leczenia, o którym mowa w § 48 ust. 2 pkt 1), zostanie wypłacone przez Ubezpieczyciela, jeśli poniesione koszty wynikają z zaleceń lekarza weterynarii i obejmują:
 - 1) udzielenie pierwszej pomocy przez lekarza weterynarii;
 - 2) pobyt w klinice weterynaryjnej, badania, zabiegi i operacje;
 - 3) nabycie niezbędnych leków i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza weterynarii.
2. Świadczenie polegające na zwrocie kosztów uśpienia i pochówku, o których mowa w § 48 ust. 2 pkt 2), zostanie wypłacone przez Ubezpieczyciela w celu pokrycia poniesionych kosztów uśpienia, utylizacji lub kremacji i pochówku ubezpieczonego psa lub kota.
3. Świadczenie polegające na zwrocie kosztów poszukiwania, o których mowa w § 48 ust. 2 pkt 3), zostanie wypłacone przez Ubezpieczyciela w celu pokrycia poniesionych kosztów wydruku materiałów ogłoszeniowych oraz publikacji ogłoszeń w lokalnej w prasie.
4. Świadczenie polegające na zwrocie kosztów nabycia nowego psa lub kota, o których mowa w § 48 ust. 2 pkt 4), zostanie wypłacone przez Ubezpieczyciela pod warunkiem, że Ubezpieczony w okresie roku od śmierci lub kradzieży ubezpieczonego psa lub kota nabył nowego psa lub kota, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W przypadku kradzieży ubezpieczonego psa lub kota zwrot kosztów nabycia nowego nastąpi pod warunkiem, że kradzież zostanie niezwłocznie zgłoszona na policję, a potwierdzenie zgłoszenia zostanie przekazane Ubezpieczycielowi.
6. Koszty nabycia nowego psa lub kota obejmują koszt jego nabycia oraz koszt zalecanych szczepień. Nie podlegają zwrotowi koszty sterylizacji, innych zabiegów weterynaryjnych oraz szkoleń.
7. Zwrot kosztów nastąpi na podstawie rachunków lub faktur.
8. Zwrotowi podlegają koszty poniesione w Polsce.
9. Świadczenia wypłacane są na rzecz Ubezpieczonego.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 51

Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są szkody:

- 1) wyrządzone umyślnie przez Ubezpieczonego lub osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
- 2) wyrządzone wskutek rażącego niedbalstwa przez Ubezpieczonego, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności;
- 3) będące następstwem wykorzystywania psa lub kota do celów naukowych, edukacyjnych oraz do prac w służbach;
- 4) będące następstwem porzucenia ubezpieczonego psa lub kota;
- 5) powstałe w następstwie uczestniczenia ubezpieczonego psa w polowaniach;

- 6) powstałe w następstwie udziału ubezpieczonego psa w walkach lub wyścigach psów.

CZĘŚĆ V

UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ W ŻYCIU PRYWATNYM

Warianty ubezpieczenia

§ 52

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w wariantach OC Standard, OC Premium, OC Inwestycji lub OC Najemcy.
2. Umowa ubezpieczenia w wariantach OC Inwestycji może zostać zawarta, gdy przedmiotem ubezpieczenia jest dom jednorodzinny w stadium budowy.
3. Umowa ubezpieczenia w wariantach OC Najemcy może zostać zawarta, jeżeli ubezpieczona nieruchomość jest wynajmowana osobom trzecim. Ubezpieczenie OC Najemcy może również stanowić rozszerzenie zakresu umowy ubezpieczenia w wariantach OC Standard lub OC Premium.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia w wariantach OC Standard

§ 53

1. Przedmiotem ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej osób fizycznych w życiu prywatnym w wariantach OC Standard jest odpowiedzialność cywilna deliktowa Ubezpieczonego, którą on ponosi na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa z tytułu użytkowania mienia objętego umową ubezpieczenia lub wykonywania czynności życia prywatnego, za szkodę rzeczową lub szkodę na osobie, wyrządzoną przez niego osobie trzeciej czynem niedozwolonym, będącą następstwem zdarzenia ubezpieczeniowego zaistniałego w okresie ubezpieczenia.
2. Zakresem ubezpieczenia objęte są szkody wyrządzone przez Ubezpieczonego nieumyślnie, w tym wskutek rażącego niedbalstwa.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje również odpowiedzialność za szkody powstałe w związku z eksploatacją przez Ubezpieczonego urządzeń domowych, a także instalacji wodnej i kanalizacyjnej, stanowiących stałe elementy, chyba, że szkoda nastąpiła wskutek siły wyższej lub działania osoby trzeciej, za którą Ubezpieczony nie ponosi odpowiedzialności.

§ 54

1. Za czynności życia prywatnego, o których mowa w § 53, uważa się wyłącznie te czynności wykonywane przez Ubezpieczonego, które podejmuje on poza swoją aktywnością zawodową, zatrudnieniem oraz prowadzeniem działalności gospodarczej:
 - 1) prowadzenie gospodarstwa domowego;
 - 2) uczestnictwo w zajęciach szkolnych w charakterze ucznia lub studenta;
 - 3) czynności związane z opieką nad niepełnoletnimi dziećmi;
 - 4) posiadanie zwierząt domowych, a także posiadanie pszczoł, jeżeli pasieka Ubezpieczonego nie liczy więcej niż pięć uli;
 - 5) amatorskie uprawianie sportu, tj. aktywność sportowa Ubezpieczonego, której celem jest odpoczynek i rozrywka;
 - 6) zatrudnianie pomocy domowej; Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za szkody rzeczowe lub szkody na osobie wyrządzone przez pomoc domową przy wykonywaniu w miejscu ubezpieczenia prac zleconych w zakresie czynności życia codziennego;
 - 7) używanie przez Ubezpieczonego innych pomieszczeń niż objęte umową ubezpieczenia, stanowiących własność lub współwłasność Ubezpieczonego lub należących do Ubezpieczonego na podstawie spółdzielczego własnościowego lub lokatorskiego prawa do lokalu albo prawa do domu jednorodzinego w spółdzielni mieszkaniowej lub do których Ubezpieczonemu przysługuje ograniczone prawo rzeczowe, jak też zajmowanych przez Ubezpieczonego na podstawie decyzji administracyjnej;

- 8) używanie przez Ubezpieczonego pomieszczeń należących do podmiotów trzecich podczas wyjazdu turystycznego trwającego nie dłużej niż 30 dni;
 - 9) posiadanie lub używanie rowerów, rowerów elektrycznych, hulajnóg, hulajnóg elektrycznych, deskorolek elektrycznych, wózków inwalidzkich, urządzeń: segway, hoverboard/monowheel;
 - 10) dbanie o stan chodnika przylegającego do ubezpieczonej posesji oraz dachu domu jednorodzinnego, o ile obowiązek utrzymania tego mienia leży po stronie Ubezpieczonego;
 - 11) pozostałe zwykłe czynności życia prywatnego, które nie są wyłączone z ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z ust. 2.
2. Za czynności życia prywatnego, o których mowa w § 53, nie uważa się:
- 1) prowadzenia przedsiębiorstwa na rachunek własny lub na rachunek osób trzecich;
 - 2) wykonywania rzemiosła lub zawodu, w tym praktycznej nauki zawodu poza siedzibą szkoły;
 - 3) pełnienia służby lub sprawowania urzędu;
 - 4) pełnienia funkcji we wszelkiego rodzaju organizacjach, zrzeszeniach oraz związkach;
 - 5) pełnienia urzędu honorowego;
 - 6) wolontariatu;
 - 7) uczestnictwa w polowaniu oraz posiadania i użytkowania broni zgodnie z Ustawą o broni i amunicji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia w wariancie OC Premium

§ 55

Przedmiot i zakres ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej osób fizycznych w życiu prywatnym w wariancie OC Premium jest taki sam jak przedmiot i zakres ubezpieczenia w wariancie OC Standard, rozszerzony dodatkowo o odpowiedzialność Ubezpieczonego za szkody powstałe w:

- 1) związku z posiadaniem i użytkowaniem sprzętu pływającego dla własnego użytku, pod warunkiem posiadania wymaganych uprawnień do korzystania z wyżej wymienionego sprzętu;
- 2) związku z jazdą konną;
- 3) związku z wyczynowym uprawianiem sportów (w ramach sekcji, klubów lub organizacji sportowych), z wyłączeniem sportów ekstremalnych wymienionych w § 60 pkt 22) oraz sportów uprawianych w celu zarobkowym;
- 4) sprzęcie sportowym, który Ubezpieczony posiadał na podstawie umowy najmu, dzierżawy, użyczenia – pod warunkiem posiadania wymaganych uprawnień do korzystania z wyżej wymienionego sprzętu, jeżeli są wymagane.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia w wariancie OC Najemcy

§ 56

1. Przedmiotem ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej osób fizycznych w życiu prywatnym w wariancie OC Najemcy jest odpowiedzialność cywilna deliktowa osób trzecich wynajmujących i zamieszkujących ubezpieczoną nieruchomość, którą oni ponoszą na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa z tytułu użytkowania powyższej nieruchomości, wyłącznie w zakresie czynności dokonywanych w miejscu ubezpieczenia, za szkodę rzeczową lub szkodę na osobie, wyrządzoną przez nich osobie trzeciej czynem niedozwolonym, będącą następstwem zdarzenia ubezpieczeniowego zaistniałego w okresie ubezpieczenia.
2. Postanowienia § 53 ust. 2 i ust. 3 stosuje się odpowiednio.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia w wariancie OC Inwestycji

§ 57

1. Przedmiotem ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej osób fizycznych w życiu prywatnym w wariancie OC Inwestycji jest odpowiedzialność cywilna deliktowa Ubezpieczonego, którą on ponosi na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa za szkodę rzeczową lub szkodę na osobie, wyrządzoną przez niego osobie trzeciej wskutek prowadzenia prac budowlanych w miejscu

ubezpieczenia, będącą następstwem zdarzenia ubezpieczeniowego zaistniałego w okresie ubezpieczenia.

2. Postanowienia § 53 ust. 2 i ust. 3 stosuje się odpowiednio.

Zdarzenie ubezpieczeniowe i franszyza

§ 58

1. Wszystkie szkody będące następstwem tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się za następstwa jednego wypadku ubezpieczeniowego niezależnie od liczby poszkodowanych i chwili powstania szkody oraz przyjmuje się, że miały miejsce w chwili powstania pierwszej szkody.
2. W przypadku szkód powstałych wskutek zniszczenia lub uszkodzenia sprzętu elektronicznego, audiowizualnego, komputerowego, fotograficznego, teleinformatycznego oraz instrumentów muzycznych należących do osób trzecich, odszkodowanie z tytułu każdej szkody pomniejszone jest o franszyzę redukcyjną w kwocie 500 zł.

Zakres terytorialny

§ 59

W zależności od wyboru Ubezpieczającego, zakres terytorialny obejmuje działania i zaniechania Ubezpieczonego:

- 1) w miejscu ubezpieczenia,
- 2) na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- 3) na terytorium Europy,
- 4) na terytorium całego świata, z wyłączeniem terytorium USA i Kanady.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 60

1. Ubezpieczeniem nie są objęte:
 - 1) szkody wyrządzone umyślnie;
 - 2) szkody spowodowane pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile miało to wpływ na powstanie lub rozmiar szkody;
 - 3) szkody powstałe w następstwie, aktów wandalizmu lub sabotażu;
 - 4) szkody wynikłe z przeniesienia jakichkolwiek chorób, w tym przez zwierzęta;
 - 5) szkody związane z promieniowaniem jonizującym, laserowym, ze skażeniem radioaktywnym oraz oddziaływaniem pola elektromagnetycznego;
 - 6) szkody powstałe wskutek oddziaływania azbestu, dioksyn, formaldehydów;
 - 7) szkody powstałe wskutek umownego przejęcia odpowiedzialności cywilnej osoby trzeciej albo wskutek rozszerzenia zakresu własnej odpowiedzialności cywilnej wynikającej z ustawy;
 - 8) szkody związane z naruszeniem praw autorskich, patentów, znaków towarowych i oznaczeń;
 - 9) szkody polegające na utracie lub uszkodzeniu pieniędzy i innych środków płatniczych, kart płatniczych, papierów wartościowych, wszelkich rodzajów dokumentów, zbiorów filatelistycznych, numizmatycznych, archiwalnych, biżuterii (w tym zegarków), dzieł sztuki, a w przypadku wariantu OC Premium wyłączenie to nie dotyczy szkód powstałych w sprzęcie sportowym, który Ubezpieczony posiadał na podstawie umowy najmu, dzierżawy lub użyczenia;
- 10) szkody w mieniu, które Ubezpieczony posiadał na podstawie umowy najmu, dzierżawy, użyczenia, przechowania, leasingu lub innego tytułu umownego, z zastrzeżeniem § 54 ust. 1 pkt 8); wyłączenie to nie dotyczy szkód powstałych w wyniku ognia, wybuchu lub zalania, a w przypadku wariantu OC Premium wyłączenie to nie dotyczy szkód powstałych w sprzęcie sportowym, który Ubezpieczony posiadał na podstawie umowy najmu, dzierżawy lub użyczenia;
- 11) szkody powstałe wskutek zagrzybienia, wibracji, stopniowego lub długotrwałego oddziaływania hałasu, temperatury, wody, gazów, oparów, pleśni, dymu lub kurzu, bakterii lub wirusów; oddziaływanie stopniowe lub długotrwałe to takie, które wpływa

na otoczenie w sposób ciągły, prowadzący do szkody, której nie można w związku z tym określić jako nagłej i niespodziewanej;

- 12) szkody objęte systemem ubezpieczeń obowiązkowych;
 - 13) szkody powstałe wskutek zalania przez wody stojące lub płynące, a także cofnięcia się cieczy w systemach kanalizacyjnych;
 - 14) szkody polegające na obowiązku zapłaty kary umownej, grzywny, odszkodowania o charakterze karnym oraz kary o charakterze pieniężnym;
 - 15) szkody związane z hodowlą zwierząt dla celów zarobkowych;
 - 16) szkody wyrządzone przez wszelkiego rodzaju wirusy komputerowe lub programy zakłócające pracę jakiegokolwiek programu, komputera, sieci, telefonu, niezależnie od przyczyn ich pojawienia się, w tym związane z dostępem i korzystaniem z Internetu;
 - 17) szkody powstałe wskutek osiadania gruntu lub osunięcia się ziemi;
 - 18) szkody powstałe w związku z uprawianiem sportów wyczynowych w ramach sekcji, klubów lub organizacji sportowych, jazdą konną, posiadaniem lub używaniem sprzętu pływającego (nie dotyczy OC Premium) – nie dotyczy sprzętu pływającego bez napędu silnikowego takiego jak: bezmasztowe łodzie wiosłowe, kajaki, tratwy, rowery wodne, pontony, deski surfingowe;
 - 19) roszczenia powstałe pomiędzy:
 - a) Ubezpieczonymi w ramach tej samej umowy ubezpieczenia, w tym w ramach OC Najemcy (nie dotyczy szkód powstałych w wyniku ognia, wybuchu lub zalania),
 - b) osobami wspólnie zamieszkującymi lub wspólnie prowadzącymi gospodarstwo domowe (nie dotyczy roszczeń za szkody powstałe w związku z posiadaniem lub używaniem środka komunikacji określonego w § 54 pkt 9), który na podstawie art. 436 kodeksu cywilnego jest mechanicznym środkiem komunikacji poruszającym za pomocą sił przyrody),
 - c) Ubezpieczonym a podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą, jeżeli Ubezpieczony jest jego właścicielem, współwłaścicielem, udziałowcem, akcjonariuszem;
 - 20) szkody wyrządzone w związku z posiadaniem zdalnie sterowanych, modeli pojazdów, statków powietrznych lub wodnych;
 - 21) czyste straty finansowe, rozumiane jako uszczerbek majątkowy niebędący szkodą rzeczową lub szkodą na osobie;
 - 22) szkody wyrządzone w związku z uprawianiem następujących sportów: alpinizmu, paralotniarstwa, szybownictwa oraz pilotowania jakichkolwiek samolotów silnikowych, wpływów sportowych oraz sportów wodnych uprawianych na rzekach górskich, nurkowania przy użyciu aparatów oddechowych, wspinaczki, sportu balonowego, skoków bungee, speleologii, bobsleju, skoków spadochronowych, sportów motorowych, kolarstwa górskiego, heliskiingu, heliboardingu, wingsuitingu, skoków akrobatycznych na nartach, narciarstwa ekstremalnego, snowboardingu ekstremalnego, jazdy na nartach wodnych oraz sportów, w których wykorzystywane są pojazdy przeznaczone do poruszania się po śniegu lub lodzie, a także uczestnictwo w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi tj. pustynia, wysokie góry (powyżej 5500 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe i tereny śnieżne wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego;
 - 23) szkody powstałe wskutek prowadzonych prac remontowych, remontowo-budowlanych oraz budowlanych a także wymiany lub remontu instalacji (nie dotyczy OC Inwestycji);
 - 24) szkody wyrządzone przez najemcę (nie dotyczy OC Najemcy);
 - 25) szkody powstałe w związku z używaniem pojazdów samochodowych i wolnobieżnych, motocykli, motorowerów, quadów, ciągników rolniczych, kosiarek traktorowych, broni, amunicji, materiałów wybuchowych, a także statków powietrznych (m.in. dronów, lotni, paralotni, motolotni).
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypłata świadczenia lub świadczenie usługi wynikającej z umowy ubezpieczenia mogłyby narazić Ubezpieczyciela na sankcje, zakazy lub restrykcje wynikające z rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub na jakiegokolwiek sankcje handlowe lub gospodarcze wynikające z prawa Unii Europejskiej, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Stanów Zjednoczonych Ameryki lub Rzeczypospolitej Polskiej.

Suma gwarancyjna i limity odpowiedzialności

§ 61

1. Określona w umowie ubezpieczenia suma gwarancyjna stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do jednego i wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych na każde 12 kolejnych miesięcy okresu ubezpieczenia, licząc od daty początku tego okresu, łącznie dla szkód rzeczowych i osobowych.
2. Suma gwarancyjna dla ubezpieczenia w wariantcie OC Najemcy wynosi 50 000 zł na jedno i na wszystkie zdarzenia na każde 12 kolejnych miesięcy okresu ubezpieczenia, licząc od daty początku tego okresu.
3. W granicach sumy gwarancyjnej Ubezpieczyciel jest obowiązany do:
 - 1) pokrycia kosztów wynagrodzenia rzeczoznawców powołanych przez Ubezpieczonego za zgodą Ubezpieczyciela w celu ustalenia okoliczności lub rozmiaru szkody;
 - 2) pokrycia niezbędnych kosztów obrony sądowej przed roszczeniem poszkodowanego, o ile Ubezpieczony koszty te poniósł na polecenie Ubezpieczyciela;
 - 3) pokrycia kosztów mediacji lub postępowania pojednawczego prowadzonego w związku ze zgłoszonymi roszczeniami odszkodowawczymi, o ile Ubezpieczyciel polecił Ubezpieczonemu prowadzenie takiej mediacji lub postępowania;
 - 4) pokrycia kosztów akcji ratowniczej.
4. Jeżeli tytułem odszkodowania za szkody na osobie przysługują poszkodowanemu zarówno świadczenia jednorazowe, jak i renty, Ubezpieczyciel zaspokaja je z obowiązującej sumy gwarancyjnej w następującej kolejności:
 - 1) świadczenie jednorazowe,
 - 2) renty czasowe,
 - 3) renty dożywotnie.

Dodatkowe koszty

§ 62

Ubezpieczyciel nie odpowiada za dodatkowe koszty wynikające z braku zgody Ubezpieczonego na zawarcie przez Ubezpieczyciela ugody z osobą poszkodowaną lub na zaspokojenie jej roszczeń.

CZĘŚĆ VI

UBEZPIECZENIE ASSISTANCE DOMOWY

Zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 63

1. Umowa ubezpieczenia assistance domowej może zostać zawarta tylko jednocześnie z umową ubezpieczenia domu jednorodzinnego, mieszkania lub wyposażenia.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w wariantcie Standard albo Premium.

Przedmiot ubezpieczenia

§ 64

1. Przedmiotem ubezpieczenia są świadczone przez Ubezpieczyciela na rzecz Ubezpieczonego następujące usługi assistance domowego:
 - 1) zorganizowanie i pokrycie kosztów pobytu zastępczego oraz transportu i dozoru mienia, o których mowa w § 65 ust. 1;
 - 2) zorganizowanie i pokrycie kosztów interwencji w miejscu ubezpieczenia, o których mowa w § 65 ust. 2–8;
 - 3) zorganizowanie świadczenia, o którym mowa w § 65 ust. 11;
 - 4) pokrycie kosztów prywatnych lekcji dziecka, o których mowa w § 65 ust. 9, 10 i 12.
2. Organizację usług assistance, o których mowa w ust. 1, zapewnia Centrum Alarmowe.

Zakres ubezpieczenia

§ 65

1. Na podstawie umowy ubezpieczenia assistance domowej, w przypadku gdy wskutek wystąpienia któregośkolwiek ze zdarzeń objętych

ochroną w ramach umowy ubezpieczenia, której przedmiotem jest dom jednorodzinny, mieszkanie lub wyposażenie, miejsce ubezpieczenia zostało uszkodzone i nie nadaje się do dalszego zamieszkania, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do:

- 1) w wariancie Premium – zorganizowania i pokrycia kosztów pobytu Ubezpieczonego w hotelu lub miejscu tymczasowego pobytu – do kwoty 1 000 zł na jedną ubezpieczoną osobę na każde 12 kolejnych miesięcy okresu ubezpieczenia, licząc od daty początku tego okresu; w wariancie Standard świadczenie to nie przysługuje;
 - 2) w wariancie Premium – zorganizowania i pokrycia kosztów transportu Ubezpieczonego wraz z podręcznym bagażem do hotelu lub miejsca tymczasowego pobytu, o którym mowa w pkt 1), i z powrotem – do kwoty 200 zł na jedną ubezpieczoną osobę na każde 12 kolejnych miesięcy okresu ubezpieczenia, licząc od daty początku tego okresu; w wariancie Standard świadczenie to nie przysługuje;
 - 3) w wariantach Standard i Premium – zorganizowania i pokrycia kosztów transportu mienia Ubezpieczonego do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – do kwoty 1 500 zł na każde 12 kolejnych miesięcy okresu ubezpieczenia, licząc od daty początku tego okresu;
 - 4) w wariantach Standard i Premium – zorganizowania i pokrycia kosztów dozoru miejsca ubezpieczenia, jeżeli zachodzi konieczność odpłatnego dozoru niezabezpieczonego mienia pod nieobecność Ubezpieczonego – do kwoty 800 zł na każde 12 kolejnych miesięcy okresu ubezpieczenia, licząc od daty początku tego okresu;
 - 5) w wariantach Standard i Premium – zorganizowania i pokrycia kosztów przechowania ocalonego mienia – do kwoty 800 zł na każde 12 kolejnych miesięcy okresu ubezpieczenia, licząc od daty początku tego okresu.
2. W przypadku gdy:
- 1) wskutek wystąpienia któregośkolwiek ze zdarzeń, objętych ochroną w ramach umowy ubezpieczenia, której przedmiotem jest dom jednorodzinny, mieszkanie lub wyposażenie, występuje realne ryzyko utraty lub uszkodzenia ubezpieczonego mienia, lub
 - 2) ma miejsce sytuacja awaryjna (z wyjątkiem awarii Sprzętu RTV, AGD, PC), w której ze względu na uszkodzenie lub zatrzasknięcie drzwi, kradzież z włamaniem lub rabunek kluczy bądź dewastację zamków w drzwiach wejściowych, konieczna jest pilna interwencja specjalisty w celu umożliwienia Ubezpieczonemu dostępu do miejsca ubezpieczenia,
- Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zorganizowania i pokrycia kosztów interwencji (dojazdu do miejsca ubezpieczenia, robocizny oraz niezbędnych materiałów i części zamiennych) specjalistów z zakresu adekwatnego do rodzaju zaistniałego zdarzenia, w zależności od potrzeb Ubezpieczonego, wynikających z użytkowania mienia objętego umową ubezpieczenia, między innymi:
- 1) ślusarza,
 - 2) elektryka,
 - 3) hydraulika,
 - 4) szklarza,
 - 5) technika urządzeń grzewczych i klimatyzacyjnych,
 - 6) dekarza,
 - 7) stolarza.
3. W wariancie Standard koszty wymienione w ust. 2 pokrywane są do kwoty 500 zł za jedną interwencję, ale nie więcej niż za 3 interwencje na każde 12 kolejnych miesięcy okresu ubezpieczenia, licząc od daty początku tego okresu. W wariancie Premium wymienione koszty pokrywane są do kwoty 800 zł na jedną interwencję, ale nie więcej niż 4 interwencje na każde 12 kolejnych miesięcy okresu ubezpieczenia, licząc od daty początku tego okresu.
4. W razie awarii Sprzętu RTV, AGD lub PC wynikającej z przyczyn wewnętrznych, uniemożliwiającej prawidłowe i zgodne z jego przeznaczeniem korzystanie, Ubezpieczyciel organizuje i pokryje koszty dojazdu odpowiedniego specjalisty mogącego wykonać naprawę wyżej wymienionego sprzętu wraz z pokryciem kosztów robocizny, zakupu części zamiennych oraz materiałów niezbędnych do wykonania naprawy. Jeśli naprawa w miejscu ubezpieczenia nie jest możliwa Ubezpieczyciel organizuje i pokryje koszty transportu

wyżej wymienionego sprzętu z miejsca ubezpieczenia do najbliższego serwisu, koszty robocizny w serwisie, koszty zakupu części zamiennych oraz materiałów niezbędnych do wykonania naprawy oraz koszty transportu z serwisu do miejsca ubezpieczenia.

5. W wariancie Standard koszty wymienione w ust. 4 pokrywane są do kwoty 500 zł za jedną interwencję, ale nie więcej niż za 2 interwencje (oddzielnie dla Sprzętu RTV i AGD) albo 1 interwencję (dla Sprzętu PC) na każde 12 kolejnych miesięcy okresu ubezpieczenia, licząc od daty początku tego okresu. W wariancie Premium koszty wymienione w ust. 4 pokrywane są do kwoty 800 zł za jedną interwencję, ale nie więcej niż za 2 interwencje (oddzielnie dla Sprzętu RTV i AGD) albo 1 interwencję (dla Sprzętu PC) na każde 12 kolejnych miesięcy okresu ubezpieczenia, licząc od daty początku tego okresu.
6. W wariancie Standard koszty wymienione w ust. 4 pokrywane są wyłącznie w razie awarii Sprzętu RTV, AGD lub PC nie starszego niż 6 lat. W wariancie Premium koszty wymienione w ust. 4 pokrywane są niezależnie od wieku Sprzętu RTV, AGD lub PC, który uległ awarii. Wiek Sprzętu RTV, AGD lub PC liczony jest odpowiednio od daty jego zakupu albo, w razie braku możliwości udokumentowania daty zakupu, od daty jego produkcji. Udokumentowanie wieku Sprzętu RTV, AGD lub PC odbywa się poprzez przedstawienie przez Ubezpieczonego dowodu zakupu, karty gwarancyjnej lub innego dokumentu potwierdzającego datę zakupu, a w przypadku braku takiej dokumentacji wiek ten jest ustalany przez wezwanego do jego naprawy usługodawcę Centrum Alarmowego.
7. W przypadku braku możliwości naprawy Sprzętu RTV, AGD lub PC Ubezpieczyciel nie zwraca kosztów wymiany sprzętu na inny.
8. W razie zagubienia przez Ubezpieczonego kluczy do miejsca ubezpieczenia Ubezpieczyciel organizuje i pokryje koszty dojazdu do miejsca ubezpieczenia oraz robocizny ślusarza, który dokona awaryjnego otwarcia i naprawy zamków lub wymiany zamków na nowe. Koszty, o których mowa w zdaniu poprzednim, zarówno w wariancie Standard, jak i Premium, pokrywane są do kwoty 600 zł za jedną interwencję, ale nie więcej niż za 1 interwencję na każde 12 kolejnych miesięcy okresu ubezpieczenia, licząc od daty początku tego okresu.
9. W wariancie Premium, jeżeli w miejscu ubezpieczenia doszło do zagnieżdżenia się os lub szerszeni, Ubezpieczyciel pokryje koszty dojazdu do miejsca ubezpieczenia oraz robocizny specjalisty zajmującego się usuwaniem gniazd os lub szerszeni. Koszty, o których mowa w zdaniu poprzednim, pokrywane są do kwoty 600 zł za jedną interwencję, ale nie więcej niż za 1 interwencję na każde 12 kolejnych miesięcy okresu ubezpieczenia, licząc od daty początku tego okresu. W wariancie Standard świadczenie to nie przysługuje.
10. W wariancie Premium, jeżeli w miejscu ubezpieczenia doszło do zagnieżdżenia się myszy lub szczurów, Ubezpieczyciel pokryje koszty dojazdu do miejsca ubezpieczenia oraz robocizny specjalisty zajmującego się deratyzacją lub dezynsekcją. Koszty, o których mowa w zdaniu poprzednim, pokrywane są do kwoty 600 zł za jedną interwencję. Świadczenie przysługuje raz na każde 12 kolejnych miesięcy okresu ubezpieczenia, licząc od daty początku tego okresu. W wariancie Standard świadczenie to nie przysługuje.
11. W wariancie Premium, na wniosek Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel może zorganizować przeprowadzenie przeglądów okresowych instalacji gazowej i elektrycznej w miejscu ubezpieczenia. Centrum Alarmowe organizuje przeprowadzenie wyżej wymienionych przeglądów w ustalonym z Ubezpieczonym terminie. Koszt przeglądu okresowego ponosi wyłącznie Ubezpieczony. W wariancie Standard świadczenie to nie przysługuje.
12. W wariancie Premium, w przypadku wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego choroby lub wypadku skutkującego minimum 7-dniową nieobecnością dziecka w szkole (potwierdzone zwolnieniem lekarskim), Ubezpieczyciel pokryje udokumentowane koszty prywatnych lekcji dziecka w miejscu ubezpieczenia (w tym korepetycji). Koszty, o których mowa w zdaniu poprzednim, pokrywane są do łącznej kwoty 500 zł za wszystkie korepetycje. Świadczenie przysługuje raz na każde 12 kolejnych miesięcy okresu ubezpieczenia, licząc od daty początku tego okresu. W wariancie Standard świadczenie to nie przysługuje.

Tabela obrazująca rodzaje usług assistance domowego przysługujących z umowy ubezpieczenia w razie zajścia poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych oraz limity dla poszczególnych rodzajów usług i świadczeń

Rodzaj świadczenia	Wariant Standard	Wariant Premium
Interwencja specjalisty • ślusarz • elektryk • hydraulik • szklarz • technik urządzeń grzewczych i klimatyzacyjnych • dekarz • stolarz	Limit na usługę assistance domowego oraz ich liczba w okresie ubezpieczenia na każde 12 kolejnych miesięcy okresu ubezpieczenia, licząc od daty początku tego okresu	
	500 zł / 3 razy	800 zł / 4 razy
Interwencja specjalisty RTV, AGD	500 zł / 2 razy	800 zł / 2 razy
Interwencja specjalisty PC	500 zł / 1 raz	800 zł / 1 raz
Ślusarz w razie zgubienia kluczy	600 zł / 1 raz	600 zł / 1 raz
Deratyzacja, dezynsekcja – myszy i szczury	–	600 zł / 1 raz
Organizacja przeglądów okresowy instalacji gazowej i elektrycznej	–	tak
Usuwanie gniazd os i szerszeni	–	600 zł / 1 raz
Prywatne lekcje dla dziecka (w tym korepetycje)	–	500 zł / 1 raz
Pobyt w hotelu lub miejscu tymczasowego pobytu	–	1 000 zł / na Ubezpieczonego
Transport do hotelu lub miejsca tymczasowego pobytu	–	200 zł / na Ubezpieczonego
Transport mienia	1 500 zł	1 500 zł
Dozór niezabezpieczonego mienia	800 zł	800 zł
Przechowanie ocalonego mienia	800 zł	800 zł

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 66

- Odpowiedzialność w zakresie jakości i sposobu wykonania usług oraz odpowiedzialność cywilną za usługi assistance, określone w § 65, zorganizowane przez Ubezpieczyciela na podstawie umowy ubezpieczenia, ponoszą każdorazowo bezpośredni usługodawcy.
- Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego przed powiadomieniem i uzyskaniem zgody Centrum Alarmowego, chyba że powiadomienie i uzyskanie zgody Centrum Alarmowego, w terminie określonym w § 20 ust. 1 nie było możliwe z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego.
- Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia, które zaszyły w związku ze szkodami powstałymi wskutek przenikania wód gruntowych.
- Z zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela polegającej na świadczeniu usług, o których mowa w § 64 ust. 2, 4, 8 i ust. 11 wyłączone są:
 - usługi elektryka świadczone w związku z uszkodzeniami żarówek i bezpieczników;
 - usługi świadczone w związku z uszkodzeniami znajdujących się poza ubezpieczonym mieszkaniem lub budynkiem mieszkalnym podziemnych rur instalacji kanalizacyjnych, gazowych i wodociągowych oraz podziemnych linii energetycznych oraz wszystkich tych instalacji, za naprawę lub konserwację których odpowiada administracja budynku, w którym znajduje się ubezpieczone mieszkanie lub właściwe służby pogotowia technicznego, wodno-kanalizacyjnego, gazowego lub energetycznego;
 - usługi związane z uszkodzeniami lub awarią maszyn i urządzeń służących do prowadzenia działalności gospodarczej oraz ich podłączenia do sieci elektrycznej i wodno-kanalizacyjnej;
 - usługi związane ze zdarzeniami polegającymi na utracie danych lub oprogramowania sprzętu (wyłączenie nie dotyczy systemów operacyjnych niezbędnych do użytkowania sprzętu);
 - usługi związane z nieprawidłowym działaniem oprogramowania komputerowego, w tym wyrządzone przez wirusy komputerowe lub programy zakłócające pracę jakiegokolwiek programu, kom-

putera, sieci, telefonu, niezależnie od przyczyn ich pojawienia się, w tym związane z dostępem i korzystaniem z Internetu;

- usługi związane z uszkodzeniami mienia, o istnieniu których Ubezpieczający lub Ubezpieczony wiedział przed zawarciem umowy ubezpieczenia assistance;
- usługi do wykonania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

CZĘŚĆ VII

UBEZPIECZENIE POMOC MEDYCZNA 24

Zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 67

- Umowa ubezpieczenia Pomoc Medyczna 24 może zostać zawarta tylko jednocześnie z umową ubezpieczenia domu jednorodzinnego, domu w budowie, mieszkania lub wyposażenia od ognia i innych zdarzeń losowych oraz od kradzieży z włamaniem i rabunku albo od wszystkich ryzyk (All Risk).
- Umowa ubezpieczenia Pomoc Medyczna 24 ulega rozwiązaniu nie później niż z chwilą rozwiązania zawartej z Ubezpieczycielem umowy ubezpieczenia mienia, o której mowa w ust. 1.

Przedmiot, zakres oraz limity ubezpieczenia

§ 68

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje świadczenie usług Pomocy Medycznej 24 na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, które są wymagane w związku z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonego.
- Rodzaje świadczeń przysługujących z umowy ubezpieczenia w razie zajścia poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych oraz limity dla poszczególnych rodzajów usług i świadczeń określa poniższa tabela.

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Rodzaj świadczenia	Limit na zdarzenie oraz liczba interwencji w okresie ubezpieczenia na każde 12 kolejnych miesięcy okresu ubezpieczenia, licząc od daty początku tego okresu
Uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia Ubezpieczonego w wyniku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku na terytorium RP	Wizyta lekarza pierwszego kontaktu (domowa lub w placówce medycznej) – w przypadku dorosłych Ubezpieczonych	500 zł / 2 razy
	Wizyta pediatry (domowa lub w placówce medycznej) w przypadku Ubezpieczonych będących dziećmi	500 zł / 2 razy
	Wizyta pielęgniarki	400 zł / 2 razy
	Transport Ubezpieczonego do placówki medycznej na wizytę u lekarza pierwszego kontaktu	200 zł / 2 razy
	Opieka pielęgniarska po hospitalizacji	48h / 2 razy
	Usługa dostawy leków i drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego	400 zł / 2 razy
	Transport medyczny	2 000 zł (na wszelkie transporty dla jednego zdarzenia) / 2 razy
	Organizacja procesu rehabilitacji	2 razy
	Pomoc psychologa	500 zł / 10 razy
	Organizacja hospitalizacji	2 razy
Uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terytorium RP	Badania diagnostyczne	400 zł / 2 razy
Na życzenie Ubezpieczonego	Przekazywanie niezbędnych informacji	bez limitu
	Organizacja wizyty u lekarza specjalisty	2 razy
	Infolinia medyczna	bez limitu

Szczegółowy opis świadczeń

§ 69

- 1) Z uwagi na charakter świadczeń, który jest opisany w ust. 2 i ust. 3 poniżej, Centrum Alarmowe nie organizuje świadczeń pomocy medycznej w sytuacji, gdy zgodnie z wiedzą medyczną zachodzi bezpośrednie zagrożenie zdrowia i życia Ubezpieczonego, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego.
- 2) Wskazane w tabeli usługi Pomocy Medycznej 24 polegają na wykonaniu następujących czynności w przypadku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania:
 - 1) wizyta lekarza pierwszego kontaktu – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium lekarza pierwszego kontaktu za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub organizuje i pokrywa koszty wizyty lekarskiej w najbliższej placówce medycznej;
 - 2) wizyta pediatry – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania dziecko Ubezpieczonego potrzebuje konsultacji lekarskiej, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty wizyty lekarza pediatry w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub w najbliższej placówce medycznej;
 - 3) wizyta pielęgniarki – Centrum Alarmowe na zlecenie lekarza prowadzącego organizuje i pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz pokrywa jej honorarium;
 - 4) transport Ubezpieczonego do placówki medycznej na wizytę u lekarza pierwszego kontaktu – w przypadku organizacji wizyty lekarskiej w najbliższej placówce medycznej, o której mowa w pkt 1), Centrum Alarmowe na życzenie Ubezpieczonego organizuje również transport do placówki medycznej i pokrywa jego koszty;
 - 5) opieka pielęgniarska po hospitalizacji – jeżeli po zakończeniu hospitalizacji trwającej co najmniej 7 dni, lekarz prowadzący stwierdzi, że uzasadniona jest pomoc pielęgniarska w miejscu

zamieszkania Ubezpieczonego, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokrywa koszty opieki pielęgniarskiej;

- 6) dostawa leków i drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty dostarczenia leków i drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, w sytuacji gdy jego stan zdrowia wymaga leżenia lub rehabilitacji; koszty zakupionych leków oraz wypożyczenia lub zakupu sprzętu pokrywane są przez Ubezpieczonego;
- 7) transport medyczny – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego:
 - a) z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego do najbliższej placówki medycznej,
 - b) ze szpitala do szpitala, jeśli placówka medyczna w której przebywa Ubezpieczony nie może zapewnić mu wymaganej opieki, bądź gdy skierowany jest on na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny,
 - c) z placówki medycznej do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, jeśli pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 5 dni;
- 8) organizacja rehabilitacji – jeżeli zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego Ubezpieczony wymaga rehabilitacji w miejscu zamieszkania lub stacjonarnej placówce rehabilitacyjnej, Centrum Alarmowe organizuje wizytę specjalisty fizyioterapeuty w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub organizuje transport oraz wizytę w poradni rehabilitacyjnej; koszty transportu oraz rehabilitacji ponosi Ubezpieczony;
- 9) pomoc psychologa – jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania Ubezpieczonego, będzie zalecana przez lekarza prowadzącego porada psychologa, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty wizyty oraz honorarium psychologa;
- 10) organizacja hospitalizacji – na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza prowadzącego Centrum Alarmowe wskazuje

je placówki szpitalne, w których możliwa jest kontynuacja leczenia wraz z dostępnymi terminami.

3. Wskazane w tabeli usługi Pomocy Medycznej 24 w postaci badań diagnostycznych polegają na zorganizowaniu i pokryciu przez Centrum Alarmowe kosztów badań radiologicznych, laboratoryjnych, ultrasonograficznych, innych badań z zakresu diagnostyki obrazowej, w tym rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej, jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego niezbędne jest przeprowadzenie badań diagnostycznych w oparciu o pisemne zalecenia lekarza prowadzącego.

4. Wskazane w tabeli usługi Pomocy Medycznej 24 świadczone na życzenie Ubezpieczonego polegają na wykonaniu następujących czynności:

- 1) przekazywanie niezbędnych informacji – na życzenie Ubezpieczonego Centrum Alarmowe przekazuje informacje o zaistniałym zdarzeniu rodzinie oraz pracodawcy Ubezpieczonego oraz za jego zgodą przekazuje ważne informacje o stanie zdrowia Ubezpieczonego osobie wskazanej przez niego;
- 2) organizacja wizyty u lekarza specjalisty – w przypadku otrzymania od lekarza badającego Ubezpieczonego po wypadku zalecenia wizyty u lekarza specjalisty, Centrum Alarmowe organizuje taką wizytę; koszty wizyty pokrywa Ubezpieczony;
- 3) infolinia medyczna – na życzenie Centrum Alarmowe zapewni możliwość rozmowy telefonicznej z lekarzem, który udzieli Ubezpieczonemu wskazówek co do dalszego postępowania. Ponadto Centrum Alarmowe udostępni mu następujące informacje:
 - a) baza danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów,
 - b) baza danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - c) baza danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych,
 - d) baza danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych),
 - e) baza danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju,
 - f) baza danych placówek opieki społecznej,
 - g) baza danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - h) działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyfiki danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
 - i) informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
 - j) informacja medyczna o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
 - k) informacja farmaceutyczna o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
 - l) informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach: bezglutenowej, bogatoresztkowej, cukrzycowej, ubogobiałkowej, bogatobiałkowej, niskocholesterolowej, niskokalorycznej, redukcyjnej, wątrobowej, wrzodowej,
 - m) informacja o grupach wsparcia i telefonach zaufania w Polsce dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, samotnych matek, cierpiących na określone schorzenia lub dotkniętych: narkomanią, alkoholizmem, nikotynizmem, przemocą domową, chorobą nowotworową, cukrzycą, otyłością, anoreksją, bulimią, depresją,
 - n) informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
 - o) informacja o ciąży: objawy ciąży, badania, zagrożenia, przesady, dieta: przed, w trakcie ciąży i po porodzie, tabela dietetyczna,

- p) informacje dla młodych matek dotyczące pielęgnacji niemowląt,
- q) informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy,
- r) instrukcja przygotowania do zabiegów i badań medycznych: gastroskopia, kolonoskopia, koronografia, rezonans magnetyczny, ultrasonografia, wlew doodbytniczy.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 70

1. Z zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są:
 - 1) koszty świadczeń medycznych poniesione poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) koszty poniesione samodzielnie przez Ubezpieczonego, z wyjątkiem sytuacji gdy Ubezpieczony nie skontaktował się z Centrum Alarmowym z powodu siły wyższej.
2. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzeń powstałych w następie:
 - 1) wypadków wynikających z brania udziału w zakładach, występach lub bójkach, z wyjątkiem działania w obronie koniecznej lub w stanie wyższej konieczności;
 - 2) pozostawiania Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu lub po zażyciu narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii), chyba że nie miało to wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) leczenia przez lekarza będącego członkiem rodziny Ubezpieczonego;
 - 4) szkód wyrządzonych Ubezpieczonemu przez członków jego rodziny lub inne osoby ubezpieczone w ramach tej samej umowy ubezpieczenia.

CZĘŚĆ VIII

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 71

Ubezpieczyciel jest uprawniony do żądania – przed zawarciem, umowy ubezpieczenia, a także w czasie likwidacji szkody – wglądu do księgi wieczystej, dokumentów stwierdzających źródło pochodzenia i podstawę nabycia mienia, a także do innych dokumentów niezbędnych do zawarcia umowy ubezpieczenia lub jej należytego wykonania (np. faktura zakupu, umowa sprzedaży, dokumenty potwierdzające zamontowanie zabezpieczeń antywłamaniowych wymaganych przy zawieraniu umowy ubezpieczenia).

§ 72

1. Ubezpieczyciel ma prawo do zaproponowania Ubezpieczającemu zawarcia umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia, zgodnie z procedurą opisaną w ust. 2 – ust. 5 poniżej.
2. Ubezpieczyciel może przestać Ubezpieczającemu, przed upływem okresu, na jaki została zawarta dotychczas obowiązująca umowa ubezpieczenia, propozycję umowy ubezpieczenia na kolejny okres ochrony, zawierającą w szczególności:
 - 1) nową wysokość składki, wyliczoną na zasadach określonych w niniejszych OWU;
 - 2) termin płatności składki;
 - 3) informację na temat proponowanej przez Ubezpieczyciela sumy ubezpieczenia;
 - 4) informacje dotyczące ryzyka ubezpieczeniowego związane z nową umową ubezpieczenia, wynikające z oświadczeń złożonych przez Ubezpieczającego przy zawieraniu pierwszej umowy ubezpieczenia oraz danych dotyczących tego ryzyka uzyskanych przez Ubezpieczyciela w toku wykonywania dotychczas obowiązującej umowy ubezpieczenia lub umów ubezpieczenia.
3. Umowa ubezpieczenia na warunkach określonych w propozycji umowy ubezpieczenia przesłanej przez Ubezpieczyciela Ubezpieczającemu zgodnie z ust. 2 zostanie zawarta w dniu, w którym Ubezpieczający zapłacił składkę lub jej pierwszą ratę w wysokości

wskazanej w propozycji umowy ubezpieczenia pod warunkiem, iż składka ta została zapłacona w terminie nie późniejszym niż wskazany w propozycji umowy ubezpieczenia.

4. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w trybie wskazanym w ust. 3 Ubezpieczyciel wystawia i doręcza Ubezpieczającemu polisę potwierdzającą zawarcie nowej umowy ubezpieczenia.
5. Ubezpieczający, opłacając składkę w wysokości zgodnej z propozycją umowy ubezpieczenia, potwierdza prawdziwość wszystkich informacji dotyczących ryzyka ubezpieczeniowego wskazanych w ust. 2 pkt 4) i przedstawionych przez Ubezpieczyciela w propozycji umowy ubezpieczenia, przesłanej przez Ubezpieczyciela Ubezpieczającemu zgodnie z ust. 2.

§ 73

1. W każdym przypadku osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub osobą uprawnioną z Umowy Ubezpieczenia, a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamację.
2. W przypadku osób fizycznych o których mowa w ust. 1 za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Ubezpieczyciela jako podmiotu rynku finansowego zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, z wyjątkiem wystąpień składanych przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
3. W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej o których mowa w ust. 1 za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Ubezpieczyciela, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, z wyjątkiem wystąpień dotyczących brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
4. Reklamację można składać do Ubezpieczyciela w następujący sposób:
 - 1) w postaci elektronicznej poprzez formularz na stronie unika.pl/reklamacje;
 - 2) ustnie:
 - a) telefonicznie pod numerem naszej infolinii +48 22 599 95 22,
 - b) osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie;
 - 3) na piśmie:
 - a) osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie,
 - b) przesyłką pocztową na adres: 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51,
 - c) na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w ustawie z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych jako rejestru publicznego prowadzonego przez ministra właściwego do spraw informatyzacji.
5. Reklamacja może być również złożona w każdej jednostce Ubezpieczyciela obsługującej Klientów.
6. Odpowiedź Ubezpieczyciela na reklamację zostanie udzielona na piśmie albo w przypadku reklamacji wniesionej przez osobę fizyczną – pocztą elektroniczną, jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, Ubezpieczyciel potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
7. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.

8. W przypadku gdy Ubezpieczyciel nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, w przypadku osoby prawnej lub spółki nieposiadającej osobowości prawnej – firmę, adres do korespondencji, adres e-mail (w przypadku wyboru takiej formy kontaktu).
9. Odpowiedzi na reklamację Ubezpieczyciel udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
10. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Ubezpieczyciel 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.
11. Jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Ubezpieczyciela wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, a ponadto może wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Ubezpieczycielowi, tj. UNIQA TU S.A. wg właściwości określonej w § 74 ust. 4.
12. Podmioty, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami ust. 1–3 przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażaleń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ust. 4–9 i § 74 ust. 5, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Ubezpieczyciel w tym terminie poinformuje osobę składającą skargę lub zażalenie o przyczynie niemożności ich rozpatrzenia, i w takim przypadku odpowiedź na skargę lub zażalenie zostanie udzielona nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

§ 74

1. Wszelkie zawiadomienia, oświadczenia i wyjaśnienia związane z umową ubezpieczenia mogą być skutecznie dokonywane drogą pisemną lub elektroniczną oraz w rozmowie telefonicznej. Są one rejestrowane i archiwizowane przez Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczony i Ubezpieczający jest zobowiązany do informowania Ubezpieczyciela o każdej zmianie swojego adresu, natomiast Ubezpieczyciel zamieszcza informację o swoim aktualnym adresie w piśmie wysyłanych do Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.
3. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich Ubezpieczyciel informuje, że podmiotem uprawnionym dla Ubezpieczyciela 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).
4. Spory wynikające z umów ubezpieczenia rozpatrują sądy powszechne właściwe albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo sądy właściwe dla siedziby lub miejsca zamieszkania Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
5. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
6. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.

§ 75

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 4/13/09/2022 z 13 września 2022 r.

CZĘŚĆ IX OBOWIĄZKI INFORMACYJNE

Działając na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. informuje, że:

- 1) UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (zwana dalej: UNIQA TU) ma siedzibę w Warszawie, przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa, i jest wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000271543. UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. uzyskała zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej oraz działalności reasekuracyjnej decyzją Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 19.12.2006 r. nr NU/DPL/401/41/58/06/WR oraz decyzją Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 19.08.2009 r. nr DNS/602/121/17/08/09/RC. UNIQA TU jest Ubezpieczycielem i Pośrednikiem Kredytowym wpisanym do rejestru pośredników kredytowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego.

- 2) Składka ubezpieczeniowa, która powinna zostać zapłacona UNIQA TU, wyliczana jest bądź przez Doradcę UNIQA TU w trakcie rozmowy telefonicznej, Agenta Ubezpieczeniowego UNIQA TU, bądź we własnym zakresie z wykorzystaniem kalkulatora dostępnego na stronie internetowej UNIQA TU www.uniqa.pl. Składka wyliczana jest w oparciu o deklarację ryzyka, a w szczególności w oparciu o informacje przekazane we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz zgodnie z taryfą, z uwzględnieniem aktualnych promocji.
- 3) Składka opłacana jest jednorazowo lub w ratach. Składkę należy opłacić w terminie i w sposób ustalony przy składaniu wniosku o zawarcie umowy. Informacja o wysokości składki ustalona w trakcie rozmowy z Doradcą UNIQA TU, Agentem Ubezpieczeniowym UNIQA TU lub wyliczona przy użyciu kalkulatora dostępnego na stronie internetowej www.uniqa.pl jest aktualna do dnia wskazanego podczas zawarcia umowy ubezpieczenia jako dzień zapłaty składki lub jej pierwszej raty, o ile do tego czasu nie nastąpiły istotne zmiany wpływające na szacowanie ryzyka w zakresie danych podanych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- 4) Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres wskazany w polisie albo wnioskopolisie, w którym to okresie UNIQA TU, w zamian za zapłacenie składki, zapewnia ochronę ubezpieczeniową w zakresie wynikającym z zawartej umowy.
- 5) Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni bez podania jakiegokolwiek przyczyny. Termin ten liczony jest od dnia poinformowania Ubezpieczającego o zawarciu umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 3 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Aby skorzystać z prawa odstąpienia Ubezpieczający musi poinformować UNIQA TU o swojej decyzji bezpośrednio, składając pisemnie oświadczenie o odstąpieniu i przesyłając je na adres: UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa (telefon kontaktowy 22 599 95 22). Aby zachować termin do odstąpienia od ubezpieczenia wystarczy, że informacja dotycząca wykonania przysługującego prawa odstąpienia od ubezpieczenia zostanie wysłana przed upływem terminu odstąpienia od ubezpieczenia.
- 6) Koszt połączenia z numerami infolinii UNIQA TU (+48 22 599 95 22 lub +48 22 444 70 00) jest ponoszony przez dzwoniącego, zgodnie z taryfą danego operatora.
- 7) W każdym przypadku osoba zainteresowana może wnosić skargi, reklamacje i zażalenia do UNIQA TU. Szczegółowe zasady zgłaszania reklamacji, skarg lub zażaleń dostępne są na stronie www.uniqa.pl, jak również w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Możliwe jest również skierowanie pisemnej skargi do Rzecznika Ubezpieczonych i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
- 8) Językiem stosowanym w relacjach z konsumentem jest język polski.
- 9) Prawem właściwym, stanowiącym podstawę stosunków UNIQA TU z konsumentem przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak również właściwym dla zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, jest prawo polskie.
- 10) Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich Ubezpieczyciel informuje, że podmiotem uprawnionym dla UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń 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). Ponadto Ubezpieczyciel informuje, że istnieje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów między konsumentami a przedsiębiorcami, drogą elektroniczną, za pośrednictwem platformy internetowej ODR Unii Europejskiej. Platforma umożliwia dochodzenie roszczeń wynikających z umów zawieranych przez Internet (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie

internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE), zawieranych między konsumentami mieszkającymi w UE a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w UE. Platforma znajduje się na stronie: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>. Adres poczty elektronicznej: obslugareklamacji@uniqa.pl.

- 11) Wszelkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia będą rozpatrywane na następujących zasadach: powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia; 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;
- 12) UNIQA TU podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- 13) UNIQA TU jest członkiem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego w zakresie ubezpieczeń obowiązkowych, o których mowa w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

CZĘŚĆ X

TABELA USZKODZEŃ CIAŁA NNW

A. USZKODZENIA GŁOWY	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
1. Uszkodzenia powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
a) rany skóry owłosionej głowy od 2 do 6 cm długości	1
b) rany powyżej 6 do 10 cm długości	3
c) rany powyżej 10 cm długości	8
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) powyżej 10 do 50 cm ²	10
d) powyżej 50 cm ²	20
4. Rozpoznane wstrząśnienie mózgu w następstwie urazu czaszkowo-mózgowego:	
a) z hospitalizacją od 1 do 2 dni	1
b) z hospitalizacją od 3 do 5 dni	2
c) z hospitalizacją od 6 do 10 dni	5
d) z hospitalizacją powyżej 10 dni	10
5. Urazy śródczaszkowe	
a) krwiak śródczaszkowy pourazowy, potwierdzony w badaniach obrazowych mózgu (TK, RM) leczony zachowawczo	10
b) krwiak śródczaszkowy pourazowy leczony operacyjnie	20
c) krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o czasowej niezdolności do pracy na ponad 12 miesięcy	30

d) krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy	60
e) krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji	100
f) zaburzenia mowy związane z urazem czaszkowo-mózgowym – afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agرافیą i aleksją	80
g) zaburzenia mowy związane z urazem czaszkowo-mózgowym – afazja całkowita motoryczna	60
6. Uszkodzenia 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	
7. Uszkodzenia powłok twarzy (rany i ubytki):	
a) rany skóry twarzy od 2 do 5 cm długości	1
b) rany skóry twarzy powyżej 5 do 10 cm długości	3
c) rany skóry twarzy powyżej 10 cm długości	10
d) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	5
8. Uszkodzenia nosa:	
a) złamanie kości nosa i przegrody nosa wieloodłamowe, z przemieszczeniem	5
b) złamanie kości przegrody nosa i przegrody nosa z przemieszczeniem	2
c) inne złamania kości przegrody nosa lub przegrody nosa bez przemieszczenia	1
d) utrata części nosa operowana rekonstrukcyjnie	7
e) utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	30
9. Utrata zębów stałych	
a) utrata siekaczy i kłów (za każdy ząb)	
i) co najmniej korona	3
ii) utarta częściowa	1
b) utrata pozostałych zębów	
i) co najmniej korona	1
ii) utarta częściowa	0,5
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	1
b) częściowa utrata języka	3
c) całkowita utrata języka	50
C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
15. Porażenia nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
a) jednego oka	15
b) obu oczu	30
16. Uszkodzenia gałki ocznej wskutek urazów tępych, drążących, urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:	
a) bez zaburzeń ostrości wzroku – z potwierdzeniem dodatniego testu barwienia rogówki (fluoresceiną lub innym barwnikiem) lub koniecznością leczenia okulistycznego z minimum 3 wizytami u specjalisty okulisty	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) dwuskronowe	60
b) dwunosowe	30
c) jednoimienne	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 (NIE PODLEGAJĄ SUMOWANIU)		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
23. Urazy małżowiny usznej:		
a) rany		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. Uszkodzenia ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, ucha wewnętrznego:		
a) bez utraty słuchu, jednostronne		1
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. POURAZOWE USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZĘŁYKU		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
26. Uszkodzenia gardła, tchawicy leczone operacyjnie		7
27. Uszkodzenie krtani:		
a) pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawicznej		5
b) powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawicznej		30
28. Uszkodzenie przełyku:		
a) leczone operacyjnie		7
b) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo		35
29. Uszkodzenia skóry szyi:		
a) rany skóry do 2 cm długości		0,5
b) rany skóry od 2 do 7 cm długości		1
c) rany skóry powyżej 7 cm długości		3
d) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA		2
F. USZKODZENIA KŁATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
30. Uszkodzenia części miękkich klatki piersiowej, płuc, grzbietu:		
a) rany skóry od 5 do 10 cm długości		1
b) rany skóry powyżej 10 cm długości		2

c) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	1
31. Uszkodzenia 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
32. 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
33. Złamania mostka:	
a) bez przemieszczenia, wygojone bez deformacji	1
b) bez przemieszczenia, wygojone z deformacją	2
c) z przemieszczeniem	4
d) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem	6
34. Uszkodzenia 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
35. Uszkodzenia serca lub osierdzia:	
a) uszkodzenia serca wymagające nakłucia osierdzia	10
b) uszkodzenia serca lub osierdzia leczone operacyjnie	30
36. Uszkodzenia przepony leczone operacyjnie	10
G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA	
Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
37. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej:	
a) rany skóry od 5 do 10 cm długości	1
b) rany skóry powyżej 10 cm długości	2
c) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	1
d) rany brzucha leczone operacyjnie z otwarciem jamy otrzewnowej	5
38. Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:	
a) leczone operacyjnie, bez utraty narządów jamy brzusznej	5
b) utrata części żołądka, jelita cienkiego lub grubego	10
39. Uszkodzenia 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
40. Uszkodzenia odbytnicy, odbytu, zwieracza odbytu:	
a) uszkodzenia zaopatrzone chirurgicznie lub operacyjnie	4
b) uszkodzenia wymagające odbytu sztucznego	15
41. Uszkodzenia śledziony:	

a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata całkowita śledziony	15
42. Uszkodzenia 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
43. Uszkodzenia 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, przy działającej prawidłowo drugiej nerce	25
e) utrata całkowita nerki, przy działającej z zaburzeniami drugiej nerce	30
f) utrata obu nerek	100
44. Uszkodzenie moczowodu:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone endoskopowo, operacyjnie	5
c) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
45. Uszkodzenia pęcherza moczowego:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone operacyjnie	10
c) utrata całkowita pęcherza	50
46. Uszkodzenia cewki moczowej:	
a) leczone zachowawczo	1
b) leczone endoskopowo	5
c) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
47. Uszkodzenia prącia:	
a) rany	2
b) uszkodzenia leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	5
c) częściowa utrata prącia	20
d) całkowita utrata prącia	40
48. Uszkodzenia 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
49. Utrata macicy	30
50. Pourazowe uszkodzenia krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy:	
a) rany skóry	2

b) uszkodzenia mięśni lub powięzi, zaopatrzone chirurgicznie	7
c) uszkodzenia leczone operacyjnie lub rekonstrukcyjnie	15
I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
51. Uszkodzenia kręgosłupa szyjnego:	
a) skręcenie bez unieruchomienia	1
b) skręcenie z unieruchomieniem	2
c) zwichnięcie	4
d) złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
e) złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
f) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%.	
52. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th10):	
a) skręcenie	1
b) zwichnięcie	2
c) złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	4
d) złamanie trzonów lub 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%.	
53. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11–L5):	
a) skręcenie	2
b) zwichnięcie	4
c) złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
d) złamanie trzonów lub 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%.	
54. Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	
a) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), leczone zachowawczo	10
b) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), leczone operacyjnie	20
c) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o czasowej niezdolności do pracy na ponad 12 miesięcy	30
d) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy	60

e) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji	100
J. USZKODZENIA MIEDNICY Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
55. Rozejście się spojenia łonowego	5
56. Zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego	10
57. Złamania miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe:	
a) w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa lub kulszowa)	2
b) w odcinku przednim – kość łonowa i kulszowa lub obustronnie	5
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a) bez przemieszczenia	10
d) w odcinku przednim i tylnym z przemieszczeniem	20
58. Złamanie panewki stawu biodrowego, zwichnięcia:	
a) tylnej kolumny, tylnej krawędzi	15
b) przedniej kolumny, przedniej krawędzi	5
c) zwichnięcie centralne I°	7
d) zwichnięcie centralne II°	15
e) zwichnięcie centralne III°/IV°	30
f) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
59. 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 złamanie kości miednicy i/lub kości krzyżowej bez przemieszczenia	5
d) wielomiejscowe złamanie kości miednicy i/lub kości krzyżowej z przemieszczeniem	10
e) izolowane złamanie talerza kości biodrowej, kołców biodrowych, guza kulszowego	3
f) złamanie kości ogonowej bez przemieszczenia	1
g) złamanie kości ogonowej z przemieszczeniem	3
K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
ŁOPATKA	
60. Złamania łopatki:	
a) złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamanie	1
OBOJCZYK	
61. Złamania obojczyka:	
a) złamanie wieloodłamowe	5
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	3
c) inne złamanie	2

62. Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego:	
a) zwichnięcie I°	1
b) zwichnięcie II°	3
c) zwichnięcie III°	5
BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY	
63. Uszkodzenia stawu ramienno-łopatkowego (skręcenia, zwichnięcia, złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku:	
a) skręcenie	1
b) zwichnięcie bez repozycji (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	1
c) zwichnięcie wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	3
d) uszkodzenia, zerwanie ścięgna, przyczepów barku leczone operacyjnie	4
e) uszkodzenia, zerwanie ścięgna, przyczepów barku leczone zachowawczo	2
f) złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
g) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
h) inne złamanie	2
i) złamanie leczone protezoplastyką	15
64. Utrata kończyny w stawie ramienno-łopatkowym	65
65. Utrata kończyny wraz z łopatką	70
RAMIĘ	
66. Złamanie trzonu kości ramiennej:	
a) wieloodłamowe	7
b) złamanie otwarte	10
c) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
d) inne złamanie	2
67. Izolowane uszkodzenia części miękkich ramienia, skóry, mięśni, ścięgien:	
a) rany skóry od 2 do 5 cm długości	0,5
b) rany skóry powyżej 5 cm długości	1
c) uszkodzenie mięśnia dwugłowego leczone operacyjnie (szycie)	4
d) uszkodzenie innych mięśni i ścięgien ramienia zaopatrzone chirurgicznie	3
e) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	1
68. Utrata kończyny w obrębie ramienia	60
STAW ŁOKCIOWY	
69. Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej):	
a) złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
c) inne złamanie	2
70. Inne uszkodzenia łokcia:	
a) skręcenie z unieruchomieniem	1
b) skręcenie bez unieruchomienia	0,5

c) zwichnięcie	3
PRZEDRAMIĘ	
71. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	3
c) inne złamania	1
72. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, lub złamania Monteggia, Galeazziego	9
b) złamanie otwarte	7
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
d) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	3
e) inne złamania	1
73. Izolowane uszkodzenia części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien:	
a) rany skórny powyżej 7 cm długości	1
b) uszkodzenia mięśni zaopatrzone chirurgicznie	2
c) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	1
d) uszkodzenia ścięgien zaopatrzone chirurgicznie (każde)	2
74. Utrata kończyny w obrębie przedramienia	55
NADGARSTEK	
75. Uszkodzenia nadgarstka:	
a) złamania mnogie kości nadgarstka z przemieszczeniem	7
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
d) zwichnięcie	5
e) skręcenie bez unieruchomienia	0,5
f) skręcenie z unieruchomieniem	1
76. Utrata ręki na poziomie nadgarstka	50
ŚRÓDRĘCZE	
77. Złamania kości śródręcza:	
a) I kość śródręcza:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
ii) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
iii) inne złamania	2
b) II kość śródręcza:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	4
ii) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii) inne złamania	1
c) III, IV, V kość śródręcza:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	2
ii) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii) inne złamania	1
78. Inne uszkodzenie dłoni i śródręcza:	1
a) rany dłoni i śródręcza powyżej 3 cm długości (z wyjątkiem palców)	1

b) rany dłoni i śródręcza do 3 cm długości (z wyjątkiem palców)	0,5
c) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	5
KCIUK	
79. Utrata w zakresie kciuka:	
a) utrata całkowita opuszki	1
a) utrata częściowa opuszki	0,5
b) utrata paliczka paznokciowego	6
c) utrata obu paliczków bez kości śródręcza	10
d) utrata obu paliczków z kością śródręcza	15
80. Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
d) rany powyżej 2 cm długości	1
e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f) skręcenie bez unieruchomienia	0,5
g) skręcenie z unieruchomieniem	1
h) zwichnięcie	2
PALEC WSKAZUJĄCY	
81. Utrata w obrębie wskaziciela w zależności od poziomu utraty:	
a) utrata całkowita opuszki	1
b) utrata częściowa opuszki	0,5
c) utrata paliczka paznokciowego	2
d) utrata paliczka środkowego	8
e) utrata trzech paliczków	10
f) utrata wskaziciela z kością śródręcza	11
82. Inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (złamania, zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia części miękkich):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
d) rany powyżej 3 cm długości	1
e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f) skręcenie bez unieruchomienia	0,5
g) skręcenie z unieruchomieniem	1
h) zwichnięcie	1
PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY	
83. 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 śródręcza	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 śródręcza	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 śródreżczą	4
m) utrata częściowa lub całkowita opuszki, utrata częściowa paliczka paznokciowego (każdy)	0,5
84. Inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V – złamania, zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia części miękkich:	
a) palec III:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
ii) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii) inne złamania	1
iv) rany powyżej 3 cm długości, uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
v) skręcenie bez unieruchomienia	0,5
vi) skręcenie z unieruchomieniem	1
vii) zwichnięcie	1
b) palec IV:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
ii) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii) inne złamania	1
iv) rany powyżej 3 cm długości, uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
v) skręcenie bez unieruchomienia	0,5
vi) skręcenie z unieruchomieniem	1
vii) zwichnięcie	1
c) palec V:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
ii) inne złamania	1
iii) rany powyżej 2 cm długości, uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
iv) skręcenie bez unieruchomienia	0,5
v) skręcenie z unieruchomieniem	1
vi) zwichnięcie	1
Uwaga: Wartość świadczenia związana z uszkodzeniem skóry, mięśni, 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. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu amputacji paliczków świadczenie opisane w punktach 80, 82, 84 nie jest należne.	
L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
STAW BIODROWY	
85. Utrata kończyny dolnej:	
a) przez wyłuszczenie jej w stawie biodrowym	70
b) amputacja na poziomie uda	60

86. Uszkodzenia stawu biodrowego (złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	15
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	10
c) inne złamania	8
d) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
UDO	
87. Złamanie trzonu kości udowej:	
a) złamania wieloodłamowe	15
b) złamanie otwarte	12
c) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
d) inne złamania	3
88. Inne uszkodzenia tkanek miękkich – skóry, mięśni, ścięgien, naczyń:	
a) rany skóry uda lub pośladka do 6 cm długości	1
b) rany skóry uda lub pośladka powyżej 6 cm długości	2
c) uszkodzenia mięśni, ścięgien zaopatrzone chirurgicznie	3
d) uszkodzenia naczyń leczone operacyjnie	8
e) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	1
KOLANO	
89. Złamania kości tworzących staw kolanowy (dalszej nasady kości udowej, bliższej nasady kości piszczelowej, głowy kości strzałkowej i guzowatości piszczeli, kłykcia bocznego oraz przyśrodkowego):	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiażdżeniowe	20
b) złamania wieloodłamowe	10
c) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d) inne złamania	3
90. Złamania rzepki:	
a) złamania skutkujące usunięciem rzepki	10
b) złamania wieloodłamowe	8
c) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d) inne złamania	3
91. Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego (sumarycznie maksymalnie do 25%):	
a) skręcenie z unieruchomieniem	2
b) skręcenie bez unieruchomienia	1
c) uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej	3
d) uszkodzenie łąkotki bocznej	3
e) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego przedniego – ACL	5
f) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego tylnego – PCL	4
g) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego bocznego – LCL	4
h) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego przyśrodkowego – MCL	4

i) zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	4
92. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50
PODUDZIE	
93. Złamania trzonu kości podudzia (kość strzałkowa, kość piszczelowa):	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	15
b) złamanie otwarte	12
c) złamania wieloodłamowe	10
d) złamanie jednoliejscowe z przemieszczeniem	5
e) inne złamania	3
94. Izolowane złamanie trzonu kości strzałkowej:	
a) złamania wieloodłamowe	3
b) złamanie jednoliejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
95. Inne uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, ścięgna Achillesa i innych ścięgien:	
a) rany skóry powyżej 6 cm długości	2
b) rany skóry do 6 cm długości	1
c) całkowite uszkodzenie mięśnia trójgłowego łydki	10
d) uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone zachowawczo	2
e) uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	5
f) uszkodzenie innych mięśni i ścięgien leczone zachowawczo	1
g) uszkodzenie innych mięśni i ścięgien leczone operacyjnie	2
h) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	1
96. 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	
97. Uszkodzenia stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego:	
a) skręcenie	1
b) zwichnięcie	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
98. Złamania kości skokowej:	
a) złamania wieloodłamowe	8
b) złamanie jednoliejscowe z przemieszczeniem	5
c) inne złamania	3

99. Złamania kości piętowej:	
a) złamania wieloodłamowe	10
b) złamanie jednoliejscowe z przemieszczeniem	8
c) inne złamania	4
100. Utrata kości skokowej i/lub piętowej:	
a) częściowa utrata	25
b) całkowita utrata	40
101. Złamania pozostałych kości stępu – za każdą kość śródstopia (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 10%):	
a) złamania wieloodłamowe	6
b) złamanie jednoliejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
102. Złamania kości śródstopia – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 15%):	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	6
b) złamanie otwarte	5
c) złamanie jednoliejscowe z przemieszczeniem	4
d) inne złamania	2
103. Inne uszkodzenia okolicy stawu skokowego, stępu, śródstopia i stopy:	
a) rany powyżej 5 cm długości (okolice stępu, stawu skokowego, śródstopia, grzbietu stopy)	1
b) rany do 5 cm długości (okolice stępu, stawu skokowego, śródstopia, grzbietu stopy)	0,5
c) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	2
d) rany podeszwy stopy	2
104. Utrata stopy w całości	45
105. Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40
106. Utrata stopy w środkowej części stępu	35
107. Utrata stopy w okolicy stępowo-środo-stopnej	25
PALCE STOPY	
108. Uszkodzenia palucha:	
a) częściowa utrata opuszki palucha	0,5
b) całkowita utrata opuszki palucha	1
c) utrata paliczka paznokciowego palucha	4
d) utrata całego palucha	8
e) utrata z kością śródstopia	10
109. Złamania palucha:	
a) złamania wieloodłamowe	4
b) złamanie jednoliejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
110. 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
111. Utrata palców stopy II–V bez kości śródstopia (każdy)	2
112. Całkowita utrata opuszki palców stopy II–V (każdy)	1
113. Częściowa utrata opuszki palców stopy II–V (każdy)	0,5

114. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)	3
115. Utrata palca V z kością śródstopia	4
116. Uszkodzenia I, II, III, IV i V palca – zwichnięcia, skręcenia, rany, uszkodzenia ścięgien (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 stopy 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	
117. Uszkodzenie częściowe lub całkowite (w zależności od stopnia zaburzeń):	
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	15
b) nerwu piersiowego długiego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	10
c) nerwu pachowego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	20
d) nerwu mięśniowo-skórnego:	
i) częściowe	3
ii) całkowite	15
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 zaślónowego:	
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. OSTRE ZATRUCIA I ICH NASTĘPSTWA Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
118. Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami i produktami chemicznymi:	
a) ze stwierdzoną utartą przytomności, lecz bez wtórnych powikłań	1
b) powodujące uszkodzenie układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych	5

O. ODMROŻENIA – II STOPIEŃ ALBO WYŻSZY	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
119. Odmrożenia jednego palca ręki	1
120. Odmrożenia więcej niż jednego palca ręki	3
121. Odmrożenia jednego palca stopy	1
122. Odmrożenia więcej niż jednego palca stopy	3
123. Odmrożenia nosa	3
124. Odmrożenia małżowiny usznej	1
125. Inne odmrożenia nie wymienione powyżej	0,5

Pojęcia użyte w niniejszej tabeli otrzymują znaczenie określone zgodnie z poniższymi definicjami:

Pobyt w szpitalu – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu na terenie całego świata. Pobyt w szpitalu rozpoczyna się w momencie przyjęcia do szpitala, a kończy w momencie wypisania ze szpitala; wpis i wypis ze szpitala nie mogą mieć miejsca tego samego dnia.

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

Złamanie wieloodłamowe – złamanie, w którym występują minimum 3 odłamki kostne w obrębie kości (lub jedna linia złamania w obrębie kości).

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

Unieruchomienie – metoda leczenia urazu polegająca na zastosowaniu, na zlecenie lekarza, opatrunku gipsowego, ortezy, stabilizatora lub szyny ortopedycznej, kołnierza ortopedycznego przez okres co najmniej 10 dni.



www.uniqo.pl

Pomyśl, że jesteś bezpieczny w podróży.

Ogólne warunki
ubezpieczenia

Ubezpieczenie rezygnacji z podróży
zagranicznych i krajowych



SPIS TREŚCI

Postanowienia wstępne	2
Definicje	2
Przedmiot i zakres ubezpieczenia	2
Świadczenia	3
Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa	3
Zawarcie umowy ubezpieczenia	4
Sumy ubezpieczenia	4
Okres ubezpieczenia	4
Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	4
Składka	4
Ustalenie i wypłata odszkodowania	4
Przejęcie roszczeń na Towarzystwo	4
Obowiązki Ubezpieczającego	5
Obowiązki Towarzystwa	5
Reklamacje, skargi i zażalenia	5
Sąd właściwy do rozstrzygania sporów	6
Postanowienia końcowe	6

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	Zapisy OWU, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 ust. 3 z uwzględnieniem definicji zawartych w § 2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 ust. 2–4 § 5, § 6, § 7, § 14 ust. 4 § 16 ust. 4 z uwzględnieniem definicji zawartych w § 2

Postanowienia wstępne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia rezygnacji z podróży zagranicznych i krajowych, zwane dalej OWU, stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy UNIQA Towarzystwem Ubezpieczeń S.A., zwanym dalej Towarzystwem, a osobami fizycznymi, prawnymi lub jednostkami nieposiadającymi osobowości prawnej, ale posiadającymi zdolność prawną.
2. Umowa ubezpieczenia może być zawarta na warunkach uzgodnionych przez Strony, odmiennych od postanowień OWU.

Definicje

§ 2

Ileokroć w OWU używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez to rozumieć:

- 1) **bilet** – dokument podróżny wydany przez przewoźnika lotniczego, promowego, autokarowego, kolejowego lub w jego imieniu, zawierający warunki umowy przewozu, zawiadomienia oraz odcinki dotyczące podróży i pasażera na trasie krajowej lub międzynarodowej; w przypadku zakupu biletu w formie elektronicznej dokumentem podróży jest potwierdzenie zawierające numer biletu oraz jego cenę; bilet typu „tam i z powrotem” to bilet, który zawiera jedną cenę za przejazd w obie strony;
- 2) **Centrum Alarmowe** – jednostka organizacyjna zajmująca się w imieniu Towarzystwa likwidacją szkód;
- 3) **choroba nowotworowa** – schorzenie polegające na niekontrolowanym rozroście tkanki danego narządu; schorzenie może mieć charakter przewlekły, może również uzewnętrznić się objawami ostrymi, pojawiającymi się nagle;
- 4) **choroba przewlekła** – choroba mająca długotrwały przebieg, trwająca zwykle miesiącami lub latami, leczona w sposób stały lub okresowy;
- 5) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania;
- 6) **koszty przerwania podróży** – część poniesionych przed rozpoczęciem podróży i udokumentowanych przez Ubezpieczonego kosztów niewykorzystanych świadczeń wynikających z umowy związanej z podróżą, które Ubezpieczony otrzymałby w ramach umowy związanej z podróżą, a których nie wykorzystał w związku z koniecznością wcześniejszego powrotu z podróży przed datą jej zakończenia; Towarzystwo zwraca koszt niewykorzystanych pełnych dni świadczeń wynikających z umowy związanej z podróżą;
- 7) **koszty rezygnacji z podróży** – poniesione i udokumentowane przez Ubezpieczonego wydatki wynikające z umowy związanej z podróżą, które Ubezpieczony poniósł w związku z rezygnacją z podróży przed jej rozpoczęciem;
- 8) **kraj rezydencji** – kraj inny niż Rzeczpospolita Polska, w którym Ubezpieczony ma stałe miejsce zamieszkania;
- 9) **nagle zachorowanie** – powstały w sposób nagły i niespodziewany stan chorobowy, zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej;
- 10) **następstwo choroby przewlekłej, psychicznej lub nowotworowej** – powstałe w sposób nagły nasilenie (zaostrenie) choroby przewlekłej, psychicznej lub nowotworowej o ostrym przebiegu, wymagające natychmiastowej pomocy lekarskiej, w związku z którym nastąpiła konieczność poddania się leczeniu przed rozpoczęciem lub w trakcie trwania podróży;
- 11) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w którego następstwie Ubezpieczony, niezależnie od swej woli, doznał trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł;
- 12) **osoba bliska**:
 - a) współmałżonek, konkubent, konkubina, dzieci (również przysposobione), rodzeństwo, rodzice, teściowie, dziadkowie, wnuki i osoby przysposobione, synowa, zięć,
 - b) inne osoby dorosłe podróżujące wspólnie z osobą małoletnią (dzieckiem), pod warunkiem że istnieje między nimi a dzieckiem pokrewieństwo;

- 13) **podróż** – podróż krajowa, tj. podróż i pobyt Ubezpieczonego na terenie Polski poza jego miejscem zamieszkania, przy czym początek podróży następuje z chwilą wyjścia z domu, zaś koniec tej podróży następuje z chwilą powrotu Ubezpieczonego do domu, albo podróż zagraniczna, tj. pobyt Ubezpieczonego poza granicami Polski i krajem rezydencji rozpoczynający się od momentu przekroczenia przez Ubezpieczonego granicy Polski lub kraju rezydencji i kończący się z chwilą powrotu Ubezpieczonego do Polski lub kraju rezydencji;
- 14) **składka** – kwota, którą Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić na rzecz Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia;
- 15) **Strony** – Towarzystwo i Ubezpieczający;
- 16) **suma ubezpieczenia** – górny limit odpowiedzialności Towarzystwa;
- 17) **Towarzystwo** – UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie;
- 18) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, ale posiadająca zdolność do czynności prawnych, zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacenia składki;
- 19) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na której rachunek zawarto umowę ubezpieczenia;
- 20) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem;
- 21) **umowa związana z podróżą** – umowa o uczestnictwo w imprezie turystycznej zawarta z biurem podróży, umowa rezerwacji hotelu, apartamentu, domu wakacyjnego, umowa najmu lub czarteru jachtu, umowa uczestnictwa w rejsie, umowa wynajmu samochodu, umowa uczestnictwa w konferencji, w szkoleniu, w kursie, umowa uczestnictwa w imprezie masowej, usługa przewodnicka, bilet lotniczy, bilet promowy, bilet autokarowy, bilet kolejowy;
- 22) **współuczestnik podróży** – osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową wraz z Ubezpieczonym w ramach tej samej umowy ubezpieczenia na podstawie OWU, towarzyszącą Ubezpieczonemu w podróży i realizującą wspólnie z Ubezpieczonym tę samą podróż w tych samych miejscach i czasie;
- 23) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wskazane w OWU zdarzenia skutkujące koniecznością rezygnacji z podróży lub jej przerwania.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia są koszty rezygnacji z podróży przed datą jej rozpoczęcia lub koszty przerwania podróży w związku z koniecznością wcześniejszego powrotu Ubezpieczonego do miejsca stałego zamieszkania w Polsce lub w kraju rezydencji; wynikające z przyczyn losowych wymienionych w ust. 3.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w jednym z dwóch wariantów:
 - 1) Koszty rezygnacji Standard;
 - 2) Koszty rezygnacji Plus – obejmują zakres wariantu Kosztów rezygnacji Standard z rozszerzeniem ochrony o następstwa chorób przewlekłych, psychicznych i nowotworowych Ubezpieczonego i osób bliskich.
3. Towarzystwo zwraca koszty rezygnacji z podróży lub koszty przerwania podróży jedynie wtedy, gdy rezygnacja z podróży lub przerwanie podróży wynikają z niezależnych od Ubezpieczonego następujących powodów:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie Ubezpieczonego, osoby bliskiej lub współuczestnika podróży, nierokujące wyzdrowienia do czasu planowanego wyjazdu albo mające miejsce w czasie podróży;
 - 2) komplikacje związane z ciążą Ubezpieczonego lub osoby bliskiej, z zastrzeżeniem § 6 ust. 1 pkt 1) i 2);
 - 3) zgon Ubezpieczonego, również w następstwie choroby przewlekłej, psychicznej lub nowotworowej, nawet jeżeli odpowiedzialność Towarzystwa nie została rozszerzona o to zdarzenie;
 - 4) zgon osoby bliskiej lub współuczestnika podróży, który miał miejsce w okresie maksymalnie 60 dni poprzedzających termin planowanego wyjazdu;
 - 5) poważne zdarzenie losowe zaistniałe w miejscu zamieszkania, w terminie maksymalnie 14 dni poprzedzających datę planowanego wyjazdu, wymagające obecności Ubezpieczonego w miej-

scu zamieszkania, to jest: włamanie do mieszkania, pożar, zalanie, huragan, katastrofa budowlana, trzęsienie ziemi, zapadanie lub osuwanie się ziemi, powódź, deszcz nawalny, grad, lawina, bezpośrednie uderzenie pioruna;

- 6) udokumentowana kradzież dokumentów niezbędnych w podróży Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży (np. paszportu, dowodu osobistego, wiza wyjazdowej), popełniona w terminie maksymalnie 30 dni poprzedzających datę planowanego wyjazdu;
- 7) kradzież, zniszczenie, uszkodzenie w wyniku wypadku komunikacyjnego lub pożaru pojazdu należącego do Ubezpieczonego, w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, które wymagają czynności administracyjnych i prawnych po stronie Ubezpieczonego, o ile powyższe zdarzenia zaszły w terminie maksymalnie 14 dni poprzedzających datę planowanego wyjazdu;
- 8) otrzymanie przez Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży wezwania do obowiązkowego stawienia się przed sądem, przypadającego na czas planowanej podróży;
- 9) wyznaczenie przez szkołę lub uczelnię wyższą daty egzaminu poprawkowego Ubezpieczonemu lub współuczestnikowi podróży, przypadającego na okres trwania podróży, warunkującego kontynuację nauki;
- 10) bezwarunkowe wezwanie przez władze administracyjne Polski lub kraju rezydencji, które zostało doręczone Ubezpieczonemu lub współuczestnikowi podróży w okresie ubezpieczenia i dotyczy obecności Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży w czasie trwania podróży w urzędzie lub przed organem władzy administracyjnej w dniu wskazanym w tym wezwaniu;
- 11) poniesienie szkody w wyniku kradzieży z włamaniem, rabunku lub pożaru w zakładzie pracy, w którym Ubezpieczony jest pracodawcą, wymagającej jego obecności w miejscu zamieszkania, w terminie maksymalnie 14 dni poprzedzających datę planowanego wyjazdu;
- 12) wyznaczenie przez pracodawcę daty rozpoczęcia pracy przez Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży, przypadającej w czasie podróży, jeśli w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczony lub współuczestnik podróży był zarejestrowany w urzędzie pracy jako bezrobotny i nie znał daty rozpoczęcia pracy;
- 13) utrata pracy przez Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży, co oznacza wypowiedzenie przez pracodawcę umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony lub określony (ochronie ubezpieczeniowej nie podlegają przypadki wypowiedzenia umowy o pracę z winy pracownika);
- 14) wyznaczenie Ubezpieczonemu lub współuczestnikowi podróży terminu pobytu w sanatorium w ramach NFZ, w przypadku gdy Ubezpieczony oczekiwał na wyznaczenie takiego terminu i otrzymał powiadomienie o wyznaczeniu go w terminie pokrywającym się z czasem planowanej podróży;
- 15) pozytywny wynik testu na COVID-19 w badaniu Ubezpieczonego lub osoby bliskiej udającej się w podróż z Ubezpieczonym, lub współuczestnika podróży uzyskany w ciągu 7 dni przed terminem rozpoczęcia podróży wskazanym w umowie związanej z podróżą; na potrzeby OWU przez test na COVID-19 rozumie się wyłącznie badanie wykonane przez podmiot leczniczy prowadzący działalność leczniczą, którego wynik przedstawiony jest w formie imiennej;
- 16) nałożenie na mocy obowiązujących przepisów prawa na Ubezpieczonego lub osobę bliską udającą się w podróż z Ubezpieczonym, lub współuczestnika podróży obowiązku poddania się izolacji lub kwarantannie z powodu COVID-19, jeśli termin rozpoczęcia podróży wskazany w umowie związanej z podróżą przypada na okres izolacji lub kwarantanny.

Świadczenia

§ 4

1. Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu poniesione przez niego, a niezrefundowane, odpowiednio koszty rezygnacji z podróży lub koszty przerwania podróży do wysokości sumy ubezpieczenia tych kosztów, wskazanej w § 9, nie wyższej jednak niż odpowiednio cena podróży określona w umowie związanej z podróżą oraz z zastrzeżeniem ust. 2–4.

2. W razie przerwania podróży w wyniku okoliczności wskazanych w § 3 ust. 3 Towarzystwo zwraca koszty przerwania podróży. Jeśli organizator odmówi wskazania kosztu niewykorzystanych świadczeń, to Towarzystwo zwróci proporcjonalną część ceny umowy związanej z podróżą za niewykorzystaną liczbę pełnych dni.
3. Jeżeli cena biletów podróży jest wskazana odrębnie w ramach umowy związanej z podróżą lub jeśli ubezpieczeniem objęte są wyłącznie bilety podróży, to w przypadku przerwania podróży Towarzystwo zwraca poniesione przez Ubezpieczonego koszty niewykorzystanych biletów podróży. Jeśli bilet podróży obejmuje podróż „tam i z powrotem” i nie jest znana cena biletu powrotnego, to Towarzystwo zwraca połowę łącznej ceny biletu podróży „tam i z powrotem”.
4. Towarzystwo nie zwraca dodatkowych kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego w związku z rezygnacją z podróży lub jej przerwaniem, niewliczonych w cenę podróży.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Towarzystwo nie odpowiada za szkody powstałe wskutek umyślnego działania Ubezpieczonego lub osoby bliskiej lub zaniechania działania przez Ubezpieczonego lub osobę bliską, jak też za szkody powstałe wskutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że zapłata świadczenia w danych okolicznościach odpowiada względem słuszności.
2. Ochroną ubezpieczeniową Towarzystwa nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) działań wojennych, aktów terroryzmu, stanu wojennego, stanu wyjątkowego lub udziału Ubezpieczonego lub osoby bliskiej w zamieszkach, rozruchach, strajkach, akcjach protestacyjnych, blokadach dróg i bójkach; nie podlegają ochronie Towarzystwa również wypadki spowodowane bronią atomową, biologiczną i chemiczną;
 - 2) uczestnictwa Ubezpieczonego, osoby bliskiej lub współuczestnika podróży w zakładach;
 - 3) alkoholizmu Ubezpieczonego, osoby bliskiej lub współuczestnika podróży oraz jego skutków;
 - 4) znajdowania się Ubezpieczonego, osoby bliskiej lub współuczestnika podróży w stanie po spożyciu alkoholu, przekraczającym dopuszczalne normy spożycia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, zażywania przez nich narkotyków, leków lub innych środków odurzających, kierowania pojazdem bez wymaganych prawem danego kraju uprawnień albo usiłowania lub popełnienia przestępstwa;
 - 5) wypadku lotniczego, który zdarzył się w czasie przebywania Ubezpieczonego, osoby bliskiej lub współuczestnika podróży na pokładzie samolotu innego niż przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) pełnienia przez Ubezpieczonego, osobę bliską lub współuczestnika podróży czynnej służby w siłach zbrojnych;
 - 7) samobójstwa lub usiłowania popełnienia samobójstwa, dokonania samookaleczenia przez Ubezpieczonego, osobę bliską lub współuczestnika podróży.

§ 6

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli rezygnacja z podróży lub przerwanie podróży ma związek z:

- 1) porodem, który nastąpił po 32. tygodniu ciąży;
- 2) powikłaniami związanymi z ciążą, jeśli przed zawarciem umowy ubezpieczenia istniały przeciwwskazania medyczne do odbycia podróży;
- 3) wadami wrodzonymi;
- 4) badaniami lekarskimi niewynikającymi z nagłej potrzeby;
- 5) zaniedbaniem otrzymania wymaganych szczepień ochronnych przed wyjazdem;
- 6) następstwem choroby przewlekłej, psychicznej lub nowotworowej, stwierdzonej u Ubezpieczonego, osoby bliskiej lub współuczestnika podróży przed zawarciem umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 3 ust. 3 pkt 3); istnieje możliwość rozszerzenia odpowiedzialności Towarzystwa o te zdarzenia, pod warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia w wariantcie Koszty rezygnacji Plus.

§ 7

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

Zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 8

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta najpóźniej 30 dni przed datą planowanego wyjazdu, a jeżeli do wyjazdu jest 30 lub mniej dni, to umowa ubezpieczenia może być zawarta nie później niż w ciągu 3 dni liczonych od dnia dokonania jako pierwszej jednej z następujących czynności: zawarcia umowy związanej z podróżą albo wpłaty całości lub pierwszej części środków finansowych z tytułu umowy związanej z podróżą; jednakże w żadnym wypadku umowa ubezpieczenia nie może być zawarta później niż 7 dni przed datą planowanego wyjazdu.
2. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres nie krótszy niż 1 dzień i nie dłuższy niż 12 miesięcy.
3. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć na rzecz nie więcej niż 9 osób.
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza polisą.

Sumy ubezpieczenia

§ 9

1. Wskazana w polisie suma ubezpieczenia stanowi górny limit odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia i odpowiada łącznej wysokości sum ubezpieczenia określonych dla każdego Ubezpieczonego zgodnie z ust. 2.
2. Dla każdego Ubezpieczonego sumę ubezpieczenia kosztów rezygnacji z podróży lub kosztów przerwania podróży stanowi odnosząca się do tego Ubezpieczonego cena wskazana w umowie związanej z podróżą.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do każdego Ubezpieczonego ograniczona jest sumami ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2.

Okres ubezpieczenia

§ 10

1. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w okresie, w którym Towarzystwo ponosi odpowiedzialność.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się z dniem zawarcia umowy związanej z podróżą, nie wcześniej jednak niż od dnia i godziny wystawienia polisy i opłacenia składki, natomiast kończy się:
 - 1) w zakresie ubezpieczenia kosztów rezygnacji z podróży – z dniem wyjazdu;
 - 2) w zakresie ubezpieczenia kosztów przerwania podróży – z dniem zakończenia podróży.
3. Okres ubezpieczenia wskazany jest w polisie.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

§ 11

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie jej trwania, ze skutkiem natychmiastowym.

3. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia oraz o jej wypowiedzeniu należy przesłać w formie pisemnej na adres siedziby Towarzystwa.

Składka

§ 12

1. Składkę oblicza się na podstawie aktualnej taryfy składek Towarzystwa obowiązującej w chwili zawierania umowy ubezpieczenia lub jej zmiany.
2. Składka uzależniona jest od przedmiotu i wariantu ubezpieczenia, wysokości sum ubezpieczenia oraz limitów odpowiedzialności Towarzystwa. Istnieje możliwość ubezpieczenia ryzyka następstw chorób przewlekłych, psychicznych lub nowotworowych przy zawarciu ubezpieczenia w wariantcie Koszty rezygnacji Plus.
3. Składka ustalana jest i płatna w złotych, przelewem na wskazany rachunek bankowy.
4. Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Zwrotu składki dokonuje się w złotych. Zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej następuje bez potrącenia kosztów manipulacyjnych.

Ustalenie i wypłata odszkodowania

§ 13

1. Ustalenie zasadności roszczenia i wysokości odszkodowania następuje na podstawie doręczonej Towarzystwu pełnej dokumentacji poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów rezygnacji z podróży lub kosztów przerwania podróży.
2. Towarzystwo w terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, pisemnie lub w innej formie, na którą dana osoba wyraziła zgodę, informuje osobę zgłaszającą roszczenie, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia prawa oraz wysokości odszkodowania, o ile jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. Towarzystwo jest zobowiązane wypłacić należne odszkodowanie w terminie 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o wypadku.
4. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości odszkodowania jest niemożliwe, odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część świadczenia lub odszkodowania Towarzystwo wypłaca w terminie określonym w ust. 3.
5. Jeżeli w terminach określonych w ustępach powyższych Towarzystwo nie wypłaci odszkodowania, zobowiązane jest do zawiadomienia o tym na piśmie zgłaszającego roszczenie oraz poinformowania go o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń.
6. Odszkodowanie wypłaca się w polskich złotych.
7. Jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania oraz pouczając o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
8. Jeżeli osoba dochodząca odszkodowania nie zgadza się z ustaleniami Towarzystwa co do odmowy zaspokojenia roszczenia bądź wysokości odszkodowania, może w ciągu 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia zgłosić Towarzystwu odwołanie na piśmie.
9. W przypadku śmierci Ubezpieczonego po nabyciu przez niego prawa do wypłaty odszkodowania z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo wypłaci to odszkodowanie jego spadkobiercom.

Przejęcie roszczeń na Towarzystwo

§ 14

1. Z dniem zapłaty odszkodowania przez Towarzystwo roszczenia Ubezpieczonego wobec osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzą na Towarzystwo do wysokości wypłaconego odszkodowania.

2. Na Towarzystwo nie przechodzi roszczenie Ubezpieczonego wobec osób, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony jest zobowiązany zapewnić możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.
4. Jeżeli Ubezpieczony bez zgody Towarzystwa zrzekł się roszczenia w stosunku do osoby odpowiedzialnej za szkodę lub w nienależyty sposób wykonuje obowiązki wymienione w ust. 3, Towarzystwo jest zwolnione z obowiązku świadczenia w takim zakresie, w jakim uniemożliwiło to dochodzenie roszczeń regresowych od osoby odpowiedzialnej za szkodę. Jeżeli zostało to ujawnione lub miało miejsce po wypłaceniu odszkodowania, Ubezpieczony zobowiązany jest na żądanie Towarzystwa do zwrotu takiej części wypłaconego odszkodowania, z której Towarzystwo byłoby zwolnione zgodnie z zasadami określonymi w zdaniu poprzedzającym.

Obowiązki Ubezpieczającego

§ 15

1. Ubezpieczający ma obowiązek opłacenia składki w wysokości i terminie określonych w umowie ubezpieczenia.
2. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, o ile konieczna jest zgoda Ubezpieczonego na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej lub Ubezpieczony zgadza się na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, Ubezpieczający przekazuje osobom zainteresowanym, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku, OWU wraz z załącznikami.

§ 16

1. O konieczności rezygnacji z podróży Ubezpieczony zobowiązany jest powiadomić Towarzystwo pisemnie w terminie 7 dni od daty zdarzenia wymienionego w § 3 ust. 3.
2. W przypadku konieczności przerwania podróży Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 72 godzin od zdarzenia powodującego konieczność przerwania podróży, poinformować Centrum Alarmowe o konieczności i przyczynach wcześniejszego powrotu (nie później jednak niż przed udaniem się przez Ubezpieczonego w podróż powrotną) oraz postępować zgodnie z wytycznymi Centrum Alarmowego.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć dokumenty niezbędne do oceny zasadności roszczenia, a w szczególności:
 - 1) umowę związaną z podróżą lub bilet wraz z kopią obowiązujących warunków uczestnictwa w podróży;
 - 2) potwierdzenie opłacenia kosztów podróży lub biletu;
 - 3) oświadczenie dotyczące rezygnacji z podróży albo przerwania podróży potwierdzone przez organizatora podróży lub przewoźnika;
 - 4) potwierdzenie kwoty zwrotu wystawione przez organizatora podróży lub przewoźnika;
 - 5) dokumentację lekarską oraz inne dokumenty potwierdzające zaistnienie zdarzeń wskazanych w § 3 ust. 3.
4. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w ust. 1 lub ust. 2 Towarzystwo może zmniejszyć świadczenie w takim stopniu, w jakim naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Towarzystwu ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia.

Obowiązki Towarzystwa

§ 17

1. Towarzystwo ma obowiązek prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania przewidziane w umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa, w szczególności ma obowiązek spełnić świadczenie w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo ma obowiązek doręczenia Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku OWU i innych dokumentów niezbędnych do zawarcia umowy ubezpieczenia przed jej zawarciem oraz obowiązek doręczenia Ubezpieczającemu polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki.

3. Towarzystwo, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, zobowiązane jest do zachowania tajemnicy danych dotyczących osób wymienionych w dokumentacji ubezpieczeniowej.

Reklamacje, skargi i zażalenia

§ 18

1. W każdym przypadku osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub osobą uprawnioną z umowy ubezpieczenia, a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamację.
2. W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień składanych przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
3. W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień dotyczących brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
4. Reklamacje, o których mowa powyżej, można składać w następujący sposób:
 - 1) elektronicznie – na adres e-mail: obslugareklamacji@uniqa.pl;
 - 2) na piśmie – osobiście, w jednostce obsługującej klientów lub siedzibie Towarzystwa, albo przesyłką pocztową na następujący adres: 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51, albo na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w ustawie z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych jako rejestru publicznego prowadzonego przez ministra właściwego do spraw informatyzacji, tj. AE:PL-71235-46013-CSHSF-26;
 - 3) ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu +48 22 599 95 22 (koszt połączenia zgodny z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa.
5. Reklamacje wnosi się do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
6. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo w przypadku reklamacji wniesionej przez osobę fizyczną – pocztą elektroniczną, jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
7. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
8. 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 razie wyboru takiej formy kontaktu), a dodatkowo w przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej – firmę.
9. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.

10. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie wyśle informację o przyczynie opóźnienia i wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
11. Jeżeli osoba fizyczna składającą reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, a ponadto może wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu według właściwości określonej w § 19.
12. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla Towarzystwa do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa; www.rf.gov.pl).
13. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
14. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami ust. 1–3, przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażaleń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ust. 4–9 i 13, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie poinformuje osobę składającą skargę lub zażalenie o przyczynie niemożności ich rozpatrzenia, i w takim przypadku odpowiedź na skargę

lub zażalenie zostanie udzielona nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

15. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Sąd właściwy do rozstrzygnięcia sporów

§ 19

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, 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.

Postanowienia końcowe

§ 20

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia w związku z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia powinny być składane na piśmie, chyba że OWU przewidują inaczej.
2. Integralną część warunków ubezpieczenia stanowi Formularz do OWU, tj. informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
3. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego.
4. OWU zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa z 13 sierpnia 2024 r. i mają zastosowanie do umów zawartych od 12 września 2024 r.

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

To stabilna i wiarygodna firma, za którą stoją liczby:

- ☒ obecna w 18 krajach
- ☒ 16 mln klientów w Europie
- ☒ 5. ubezpieczyciel w Europie Środkowej i Wschodniej
- ☒ jedna z największych grup ubezpieczeniowych w Polsce
- ☒ 5,5 mln klientów w Polsce
- ☒ lider w ubezpieczeniach dla segmentu mieszkalnictwa

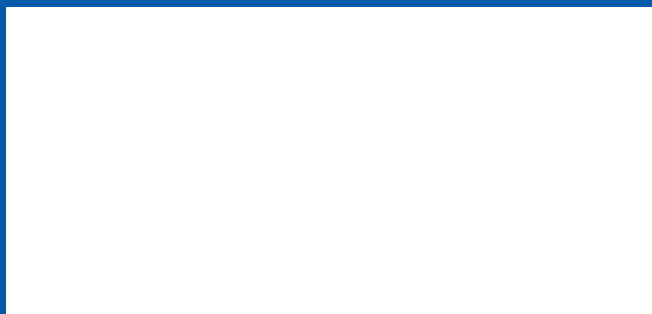
Skontaktuj się z nami:

22 599 95 22

* koszt połączenia według taryfy operatora

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

Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się z agentem.



Pomyśl, że jesteś bezpieczny w podróży.

Ogólne warunki
ubezpieczenia

Ubezpieczenie podróży Supertravel



SPIS TREŚCI

ROZDZIAŁ I	Postanowienia ogólne	3
ROZDZIAŁ II	Przedmiot i warianty ubezpieczenia	3
ROZDZIAŁ III	Zawarcie i rozwiązanie umowy ubezpieczenia	3
ROZDZIAŁ IV	Okres ubezpieczenia	4
ROZDZIAŁ V	Sumy ubezpieczenia i gwarancyjne oraz składka ubezpieczeniowa	4
ROZDZIAŁ VI	Generalne wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa	5
ROZDZIAŁ VII	Ustalenie oraz wypłata odszkodowań i świadczeń	5
ROZDZIAŁ VIII	Obowiązki stron umowy ubezpieczenia	6
ROZDZIAŁ IX	Postanowienia końcowe	6
ZAŁĄCZNIK NR 1 – DEFINICJE		8
ZAŁĄCZNIK NR 2 – TABELA WARIANTÓW UBEZPIECZENIA		10
ZAŁĄCZNIK NR 3 – KLAUZULE		12
Klauzula ubezpieczenia kosztów leczenia i natychmiastowej pomocy assistance		12
Klauzula ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków		15
Klauzula ubezpieczenia bagażu podróznego		17
Klauzula ubezpieczenia opóźnienia w dostarczeniu bagażu podróznego		18
Klauzula ubezpieczenia opóźnienia lotu		19
Klauzula ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym		19
Klauzula ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej związanej z uprawianiem sportu		20
Klauzula ubezpieczenia sprzętu sportowego		21
Klauzula „Pakiet Zimowy”		22
Klauzula ubezpieczenia kosztów leczenia na terenie Polski		22
Klauzula ubezpieczenia kosztów rehabilitacji na terenie Polski		22
Klauzula ubezpieczenia pobytu w szpitalu na terenie Polski		23
Klauzula ubezpieczenia udziału własnego w wynajętym pojeździe		23
ZAŁĄCZNIK NR 4 – WYKAZ AKTYWNOŚCI SPORTOWYCH Z PODZIAŁEM NA KATEGORIE		25
ZAŁĄCZNIK NR 5 – WZÓR ZGŁOSZENIA OSÓB DO UBEZPIECZENIA		27

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	Zapisy OWU, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Klauzula ubezpieczenia kosztów leczenia i natychmiastowej pomocy assistance: § 2, § 3, § 4, § 5, § 6 Klauzula ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków: § 1, § 4 Klauzula ubezpieczenia bagażu podróжного: § 2 Klauzula ubezpieczenia opóźnienia w dostarczeniu bagażu podróжного: § 1 Klauzula ubezpieczenia opóźnienia lotu: § 1 Klauzula ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym: § 1 Klauzula ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej związanej z uprawianiem sportu: § 1 Klauzula „Pakiet Zimowy”: § 1 Klauzula ubezpieczenia udziału własnego w wynajętym pojeździe: § 2 Klauzula ubezpieczenia sprzętu sportowego: § 2 Klauzula ubezpieczenia kosztów leczenia na terenie Polski: § 2 Klauzula ubezpieczenia kosztów rehabilitacji na terenie Polski: § 2 Klauzula ubezpieczenia pobytu w szpitalu na terenie Polski: § 1 Z uwzględnieniem definicji zawartych w Załączniku nr 1 – Definicje Z uwzględnieniem limitów zawartych w Załączniku nr 2 – Tabela wariantów ubezpieczenia

Rodzaj informacji	Zapisy OWU, w których znajdziesz te informacje
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	OWU: § 17, § 18, § 24 ust. 4 Klauzula ubezpieczenia kosztów leczenia i natychmiastowej pomocy assistance: § 7, § 8 ust. 3 Klauzula ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków: § 2 Klauzula ubezpieczenia bagażu podróznego: § 3, § 4 ust. 3, § 5 Klauzula ubezpieczenia opóźnienia bagażu podróznego: § 2 Klauzula ubezpieczenia opóźnienia lotu: § 2 Klauzula ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym: § 2, § 3, § 4 ust. 5 Klauzula ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej związanej z uprawianiem sportu: § 2, § 3, § 4 ust. 5 Klauzula „Pakiet Zimowy”: § 1 Klauzula ubezpieczenia udziału własnego w wynajętym pojeździe: § 3 Klauzula ubezpieczenia sprzętu sportowego: § 3, § 4 ust. 3; § 5 Klauzula ubezpieczenia kosztów leczenia na terenie Polski: § 3 Klauzula ubezpieczenia kosztów rehabilitacji na terenie Polski: § 3 Klauzula ubezpieczenia pobytu w szpitalu na terenie Polski: § 2 Z uwzględnieniem limitów zawartych w Załączniku nr 2 – Tabela wariantów ubezpieczenia

ROZDZIAŁ I

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia podróży Supertravel, zwane dalej OWU, stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy UNIQA Towarzystwem Ubezpieczeń S.A., zwanym dalej Towarzystwem, a osobami fizycznymi, prawnymi lub jednostkami nieposiadającymi osobowości prawnej, ale posiadającymi zdolność prawną, w zakresie ubezpieczeń turystycznych obejmujących ryzyko podróży poza terytorium Polski.
2. Za zgodą Stron do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od zawartych w OWU. Wprowadzenie takich postanowień, jak też zmian do umowy ubezpieczenia, wymaga formy pisemnej.

§ 2

1. Postanowienia OWU dotyczą wszystkich ryzyk, które może obejmować umowa ubezpieczenia.
2. Poszczególne rodzaje ubezpieczeń, których może dotyczyć umowa ubezpieczenia, zostały uregulowane w Klauzulach do OWU.
3. Załącznikami do OWU, stanowiącymi ich integralną część, są:
 - 1) Definicje niektórych pojęć używanych w OWU oraz Klauzulach – Załącznik nr 1;
 - 2) Tabela wariantów ubezpieczenia – Załącznik nr 2;
 - 3) Klauzule dotyczące poszczególnych ubezpieczeń – Załącznik nr 3;
 - 4) Wykaz aktywności sportowych z podziałem na kategorie – Załącznik nr 4.

ROZDZIAŁ II

Przedmiot i warianty ubezpieczenia

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia może obejmować ubezpieczenia:
 - 1) kosztów leczenia i natychmiastowej pomocy assistance;
 - 2) następstw nieszczęśliwych wypadków;
 - 3) bagażu podróznego;
 - 4) opóźnienia w dostarczeniu bagażu podróznego;
 - 5) opóźnienia lotu;
 - 6) odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym;
 - 7) odpowiedzialności cywilnej związanej z uprawianiem sportu i sprzętu sportowego;
 - 8) ryzyk dotyczących uprawiania sportów zimowych „Pakiet Zimowy”;
 - 9) udziału własnego w wynajętym pojeździe (oprócz wariantów ubezpieczenia: grupowego i grupowego bezimiennego);
 - 10) kosztów leczenia na terenie Polski;
 - 11) kosztów rehabilitacji na terenie Polski;
 - 12) pobytu w szpitalu na terenie Polski.
2. Przedmiot i zakres poszczególnych ubezpieczeń, świadczenia Towarzystwa i wyłączenia jego odpowiedzialności oraz zasady postępowania w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zostały opisane w Klauzulach stanowiących Załącznik nr 3 do OWU.
3. Przedmiot i zakres danej umowy ubezpieczenia jest wskazany w polisie ubezpieczeniowej.

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w wariantach Podstawowym, Rozszerzonym, Optymalnym lub Maksymalnym, różniących się zakresem ubezpieczenia, wysokością sum ubezpieczenia i gwarancyjnych oraz ich podlimitami.
2. Zakres ubezpieczenia, wysokość sum ubezpieczenia i gwarancyjnych oraz ich podlimitów w poszczególnych wariantach ubezpieczenia wskazana jest w Tabeli wariantów ubezpieczenia, stanowiącej Załącznik nr 2 do OWU.
3. Tabela sportów i aktywności sportowych stanowi załącznik nr 4 do OWU.
4. Wariant danej umowy ubezpieczenia jest wskazany w polisie ubezpieczeniowej.

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie zdarzenia, które zasły na obszarze objętym zakresem terytorialnym ubezpieczenia.
2. Zakres terytorialny danej umowy ubezpieczenia jest wskazany w polisie ubezpieczeniowej.

ROZDZIAŁ III

Zawarcie i rozwiązywanie umowy ubezpieczenia

§ 6

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w formie:
 - 1) indywidualnej polisy imiennej na dowolny okres nieprzekraczający 12 miesięcy;
 - 2) indywidualnej polisy imiennej na okres 6 lub 12 miesięcy – na wszystkie wyjazdy Ubezpieczonego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, niezależnie od ich liczby, pod warunkiem że każdorazowa podróż nie trwa dłużej niż 90 dni;
 - 3) grupowej imiennej (dla co najmniej 11 osób);
 - 4) grupowej bezimiennej (z liczbą co najmniej 100 osobodni); liczba osobodni oznacza iloczyn liczby dni ochrony ubezpieczeniowej i liczby osób wyjeżdżających za granicę.
2. Zawarcie umowy ubezpieczenia w jednej z form wymienionych powyżej uzależnione jest od sposobu dystrybucji ubezpieczenia przez Towarzystwo. O formie zawarcia umowy ubezpieczenia decyduje Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego.
3. Umowa w formie grupowej imiennej obejmuje Ubezpieczonych jednakowym zakresem ubezpieczenia, z zastosowaniem tej samej składki oraz sum ubezpieczenia i sumy gwarancyjnej oraz ich podlimitów.
4. Umowa ubezpieczenia w formie grupowej bezimiennej (z limitem osobodni) jest zawierana na okres maksymalnie 1 roku i może być zawarta na nie mniej niż 100 osobodni.
5. Wniosek o ubezpieczenie w formie grupowej bezimiennej powinien zawierać:
 - 1) imię i nazwisko lub nazwę firmy i adres Ubezpieczającego;
 - 2) okres trwania umowy ubezpieczenia;
 - 3) wariant ubezpieczenia;
 - 4) zakres ubezpieczenia, w tym dodatkowe ryzyka;
 - 5) liczbę osobodni objętych ochroną ubezpieczeniową w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia;
 - 6) numery rejestracyjne pojazdów wykorzystywanych do prowadzenia działalności gospodarczej (na potrzeby potwierdzania ochrony ubezpieczeniowej);
 - 7) zgłoszenie osób do ubezpieczenia (wzór zgłoszenia stanowi załącznik nr 5 do OWU).
6. W przypadku ubezpieczenia zawartego w formie grupowej bezimiennej zgłoszenie osób do ubezpieczenia, jeżeli nie umówiono się inaczej, powinno zostać dostarczone do UNIQA najpóźniej w dniu wyjazdu osób ubezpieczonych. Zgłoszenie musi być dostarczone do Towarzystwa poprzez udostępnioną przez Towarzystwo aplikację on-line, a w przypadku awarii aplikacji – pocztą kurierską.

§ 7

Umowa ubezpieczenia nie może zostać zawarta na rachunek osób, które w chwili zawierania umowy miały przekroczony 70. rok życia i udają się do USA, Kanady lub Australii.

§ 8

Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres nie krótszy niż 1 dzień i nie dłuższy niż 12 miesięcy.

§ 9

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie wniosku Ubezpieczającego. Do zawarcia umowy dochodzi po akceptacji wniosku przez Towarzystwo.
2. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta z chwilą opłacenia składki ubezpieczeniowej. W przypadku braku zapłaty składki ochrona ubezpieczeniowa nie rozpocznie się.
3. Zawarcie umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza dokumentem ubezpieczenia zwanym polisą ubezpieczeniową.

§ 10

1. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązany jest do powiadomienia Ubezpieczonego o jego prawach i obowiązkach wynikających z umowy ubezpieczenia, a Ubezpieczony może żądać od Towarzystwa udzielenia mu informacji o postanowieniach umowy ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.
2. Towarzystwo może podnieść zarzuty mające wpływ na jego odpowiedzialność również przeciwko Ubezpieczonemu, ale roszczenie o zapłatę składki przysługuje mu wyłącznie w stosunku do Ubezpieczającego.

§ 11

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
2. W razie odstąpienia od umowy ubezpieczenia umowa rozwiązuje się z dniem otrzymania przez Towarzystwo pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego w tej sprawie.
3. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczony może w każdym czasie zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej poprzez złożenie pisemnego oświadczenia Towarzystwu lub Ubezpieczającemu.
4. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
5. Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Zwrotu dokonuje się w złotych.

ROZDZIAŁ IV

Okres ubezpieczenia

§ 12

1. Okres ubezpieczenia wskazany jest w polisie ubezpieczeniowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa dla formy imiennej, o której mowa w § 6 ust. 1 pkt 2), obowiązuje podczas wszystkich wyjazdów Ubezpieczonego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, niezależnie od ich liczby, pod warunkiem że każdorazowa podróż nie trwa dłużej niż 90 dni. Przy podróżach powyżej 90 dni ochrona ubezpieczeniowa obowiązuje przez pierwsze 90 dni.
3. Przedłużenie okresu ubezpieczenia wymaga zawarcia nowej umowy ubezpieczenia, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 4. W przypadku przedłużania okresu ubezpieczenia Ubezpieczonego przebywającego za granicą Polski lub kraju rezydencji przed zakończeniem terminu jego obowiązywania, nie stosuje się karencji, o której mowa w § 13 ust. 3.
4. W sytuacji gdy powrót Ubezpieczonego do Polski lub kraju rezydencji opóźnia się z poniżej wskazanych przyczyn losowych, niezależnych od Ubezpieczonego, ochrona ubezpieczeniowa zostaje automatycznie przedłużona do chwili możliwego powrotu Ubezpieczonego do Polski lub kraju rezydencji, nie dłużej jednak niż do 72 godzin, bez obowiązku opłacenia dodatkowej składki:
 - 1) awaria środka transportu;
 - 2) zdarzenie losowe: pożar, huragan, powódź, deszcz nawalny, grad, lawina, bezpośrednie uderzenie pioruna, trzęsienie, zapadanie lub osuwanie się ziemi, wybuch lub upadek pojazdu powietrznego;
 - 3) akcja ratownicza prowadzona w związku ze zdarzeniami opisanymi w pkt 2);
 - 4) odwołanie lub opóźnienie środka transportu publicznego ze względu na złe warunki atmosferyczne;
 - 5) wypadek w komunikacji lądowej, wodnej lub powietrznej.

§ 13

1. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie zdarzenia, które zasły w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami określonymi w pkt 1) i 2):
 - 1) ubezpieczenie kosztów leczenia i natychmiastowej pomocy assistance, odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym, odpowiedzialności cywilnej związanej z uprawianiem sportu, sprzętu sportowego, Pakiet Zimowy, udziału własnego w wynajętym pojeździe, bagażu podróznego, opóźnienia w dostarczeniu bagażu podróznego, opóźnienia lotu – rozpoczyna się od chwili przekroczenia przez Ubezpieczonego granicy Polski lub kraju rezydencji, a kończy się w chwili przekroczenia przez Ubezpieczonego granicy Polski lub kraju rezydencji, nie później jednak niż o godz. 23.59 dnia wskazanego jako zakończenie ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków, kosztów leczenia na terenie Polski, kosztów rehabilitacji na terenie Polski oraz pobytu w szpitalu na terenie Polski – rozpoczyna się od chwili opuszczenia przez Ubezpieczonego miejsca zamieszkania na terenie Polski lub kraju rezydencji w celu wyjazdu za granicę, a kończy się w chwili powrotu Ubezpieczonego do miejsca zamieszkania na terenie Polski lub kraju rezydencji, nie później jednak niż o godz. 23.59 dnia wskazanego jako data zakończenia ochrony ubezpieczeniowej.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się po 3 godzinach od chwili opłacenia składki ubezpieczeniowej, nie wcześniej jednak niż od daty i godziny wskazanej w polisie jako początek ochrony ubezpieczeniowej, chyba że osoba, na której rachunek jest zawierana umowa ubezpieczenia, przebywa za granicą. W przypadku gdy zawierana umowa ubezpieczeniowa dotyczy osoby, która w chwili zawierania umowy przebywa za granicą, to odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do niej rozpoczyna się po upływie 3 dni od dnia opłacenia składki ubezpieczeniowej (karencja). Składka pobierana jest przez Towarzystwo wyłącznie za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.

ROZDZIAŁ V

Sumy ubezpieczenia i gwarancyjne oraz składka ubezpieczeniowa

§ 14

1. Suma ubezpieczenia lub suma gwarancyjna oraz ich podlimity stanowią górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie danego ubezpieczenia lub zdarzeń ubezpieczeniowych, dla których zostały ustalone w odniesieniu do jednego Ubezpieczonego.
2. Suma ubezpieczenia i suma gwarancyjna oraz ich podlimity są ustalane dla wszystkich ubezpieczonych zdarzeń w okresie ubezpieczenia i ulegają zmniejszeniu o kwoty wypłaconych odszkodowań i świadczeń.
3. Suma ubezpieczenia i suma gwarancyjna danej umowy ubezpieczenia są wskazane w polisie ubezpieczeniowej.
4. W umowach ubezpieczenia w formie grupowej imiennej lub bezimiennej z limitem osobodni Ubezpieczonych obowiązuje jednakowoży zakres ubezpieczenia i takie same sumy ubezpieczenia.

§ 15

1. Składkę oblicza się na podstawie taryfy składek Towarzystwa obowiązującej w chwili zawierania umowy ubezpieczenia. Składka ustalana jest w złotych i płatna na wskazany w polisie rachunek bankowy.
2. W umowach ubezpieczenia w formie grupowej bezimiennej (tj. z limitem osobodni) ustala się składkę w tej samej wysokości dla wszystkich Ubezpieczonych.
3. Wysokość składki zależy od wariantu ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia, wysokości sum ubezpieczenia i sum gwarancyjnych oraz ich podlimitów.

§ 16

Objęcie ochroną ubezpieczeniową ryzyka uprawiania sportów ekstremalnych powoduje objęcie ochroną ubezpieczeniową również uprawia-

nia sportów wysokiego ryzyka, bez konieczności opłacenia dodatkowej składki, a w przypadku łączenia dodatkowych ryzyk sportowych (kody SWR, SE) najwyższa zwykła składki obejmuje wszystkie ryzyka sportowe objęte niższą zwykłą.

ROZDZIAŁ VI

Generalne wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 17

1. Towarzystwo nie odpowiada za zdarzenia powstałe wskutek umyślnego lub rażąco niedbałego działania lub zaniechania działania Ubezpieczonego, chyba że zapłata świadczenia w danych okolicznościach odpowiada względem słuszności.
2. Ochroną ubezpieczeniową Towarzystwa nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) działań wojennych, aktów terroryzmu, stanu wojennego lub udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, strajkach, akcjach protestacyjnych, blokadach dróg i bójkach, z zastrzeżeniem ust. 4;
 - 2) działań zaistniałych w okolicznościach, przed którymi ostrzega Ministerstwo Spraw Zagranicznych Rzeczypospolitej Polskiej, w „Ostrzeżeniach dla podróżujących” o treści: „MSZ odradza wszelkie podróże”, dotyczących zagrożeń związanych z wojną lub wojną domową w przypadku wyjazdu Ubezpieczonego do któregośkolwiek z tych krajów lub pobytu w nim;
 - 3) uczestnictwa w zakładach;
 - 4) alkoholizmu Ubezpieczonego oraz jego skutków;
 - 5) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków lub innych środków odurzających oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 6) kierowania pojazdem bez wymaganych prawem danego kraju uprawnień albo usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 7) prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu;
 - 8) uczestnictwa w wyścigach pojazdów motorowych i motorowodnych, jazdy na odcinkach przeznaczonych do szybkiej jazdy, rajdów, jak również innej jazdy pojazdami motorowymi, w której chodzi o rywalizację;
 - 9) wypadków, którym osoba ubezpieczona uległa, uczestnicząc w imprezach jako kierowca lub pasażer pojazdu motorowego, łącznie z towarzyszącymi tym imprezom ćwiczeniami lub treningami, których celem jest osiągnięcie najwyższych prędkości;
 - 10) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony był kierującym lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych;
 - 11) udziału w każdym rodzaju wyprawy w Himalaje i Karakorum, uprawiania każdego rodzaju trekkingu czy wspinaczki górskiej w Himalajach i Karakorum;
 - 12) pełnienia przez Ubezpieczonego czynnej służby w siłach zbrojnych;
 - 13) samobójstwa lub usiłowania popełnienia samobójstwa, dokonania samookaleczenia przez Ubezpieczonego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypłata świadczenia lub świadczenie usługi wynikającej z umowy ubezpieczenia mogłyby narazić Towarzystwo na sankcje, zakazy lub restrykcje wynikające z rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub na jakiegokolwiek sankcje handlowe lub gospodarcze wynikające z prawa Unii Europejskiej, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Stanów Zjednoczonych Ameryki lub Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa istnieje w okresie 7 dni od rozpoczęcia działań wojennych lub wprowadzenia stanu wojennego na terytorium kraju, w którym przebywa Ubezpieczony podczas podróży zagranicznej, i obejmuje ich skutki oraz skutki aktów terroryzmu, z wyłączeniem skutków użycia broni atomowej, biologicznej lub chemicznej, jednakże odpowiedzialność Towarzystwa nie istnieje, gdy podróż zagraniczna odbywa się do kraju, na którego terytorium już trwają działania wojenne lub został wprowadzony stan wojenny. Powyższe wyłączenie odpowiedzialności nie ma zastosowania, jeśli pomiędzy zdarzeniem a działaniami wojennymi, wprowadzonym stanem wojennym, aktami terroryzmu, z wyłączeniem

skutków użycia broni atomowej, biologicznej lub chemicznej, nie zachodzi związek przyczynowo-skutkowy.

§ 18

Jeżeli Ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie dopełnił któregośkolwiek z obowiązków wynikających z umowy ubezpieczenia, i miało to wpływ na zakres odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokość świadczenia lub odszkodowania, Towarzystwo może odmówić wypłaty odszkodowania lub świadczenia w takim stopniu, w jakim niedopełnienie tych obowiązków przyczyniło się do zwiększenia szkody lub wysokości świadczenia Towarzystwa lub uniemożliwiło Towarzystwu ustalenie okoliczności i skutków ubezpieczonego zdarzenia.

ROZDZIAŁ VII

Ustalenie oraz wypłata odszkodowań i świadczeń

§ 19

1. Ustalenie zasadności roszczenia i wysokości świadczenia lub odszkodowania następuje na podstawie pełnej dokumentacji, określonej w OWU i Klauzulach lub wskazanej przez Towarzystwo, przedłożonej przez Ubezpieczonego, Uprawnionego lub osobę trzecią.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia lub odszkodowania, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia lub odszkodowania, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
3. Postanowień ust. 1 i ust. 2 nie stosuje się do ubezpieczenia assistance (świadczenia pomocy na korzyść osób, które popadły w trudności w czasie podróży lub podczas nieobecności w miejscu zamieszkania), jeżeli świadczenie jest spełnione bezpośrednio po zgłoszeniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową lub bez przeprowadzania postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia.

§ 20

1. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia lub odszkodowania w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub odszkodowania lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie wskazanym w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo wypłaci świadczenie lub odszkodowanie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
2. Jeżeli wypłata świadczenia lub odszkodowania nie jest możliwa w terminach określonych w ust. 1, Towarzystwo zawiadomi na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego (w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek i w sytuacji gdy Ubezpieczony nie jest osobą zgłaszającą roszczenie) o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaci bezsporną część świadczenia lub odszkodowania.
3. Świadczenie lub odszkodowanie wypłaca się na terytorium Polski w złotych, według średniego kursu z ostatniej tabeli NBP z dnia zdarzenia, z wyjątkiem kosztów zwracanych bezpośrednio za granicą wykonawcom usług oraz świadczeń pieniężnych objętych usługami assistance lub kosztów leczenia, jak też świadczeń lub odszkodowań wypłacanych za granicami Polski z tytułu odpowiedzialności cywilnej.

§ 21

1. Jeżeli świadczenie lub odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia lub odszkodowania. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
2. Jeżeli osoba dochodząca świadczenia lub odszkodowania nie zgadza się z ustaleniami Towarzystwa co do odmowy zaspokojenia roszczenia lub wysokości świadczenia lub odszkodowania, może w ciągu 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia zgłosić na piśmie odwołanie do Towarzystwa. Odwołanie można również złożyć w trybie opisanym w § 25 ust. 4.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego po nabyciu przez niego prawa do wypłaty odszkodowania z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo wypłaci to odszkodowanie jego spadkobiercom.

ROZDZIAŁ VIII

Obowiązki stron umowy ubezpieczenia

§ 22

W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, o ile konieczna jest zgoda Ubezpieczonego na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej lub Ubezpieczający przekazuje osobom zainteresowanym, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku OWU wraz ze wszystkimi załącznikami.

§ 23

Towarzystwo jest zobowiązane:

- 1) doręczyć Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku OWU i inne dokumenty niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
- 2) doręczyć Ubezpieczającemu polisę lub dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 3) prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania przewidziane w umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

ROZDZIAŁ IX

Postanowienia końcowe

§ 24

1. Z dniem zapłaty odszkodowania przez Towarzystwo roszczenia Ubezpieczonego wobec osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzą na Towarzystwo do wysokości wypłaconego odszkodowania.
2. Na Towarzystwo nie przechodzi roszczenie Ubezpieczonego wobec osób, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. W razie zajścia ubezpieczonego zdarzenia Ubezpieczony jest zobowiązany zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.
4. Jeżeli Ubezpieczony bez zgody Towarzystwa zrzekł się roszczenia w stosunku do osoby odpowiedzialnej za szkodę lub w nienależyty sposób wykonuje obowiązki wymienione w ust. 3, Towarzystwo jest zwolnione z obowiązku spełnienia świadczenia w takim zakresie, w jakim uniemożliwiło to dochodzenie roszczeń regresowych od osoby odpowiedzialnej za szkodę. Jeżeli zostało to ujawnione lub miało miejsce po wypłaceniu odszkodowania, Ubezpieczony zobowiązany jest na żądanie Towarzystwa do zwrotu takiej części wypłaconego odszkodowania, z której Towarzystwo byłoby zwolnione zgodnie z zasadami określonymi w zdaniu poprzedzającym.

§ 25

1. W każdym przypadku osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub osobą uprawnioną z umowy ubezpieczenia,

a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamację.

2. W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień składanych przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
3. W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień dotyczących brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
4. Reklamacje, o których mowa powyżej, można składać w następujący sposób:
 - 1) elektronicznie – na adres e-mail: obslugareklamacji@uniqa.pl;
 - 2) na piśmie – osobiście, w jednostce obsługującej klientów lub siedzibie Towarzystwa, albo przesyłką pocztową na następujący adres: 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51, albo na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w ustawie z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych jako rejestru publicznego prowadzonego przez ministra właściwego do spraw informatyzacji, tj. AE:PL-71235-46013-CSHSF-26;
 - 3) ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu +48 22 599 95 22 (koszt połączenia zgodny z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa.
5. Reklamacje wnosi się do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
6. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo w przypadku reklamacji wniesionej przez osobę fizyczną – pocztą elektroniczną, jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
7. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
8. 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 razie wyboru takiej formy kontaktu), a dodatkowo w przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej – firmę.
9. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
10. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie wyśle informację o przyczynie opóźnienia i wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
11. Jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, a ponadto może wystąpić do sądu powszechnego

z powództwem przeciwko Towarzystwu według właściwości określonej w § 26.

12. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla Towarzystwa do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa; www.rf.gov.pl).
13. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
14. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami ust. 1–3, przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażaleń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ust. 4–9 i 13, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie poinformuje osobę składającą skargę lub zażalenie o przyczynie niemożności ich rozpatrzenia, i w takim przypadku odpowiedź na skargę lub zażalenie zostanie udzielona nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.
15. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 26

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, 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.

§ 27

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia w związku z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia powinny być składane na piśmie, chyba że OWU przewidują inaczej.
2. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa.
3. Integralną część warunków ubezpieczenia stanowi Formularz do OWU, tj. informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

§ 28

OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 24 października 2023 r. i wchodzi w życie 16 listopada 2023 r.

ZAŁĄCZNIK NR 1 – DEFINICJE

Ilekcję w OWU lub Klauzulach używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez to rozumieć:

- 1) **akt terroryzmu** – planowane i zorganizowane działania pojedynczych osób lub grup skutkujące naruszeniem istniejącego porządku prawnego, podjęte w celu wywołania chaosu lub wymuszenia od władz państwowych i społeczeństwa określonych zachowań lub świadczeń;
- 2) **amatorskie uprawianie sportów letnich i zimowych** – uprawianie rekreacyjne sportów w warunkach letnich lub zimowych w wyznaczonych do tego miejscach (stokach, trasach, akwenach), których wykaz wskazany został w tabeli stanowiącej Załącznik nr 4 do OWU w kolumnie A;
- 3) **ambulatorium** – zakład lecznictwa otwartego, w którym z wykorzystaniem wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego udzielana jest pomoc medyczna w zakresie diagnostyki i leczenia; pojęcie to nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych i uzdrowiskowych, prewatoriów ani centrów i ośrodków rehabilitacyjnych;
- 4) **bagaż podróży** – przedmioty stanowiące własność Ubezpieczonego lub znajdujące się w jego legalnym posiadaniu podczas podróży zagranicznej, służące do użytku osobistego; bagażem podróży są także pojedyncze rzeczy przewożone w formie upominku, a także wózek dziecięcy;
- 5) **bilet lotniczy** – dokument podróży wydany przez przewoźnika lotniczego lub w jego imieniu, zawierający warunki umowy przewozu na trasie międzynarodowej, zawiadomienia oraz odcinki dotyczące podróży i pasażera; w przypadku zakupu biletu w formie elektronicznej dokumentem podróży jest potwierdzenie zawierające numer biletu oraz jego cenę;
- 6) **Centrum Alarmowe** – jednostka organizacyjna zajmująca się w imieniu Towarzystwa organizacją i świadczeniem Ubezpieczonemu usług assistance oraz likwidacją szkód;
- 7) **choroba nowotworowa** – schorzenie polegające na niekontrolowanym rozroście tkanki danego narządu; schorzenie może mieć charakter przewlekły, może również objawiać się objawami ostrymi pojawiającymi się nagle;
- 8) **choroba przewlekła** – choroba, w której obrazie zgodnie z aktualną wiedzą medyczną znajduje się długotrwałe, stałe lub nawracające występowanie objawów lub odchyśleń w badaniach dodatkowych i która była rozpoznana, leczona lub dawała objawy w okresie nie dalszym niż 24 miesiące poprzedzające datę zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 9) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10);
- 10) **choroba tropikalna** – choroba wywołana przez organizmy patogeniczne charakterystyczne dla stref podzwrotnikowych i równikowych;
- 11) **deszcz nawałny** – deszcz o współczynniku wydajności co najmniej 4, ustalonym przez Instytut Meteorologii i Gospodarki Wodnej (IMiGW), a przy braku możliwości uzyskania odpowiednich informacji z IMiGW wystąpienie deszczu nawałnego stwierdza się na podstawie stanu faktycznego i rozmiaru szkód w miejscu ich powstania lub bezpośrednim sąsiedztwie;
- 12) **dokumentacja medyczna** – dokumentacja dotycząca leczenia Ubezpieczonego, sporządzona zgodnie z wymogami prowadzenia dokumentacji w danym kraju;
- 13) **ekspedycja** – zorganizowana wyprawa mająca na celu zrealizowanie wytyczonych zadań o charakterze sportowym bądź naukowym;
- 14) **grad** – opad atmosferyczny składający się z bryłek lodu;
- 15) **grupowa forma ubezpieczenia** – umowa zawarta przez Ubezpieczającego na rzecz minimum 11 osób (forma grupowa imienna) lub co najmniej 100 osobodni (forma grupowa bezimienna);
- 16) **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny, powstałe w wyniku następstwa nagłego zachorowania lub несчастliwego wypadku;
- 17) **huragan** – wiatr o prędkości nie mniejszej niż 24 m/s, ustalonej przez Instytut Meteorologii i Gospodarki Wodnej, którego działanie wyrządza masowe szkody, a przy braku możliwości uzyskania odpowiednich informacji z IMiGW wystąpienie deszczu nawałnego stwierdza się na podstawie stanu faktycznego i rozmiaru szkód w miejscu ich powstania lub bezpośrednim sąsiedztwie;
- 18) **impreza turystyczna** – impreza turystyczna w rozumieniu przepisów Ustawy o imprezach turystycznych i powiązanych usługach turystycznych;
- 19) **katastrofa naturalna** – zdarzenie związane z działaniami sił natury, powodujące drastyczne zmiany środowiska i wywołane przez czynniki naturalne: wstrząsy sejsmiczne, wybuchy wulkanów, pożary, susze, powodzie, huragany, fale tsunami, zjawiska lodowe na rzekach, morzach, jeziorach i innych zbiornikach wodnych, długotrwałe występowanie ekstremalnych temperatur, osuwiska ziemi, masowe występowanie szkodników, chorób roślin i zwierząt;
- 20) **koszty leczenia** – niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty leczenia Ubezpieczonego, który podczas podróży zagranicznej musiał poddać się leczeniu w związku z nagłym zachorowaniem lub несчастliwym wypadkiem;
- 21) **kradzież** – dokonanie zaboru mienia Ubezpieczonego;
- 22) **kradzież z włamaniem** – dokonanie lub usiłowanie dokonania zaboru mienia Ubezpieczonego, po uprzednim usunięciu siłą zabezpieczenia lub otworzeniu wejścia przy użyciu narzędzi albo podrobionego lub dopasowanego klucza bądź oryginalnego klucza, w którym posiadanie sprawca wszedł wskutek włamania do innego pomieszczenia lub w wyniku rozboju;
- 23) **kraj rezydencji** – kraj inny niż Rzeczpospolita Polska, który stanowi dla Ubezpieczonego miejsce stałego albo czasowego pobytu i w którym prowadzi on życie zawodowe lub osobiste, i w którym Ubezpieczony zamieszkuje nieprzerwanie przez okres co najmniej jednego roku bezpośrednio poprzedzającego zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że krajem rezydencji nie jest kraj, w którym dana osoba przebywa w celu kształcenia się lub do którego jest oddelegowana do pracy;
- 24) **lawina** – gwałtowne zsuwanie się lub staczanie mas śniegu, lodu, błota, skał lub kamieni ze zboczy na terenach górskich lub falistych;
- 25) **leczenie ambulatoryjne** – udzielanie, przez działających zgodnie z prawem świadczeniodawców, świadczeń zdrowotnych osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych;
- 26) **leczenie stomatologiczne zachowawcze** – leczenie próchnicy, leczenie zmian martwiczych, leczenie kanałowe, wymiana uszkodzonych wypełnień, leczenie chorób dziąseł (paradentoz, usuwanie kamienia);
- 27) **nagłe zachorowanie** – powstały w sposób nagły i niespodziewany stan chorobowy, zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej; za nagłe zachorowanie uznaje się również zaostrenie choroby nowotworowej, psychicznej lub przewlekłej;
- 28) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swej woli, doznał trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł;
- 29) **osoba bliska**:
 - a) współmałżonek, konkubent, konkubina, dzieci (również przysposobione), rodzeństwo, rodzice, teściowie, dziadkowie, wnuki i osoby przysposobione, synowa, zięć,
 - b) inne osoby dorosłe podróżujące wspólnie z osobą małoletnią (dzieckiem), pod warunkiem że istnieje między nimi a dzieckiem pokrewieństwo;
- 30) **osoba towarzysząca** – osoba odbywająca podróż wraz z Ubezpieczonym i wskazana przez niego do towarzyszenia mu w trakcie leczenia lub transportu;
- 31) **osoba wezwana do towarzyszenia** – wskazana przez Ubezpieczonego osoba bliska zamieszkała w Polsce lub kraju rezydencji, która w przypadku braku osoby towarzyszącej przyjedzie do miejsca zdarzenia i będzie towarzyszyła Ubezpieczonemu w trakcie leczenia;
- 32) **osoby, za które Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność** – dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego, dzieci własne lub przysposobione małżonka Ubezpieczonego, wnuki Ubezpieczonego;
- 33) **pobyt w szpitalu** – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny;

- 34) **podróż zagraniczna** – pobyt Ubezpieczonego poza granicami Polski i krajem rezydencji, który rozpoczyna się od momentu przekroczenia przez Ubezpieczonego granicy Polski lub kraju rezydencji i kończy się z chwilą powrotu Ubezpieczonego do Polski lub kraju rezydencji;
- 35) **powódź** – zalanie terenów w następstwie podniesienia się poziomu wody w korytach wód płynących lub stojących lub zalanie terenów wskutek deszczu nawalnego;
- 36) **praca fizyczna** – podjęcie lub wykonywanie przez Ubezpieczonego czynności w celu zarobkowym bez względu na podstawę prawną zatrudnienia, z wyjątkiem pracy kierowców autokarów oraz kierowców samochodów dostawczych i ciężarowych (w tym wyładunek i rozładunek oraz czynności związane z zabezpieczeniem przewożonego ładunku) i pracy umysłowej; pracą fizyczną jest również działalność niezarobkowa, np. wolontariat, praktyki zawodowe w warsztacie lub fabryce; jeżeli praca Ubezpieczonego ma charakter pracy fizycznej i jednocześnie pracy umysłowej, przyjmuje się, że Ubezpieczony wykonuje pracę fizyczną;
- 37) **przenośny sprzęt elektroniczny** – telefon komórkowy, sprzęt fotograficzny, kamery, laptop, sprzęt służący do odtwarzania i nagrywania dźwięku, gry elektroniczne;
- 38) **rabunek** – zabór mienia z zastosowaniem przemocy fizycznej lub groźby natychmiastowego jej użycia wobec Ubezpieczonego bądź z doprowadzeniem go do nieprzytomności lub bezbronności;
- 39) **składka** – kwota, którą Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić na rzecz Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia;
- 40) **sporty ekstremalne** – sporty uprawiane regularnie i intensywnie poprzez udział w treningach, zawodach i obozach kondycyjnych w ramach przynależności do klubów sportowych, a także czerpanie dochodu z uprawianej dyscypliny sportu, jak również uczestniczenie w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi albo w ekspedycjach; za sporty ekstremalne uznaje się również sporty wykazane w tabeli stanowiącej Załącznik nr 4 do OWU w kolumnie C;
- 41) **sporty wysokiego ryzyka** – sporty, których wykaz został wskazany w tabeli stanowiącej Załącznik nr 4 do OWU w kolumnie B;
- 42) **sprzęt sportowy** – sprzęt, który jest własnością Ubezpieczonego, związany z dyscypliną sportu, którą Ubezpieczony będzie uprawiał podczas podróży zagranicznej; za sprzęt sportowy uważa się: narty do uprawiania wszelkich odmian narciarstwa z butami i kijkami, deskę do uprawiania snowboardingu i wszystkich jego odmian z butami, deskę do uprawiania surfingu i wszystkich jego odmian wraz z żaglem (windsurfing) lub latawcem (kitesurfing), deska do wakeboardingu, rower, specjalistyczny sprzęt używany do nurkowania wraz z ekwipunkiem, sprzęt do gry w golfa (kije wraz z wózkiem i torbą);
- 43) **Strony** – UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie i Ubezpieczający;
- 44) **suma ubezpieczenia lub gwarancyjna** – górny limit odpowiedzialności Towarzystwa ustalony na poszczególne ryzyka;
- 45) **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; w rozumieniu OWU za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
- 46) **Towarzystwo** – UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie;
- 47) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe uszkodzenie ciała Ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, przy czym przez trwałe uszkodzenie ciała rozumie się trwały ubytek struktury i funkcji narządu lub kończyny;
- 48) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, ale posiadająca zdolność do czynności prawnych, zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacenia składki;
- 49) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na której rachunek zawarto umowę ubezpieczenia;
- 50) **uderzenie pioruna** – silne wyładowanie elektrostatyczne w atmosferze;
- 51) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem;
- 52) **Uposażony** – osoba upoważniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego, wyznaczona imiennie przez Ubezpieczonego; jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych lub wszyscy Uposażeni utracili prawo do świadczenia, uprawnionymi do otrzymania świadczenia są wymienione niżej osoby w następującej kolejności:
 - a) małżonek – w całości, a w razie jego braku
 - b) dzieci – w równych częściach w przypadku braku małżonka, a w razie ich braku
 - c) rodzice – w równych częściach w przypadku braku małżonka i dzieci, a w razie ich braku
 - d) rodzeństwo – w równych częściach, w przypadku braku małżonka, dzieci i rodziców, a w razie jego braku
 - e) spadkobiercy – w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym, w przypadku braku małżonka, dzieci, rodziców i rodzeństwa;
- 53) **wada wrodzona** – powstała w okresie życia wewnątrzmacicznego i obecna przy urodzeniu, wewnętrzna lub zewnętrzna nieprawidłowość morfologiczna;
- 54) **zaostrzenie choroby nowotworowej, psychicznej lub przewlekłej** – powstałe w sposób nagły, po przekroczeniu granicy Polski lub kraju rezydencji, nasilenie (zaostrzenie) lub powikłanie choroby nowotworowej, psychicznej lub przewlekłej o ostrym przebiegu, wymagające natychmiastowej pomocy lekarskiej, w związku z którym nastąpiła konieczność poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu przed zakończeniem podróży zagranicznej;
- 55) **zasięg terytorialny ubezpieczenia:**
 - a) **strefa A** – Europa (Republika Albanii, Księstwo Andory, Republika Austrii, Republika Białorusi, Królestwo Belgii, Bośnia i Hercegowina, Republika Bułgarii, Republika Chorwacji, Republika Cypryjska, Republika Czeska, Królestwo Danii, Republika Estońska, Republika Finlandii, Republika Francuska, Republika Grecka, Królestwo Hiszpanii łącznie z Wyspami Kanaryjskimi, Irlandia, Republika Islandii, Republika Kosowa, Księstwo Liechtensteinu, Republika Litewska, Wielkie Księstwo Luksemburga, Republika Łotewska, Republika Macedonii, Republika Malty, Republika Mołdawii, Księstwo Monako, Królestwo Nederlandów, Królestwo Norwegii, Republika Portugalska, Federacja Rosyjska (część europejska), Republika Federalna Niemiec, Rumunia, Republika San Marino, Republika Serbii, Republika Czarnogóry, Republika Słowacka, Republika Słowenii, Konfederacja Szwajcarska, Królestwo Szwecji, Republika Turcji, Państwo Watykańskie, Ukraina, Republika Węgierska, Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Republika Włoska), z wyłączeniem terytorium Polski oraz kraju rezydencji,
 - b) **strefa B** – cały świat, z wyłączeniem terytorium Polski oraz kraju rezydencji;
- 56) **zdarzenie ubezpieczeniowe:**
 - a) w ubezpieczeniu kosztów leczenia i natychmiastowej pomocy assistance oraz pobytu w szpitalu na terenie Polski – nagłe zachorowanie lub nieszczęśliwy wypadek oraz wskazane w OWU zdarzenia zobowiązujące Towarzystwo do zorganizowania i świadczenia natychmiastowej pomocy assistance,
 - b) w ubezpieczeniu następstwa nieszczęśliwych wypadków, kosztów leczenia na terenie Polski oraz kosztów rehabilitacji na terenie Polski – nieszczęśliwy wypadek,
 - c) w ubezpieczeniu bagażu podróżnego oraz sprzętu sportowego – wskazane w OWU zdarzenia losowe oraz inne zdarzenia skutkujące uszkodzeniem, zniszczeniem lub utratą bagażu bądź sprzętu sportowego, jak też opóźnienie w dostarczeniu bagażu w wariantach Rozszerzonym, Optymalnym i Maksymalnym,
 - d) w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym i w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej związanej z uprawianiem sportu – działanie lub zaniechanie, stanowiące czyn niedozwolony.

ZAŁĄCZNIK NR 2 – TABELA WARIANTÓW UBEZPIECZENIA

Zakres ubezpieczenia, wysokość sum ubezpieczenia i gwarancyjnych oraz ich podlimitów została podana w złotych.

Jeżeli w tabeli wariantów dla danego ryzyka nie ma wskazanej sumy ubezpieczenia, sumy gwarancyjnej ani ich podlimitów, określony wariant ubezpieczenia nie obejmuje tego ryzyka.

Zakres ubezpieczenia	Sumy ubezpieczenia i gwarancyjne oraz ich podlimity dla każdego Ubezpieczonego			
	wariant Podstawowy	wariant Rozszerzony	wariant Optymalny	wariant Maksymalny
Ubezpieczenie kosztów leczenia i natychmiastowej pomocy assistance z uwzględnieniem poniższych podlimitów	250 000	750 000	1 250 000	2 500 000
Informacje o podlimitach				
koszty leczenia zaostrzeń chorób nowotworowych, psychicznych i przewlekłych	250 000	750 000	1 250 000	2 500 000
koszty ratownictwa	250 000	750 000	1 250 000	2 500 000
koszty leczenia stomatologicznego nagłych stanów zapalnych i bólowych	2 500	2 500	2 500	2 500
koszty naprawy lub zakupu okularów, protez stomatologicznych i środków pomocniczych	5 000	5 000	5 000	5 000
koszty zakupu trumny lub koszty kremacji i zakupu urny	6 000	6 000	6 000	6 000
koszty zakwaterowania, wyżywienia i transport osoby towarzyszącej Ubezpieczonemu	500 za dzień / maks. do 7 dni (zakwaterowanie i wyżywienie)	500 za dzień / maks. do 7 dni (zakwaterowanie i wyżywienie)	500 za dzień / maks. do 7 dni (zakwaterowanie i wyżywienie)	500 za dzień / maks. do 7 dni (zakwaterowanie i wyżywienie)
	5 000 (transport)	5 000 (transport)	5 000 (transport)	5 000 (transport)
koszty transportu i pobytu osoby wezwanej do towarzyszenia	500 za dzień / maks. do 7 dni (zakwaterowanie i wyżywienie)	500 za dzień / maks. do 7 dni (zakwaterowanie i wyżywienie)	500 za dzień / maks. do 7 dni (zakwaterowanie i wyżywienie)	500 za dzień / maks. do 7 dni (zakwaterowanie i wyżywienie)
	5 000 (transport)	5 000 (transport)	5 000 (transport)	5 000 (transport)
koszty kontynuacji zaplanowanej podróży	2 500	2 500	2 500	2 500
koszty wyżywienia i zakwaterowania w celu rekonwalescencji	500 za dzień / maks. do 7 dni	500 za dzień / maks. do 7 dni	500 za dzień / maks. do 7 dni	500 za dzień / maks. do 7 dni
koszty transportu osób bliskich	–	5 000	5 000	5 000
koszty transportu i opieki nad niepełnoletnimi dziećmi	–	5 000	5 000	5 000
koszty pomocy w przypadku wcześniejszego powrotu Ubezpieczonego do Polski lub kraju rezydencji	–	5 000	5 000	5 000
koszty pomocy prawnej	–	12 500	12 500	12 500
refundacja kosztów leczenia zwierzęcia za granicą	1 500	1 500	1 500	1 500
pomoc w przypadku izolacji	5 000	5 000	5 000	5 000
pomoc w przypadku kwarantanny	5 000	5 000	5 000	5 000
Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków	30 000	50 000	75 000	150 000
Ubezpieczenie bagażu podróжного	2 000	3 000	5 000	7 500
Ubezpieczenie opóźnienia w dostarczeniu bagażu podróжного	–	500	750	1 000

Zakres ubezpieczenia	Sumy ubezpieczenia i gwarancyjne oraz ich podlimity dla każdego Ubezpieczonego			
	wariant Podstawowy	wariant Rozszerzony	wariant Optymalny	wariant Maksymalny
Ubezpieczenie opóźnienia lotu	–	500	750	1 000
Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym z uwzględnieniem poniższych podlimitów	–	250 000	500 000	1 000 000
szkody osobowe	–	250 000	500 000	1 000 000
szkody rzeczowe	–	125 000	250 000	500 000
Ubezpieczenie kosztów kontynuacji leczenia na terenie Polski	–	500	750	1 000
Ubezpieczenie kosztów rehabilitacji na terenie Polski	–	500	750	1 000
Świadczenie za pobyt w szpitalu na terenie Polski (maks. do 10 dni pobytu)	–	125 zł za dzień	125 zł za dzień	125 zł za dzień
Amatorskie uprawianie sportów letnich i zimowych	tak	tak	tak	tak
Za opłatą dodatkowej składki				
Ubezpieczenie udziału własnego w wynajętym pojeździe*	4 000*	4 000*	4 000*	4 000*
Ubezpieczenie OC związanej z uprawianiem sportu i ubezpieczenie sprzętu sportowego z uwzględnieniem poniższych podlimitów				
szkody osobowe	500 000	500 000	500 000	500 000
szkody rzeczowe	250 000	250 000	250 000	250 000
sprzęt sportowy	5 000	5 000	5 000	5 000
Pakiet Zimowy (występuje wyłącznie wraz z ubezpieczeniem OC związanej z uprawianiem sportu i ubezpieczeniem sprzętu sportowego)				
zwrot kosztów karnetu za wyciąg narciarski	1 250	1 250	1 250	1 250
świadczenie dzienne w przypadku zamknięcia narciarskich tras zjazdowych	100 za dzień dla jednej osoby (maks. 10 dni)	100 za dzień dla jednej osoby (maks. 10 dni)	100 za dzień dla jednej osoby (maks. 10 dni)	100 za dzień dla jednej osoby (maks. 10 dni)
zwrot kosztów wypożyczenia sprzętu narciarskiego lub snowboardowego	100 za dzień dla jednej osoby (maks. 10 dni)	100 za dzień dla jednej osoby (maks. 10 dni)	100 za dzień dla jednej osoby (maks. 10 dni)	100 za dzień dla jednej osoby (maks. 10 dni)

* suma ubezpieczenia udziału własnego w wynajętym pojeździe określa górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do jednej polisy

Klauzula ubezpieczenia kosztów leczenia i natychmiastowej pomocy assistance

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

Przedmiotem ubezpieczenia są następujące koszty poniesione w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, które miały miejsce w czasie podróży zagranicznej:

- 1) koszty leczenia;
- 2) koszty transportu do Polski lub kraju rezydencji;
- 3) koszty pochówku za granicą albo transportu zwłok do miejsca pochówku na terenie Polski lub kraju rezydencji;
- 4) koszty związane z organizowaniem i świadczeniem natychmiastowej pomocy assistance;
- 5) koszty ratownictwa.

Koszty leczenia

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia są niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty leczenia Ubezpieczonego, który podczas podróży zagranicznej musiał poddać się leczeniu w związku z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem.
2. Towarzystwo pokryje udokumentowane koszty:
 - 1) konsultacji lekarskich wraz z dojazdem lekarza z najbliższej placówki służby zdrowia, w przypadku gdy wymaga tego stan zdrowia Ubezpieczonego;
 - 2) transportu Ubezpieczonego z miejsca nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania do najbliższego szpitala lub placówki służby zdrowia, a także transportu ze szpitala lub placówki służby zdrowia do miejsca pobytu za granicą;
 - 3) transportu Ubezpieczonego do innego szpitala lub placówki służby zdrowia, jeżeli szpital lub placówka służby zdrowia, w której Ubezpieczony jest leczony, nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do jego stanu zdrowia, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie;
 - 4) badań i zabiegów ambulatoryjnych oraz lekarstw (z wyjątkiem witamin, środków wzmacniających, odżywek, maści i kremów upiększających) i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza prowadzącego leczenie oraz środków pomocniczych, o ile jest to konieczne z medycznego punktu widzenia i zostało zalecone przez lekarza prowadzącego (orteza, kule);
 - 5) pobytu w szpitalu, tj. leczenia, zabiegów i operacji, których przeprowadzenia nie można było, ze względu na stan zdrowia, odłożyć do czasu powrotu do Polski lub kraju rezydencji; Centrum Alarmowe dokonuje wyboru szpitala, który najlepiej odpowiada stanowi zdrowia Ubezpieczonego, organizuje dowóz do szpitala środkiem transportu sanitarnego, informuje szpital o warunkach płatności oraz pozostaje w ciągłym kontakcie ze szpitalem;
 - 6) leczenia stomatologicznego w przypadku nagłych stanów bólowych i zapalnych wymagających udzielenia natychmiastowej pomocy lekarskiej;
 - 7) naprawy lub zakupu okularów, protez stomatologicznych (z włączeniem implantów stomatologicznych) oraz środków pomocniczych, w przypadku gdy ich uszkodzenie związane było z nieszczęśliwym wypadkiem (orteza, kule);
 - 8) poniesione na komorę dekompresyjną w uzasadnionych medycznie przypadkach, pod warunkiem opłacenia składki uwzględniającej wyższą za ubezpieczenie nurkowania z aparatem powierzchniowym (sporty wysokiego ryzyka – kod SWR) lub freediving (sporty ekstremalne – kod SE).

Koszty transportu do Polski lub kraju rezydencji

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia są niezbędne i udokumentowane koszty transportu medycznego Ubezpieczonego do Polski lub kraju re-

zydencji – do placówki służby zdrowia lub miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, w związku z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem, o ile wymaga tego stan zdrowia Ubezpieczonego, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie.

2. Przedmiotem ubezpieczenia są również niezbędne i udokumentowane koszty transportu Ubezpieczonego do Polski lub kraju rezydencji po zakończeniu leczenia, w przypadku gdy Ubezpieczony nie może kontynuować podróży ani powrócić do kraju wcześniej zaplanowanym środkiem transportu, zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego leczenie.
3. Towarzystwo pokryje koszty, o których mowa w ust. 1 i ust. 2, z zastrzeżeniem że jeżeli koszt transportu do kraju rezydencji Ubezpieczonego przekracza koszt transportu do Polski, to limit odpowiedzialności Towarzystwa stanowi kwota kosztu transportu do Polski.

Koszty pochówku za granicą albo transportu zwłok do miejsca pochówku na terenie Polski lub kraju rezydencji

§ 4

Jeżeli Ubezpieczony zmarł w trakcie podróży zagranicznej, a śmierć nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, Towarzystwo w porozumieniu z osobami bliskimi Ubezpieczonego organizuje wszelkie formalności oraz pokrywa koszty:

- 1) pochówku za granicą albo transportu zwłok Ubezpieczonego do miejsca pochówku na terenie Polski lub kraju rezydencji;
- 2) zakupu za granicą trumny albo zakupu urny i kremacji za granicą.

Koszty związane z organizowaniem i świadczeniem natychmiastowej pomocy assistance

§ 5

W ramach organizowania i świadczenia natychmiastowej pomocy assistance Towarzystwo gwarantuje następujące usługi i świadczenia:

- 1) **Całodobowy dyżur Centrum Alarmowego**
- 2) **Usługi informacyjne**

Centrum Alarmowe udzieli Ubezpieczonemu informacji na temat: przepisów celnych i wizowych, dokumentów wymaganych przy wjeździe i w czasie pobytu w danym kraju, zalecanych szczepień, wynajmu samochodu, bazy noclegowej, pogody i warunków klimatycznych.

- 3) **Pomoc w przypadku kradzieży lub utraty dokumentów**

W przypadku kradzieży lub zaginięcia podczas podróży zagranicznej kart kredytowych należących do Ubezpieczonego, Centrum Alarmowe zapewnia pomoc przy zablokowaniu konta osobistego, polegającą na przekazaniu Ubezpieczonemu właściwego numeru telefonu do banku prowadzącego rachunek bankowy Ubezpieczonego albo przekazaniu do banku prowadzącego rachunek bankowy Ubezpieczonego informacji o zaistniałej kradzieży lub zaginięciu. Towarzystwo nie odpowiada za skuteczność ani też za prawidłowość przeprowadzenia przez bank procesu blokowania konta, ani za powstałe w związku z tym szkody.

W przypadku kradzieży, zaginięcia lub uszkodzenia dokumentów niezbędnych Ubezpieczonemu w czasie podróży zagranicznej Centrum Alarmowe udziela informacji o działaniach, jakie należy podjąć w celu uzyskania dokumentów zastępczych.

- 4) **Koszty zakwaterowania, wyżywienia i transportu osoby towarzyszącej Ubezpieczonemu w podróż**

Jeżeli Towarzystwo pokrywa koszty pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, powstałe w związku z nieszczęśliwym wypadkiem lub nagłym zachorowaniem, i pobyt ten przedłuża się poza pierwotnie przewidziany termin powrotu Ubezpieczonego do Polski lub kraju rezydencji, to dodatkowo pokrywane są koszty zakwaterowania, wyżywienia i transportu jednej towarzyszącej Ubezpieczonemu osoby. Towarzystwo pokryje również koszty biletu lotniczego w klasie ekonomicznej, biletu kolejowego bądź autobusowego – w zależności od tego, który z rodzajów transportu będzie trwał najkrócej. W przypadku opłacenia biletu przez osobę towarzyszącą Ubezpieczonemu Towarzystwo zrefunduje poniesione koszty do wysokości ustalonej zgodnie ze zdaniem poprzedzającym.

5) Koszty wyżywienia i zakwaterowania Ubezpieczonego za granicą w celu rekonwalescencji

Jeżeli Towarzystwo pokrywa koszty pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, powstałe w związku z nieszczęśliwym wypadkiem lub nagłym zachorowaniem, a transport Ubezpieczonego do Polski lub kraju rezydencji nie może nastąpić bezpośrednio po zakończeniu pobytu w szpitalu, to dodatkowo pokrywane są koszty wyżywienia i zakwaterowania Ubezpieczonego za granicą w celu rekonwalescencji, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie.

6) Koszty podróży osoby wezwanej do towarzyszenia

Jeżeli Towarzystwo pokrywa koszty pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, a nie towarzyszy Ubezpieczonemu w podróży żadna osoba pełnoletnia, to dodatkowo pokrywane są koszty transportu w obie strony jednej osoby wezwanej do towarzyszenia, zamieszkałej na terenie Polski lub kraju rezydencji. Towarzystwo pokryje również koszty biletu lotniczego w klasie ekonomicznej, biletu kolejowego bądź autobusowego – w zależności od tego, który z rodzajów transportu będzie trwał najkrócej. Dodatkowo Towarzystwo pokrywa tej osobie koszty zakwaterowania i wyżywienia maksymalnie za 7 dni. W przypadku opłacenia biletu przez osobę wezwaną do towarzyszenia Ubezpieczonemu Towarzystwo zrefunduje poniesione koszty do wysokości ustalonej zgodnie ze zdaniem poprzedzającymi.

7) Kontynuacja zaplanowanej podróży

W przypadku gdy stan zdrowia Ubezpieczonego, po zakończeniu leczenia szpitalnego związanego z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem, pozwala na kontynuację podróży, Towarzystwo na wniosek Ubezpieczonego zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego z miejsca hospitalizacji do następnego etapu przewidzianej podróży, aby umożliwić mu jej kontynuowanie.

8) Koszty transportu osób bliskich

Jeżeli Towarzystwo organizuje transport medyczny Ubezpieczonego lub transport zwłok do Polski lub kraju rezydencji, to dodatkowo zostanie zorganizowany transport i pokryte jego koszty do Polski lub kraju rezydencji (koszty biletu lotniczego w klasie ekonomicznej, biletu kolejowego bądź autobusowego – w zależności od tego, który z rodzajów transportu będzie trwał najkrócej) każdego członka rodziny Ubezpieczonego objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej samej umowy ubezpieczenia co Ubezpieczony, pod warunkiem że pierwotnie przewidziane środki transportu nie mogą być wykorzystane.

9) Opieka i transport niepełnoletnich dzieci

W przypadku śmierci Ubezpieczonego lub jeżeli Towarzystwo pokrywa koszty pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, który podróżował z niepełnoletnimi dziećmi i nie towarzyszyła im żadna inna osoba pełnoletnia, to dodatkowo organizowany jest transport i pokrywane są koszty transportu dzieci do Polski lub kraju rezydencji (koszty biletu lotniczego w klasie ekonomicznej, biletu kolejowego bądź autobusowego – w zależności od tego, który z rodzajów transportu będzie trwał najkrócej) dla każdego dziecka objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej samej umowy ubezpieczenia co Ubezpieczony, pod warunkiem że pierwotnie przewidziane środki transportu nie mogą być wykorzystane. Transport dzieci odbywa się pod opieką przedstawiciela Centrum Alarmowego.

10) Pomoc w przypadku wcześniejszego powrotu Ubezpieczonego do Polski lub kraju rezydencji

Jeżeli Ubezpieczony zmuszony jest do nagłego, wcześniejszego powrotu do Polski lub kraju rezydencji, a pierwotnie przewidziany środek transportu nie może być wykorzystany, Towarzystwo pokryje również koszty biletu lotniczego w klasie ekonomicznej, biletu kolejowego bądź autobusowego – w zależności od tego, który z rodzajów transportu będzie trwał najkrócej. Świadczenie to przysługuje wyłącznie w przypadku:

- udokumentowanego, nagłego, poważnego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, którego skutkiem jest pobyt w szpitalu, lub śmierci osoby bliskiej Ubezpieczonemu,
- udokumentowanego zaistnienia w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego pożaru lub zalania mieszkania Ubezpieczonego albo włamania do tego mieszkania, powodujących konieczność wykonania czynności prawnych lub administracyjnych, przy których niezbędna jest obecność Ubezpieczonego.

11) Pomoc prawna

Jeżeli Ubezpieczony podczas podróży zagranicznej potrzebuje pomocy prawnej w sprawach karnych i wykroczeń w kraju, w którym się znajduje, Towarzystwo na życzenie Ubezpieczonego opłaca honorarium adwokata oraz organizuje i opłaca honorarium tłumacza. W przypadku gdyby postępowanie prowadzone przeciwko Ubezpieczonemu wykazało umyślne zachowanie Ubezpieczonego, którego konsekwencją był jego problem prawny, Ubezpieczony zobowiązany jest do zwrotu kosztów pomocy prawnej (honorarium adwokata, tłumacza) Towarzystwu. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje spraw związanych z pracą wykonywaną przez Ubezpieczonego, prowadzoną przez niego działalnością gospodarczą, prowadzeniem przez niego pojazdu mechanicznego.

12) Pomoc w przypadku izolacji

W przypadku nałożenia na Ubezpieczonego konieczności poddania się izolacji z powodu nagłego zachorowania na COVID-19 podczas pobytu za granicą zgodnie z przepisami kraju, w którym Ubezpieczony przebywa, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje dodatkowe koszty związane z obowiązkową izolacją, jeżeli izolacja nie może się odbyć w dotychczasowym miejscu zakwaterowania Ubezpieczonego lub czas jej trwania przekracza zaplanowany czas pobytu w ramach podróży zagranicznej. W takim przypadku Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje dodatkowe koszty zakwaterowania i wyżywienia w standardzie nie wyższym niż wcześniej przewidziany umową związaną z podróżą, z wyłączeniem kosztów napojów alkoholowych, maksymalnie do limitu 5000 złotych na osobę.

13) Pomoc w przypadku kwarantanny

W przypadku nałożenia na Ubezpieczonego przez lokalne służby sanitarne konieczności poddania się kwarantannie w związku z COVID-19 podczas pobytu za granicą zgodnie z przepisami kraju, w którym Ubezpieczony przebywa, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje dodatkowe koszty związane z obowiązkową kwarantanną, jeżeli kwarantanna nie może się odbyć w dotychczasowym miejscu zakwaterowania Ubezpieczonego lub czas jej trwania przekracza zaplanowany czas pobytu w ramach podróży zagranicznej. W takim przypadku Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje dodatkowe koszty zakwaterowania i wyżywienia w standardzie nie wyższym niż wcześniej przewidziany umową związaną z podróżą, z wyłączeniem kosztów napojów alkoholowych, oraz koszty transportu powrotnego do Polski lub kraju rezydencji, jeżeli przekraczają pierwotnie przewidziany czas podróży, maksymalnie do limitu 5000 złotych na osobę.

14) Refundacja kosztów leczenia zwierzęcia za granicą

Jeżeli podczas podróży zagranicznej Ubezpieczonemu towarzyszy jego pies lub kot i zwierzę to ulegnie nieszczęśliwemu wypadkowi lub nagłemu zachorowaniu, które skutkują koniecznością skorzystania z pomocy w placówce weterynaryjnej, to po powrocie do Polski lub kraju rezydencji Centrum Alarmowe zrefunduje niezbędne koszty udzielenia takiej pomocy. Warunkiem refundacji kosztów leczenia zwierzęcia za granicą jest przedstawienie dokumentacji leczenia w placówce weterynaryjnej wraz ze wskazaniem diagnozy i wyszczególnieniem przeprowadzonych czynności oraz dowodów zapłaty.

Wskazana w Tabeli wariantów ubezpieczenia – Załączniku nr 2 do OWU, kwota stanowi górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa i dotyczy maksymalnie jednego zdarzenia podczas podróży zagranicznej.

Koszty ratownictwa

§ 6

- Przedmiotem ubezpieczenia są niezbędne i udokumentowane koszty poniesione na akcję ratowniczą lub poszukiwawczą (koszty ratownictwa), prowadzoną przez wyspecjalizowane służby ratownicze w celu ratowania życia lub zdrowia Ubezpieczonego, który uległ w czasie pobytu za granicą Polski lub kraju rezydencji nieszczęśliwemu wypadkowi (który nie musi skutkować trwałym uszkodzeniem ciała) lub nagłemu zachorowaniu podczas jakiegokolwiek aktywności sportowej.

2. Towarzystwo pokryje koszty ratownictwa, przez które rozumie się:
 - 1) koszty poszukiwań od zgłoszenia zaginięcia do chwili odnalezienia przez wyspecjalizowane służby ratownictwa;
 - 2) koszty udzielenia doraźnej pomocy medycznej na miejscu zdarzenia;
 - 3) koszty transportu przez wyspecjalizowane służby z miejsca wypadku do najbliższego, wymaganego stanem zdrowia Ubezpieczonego, punktu opieki medycznej, z użyciem specjalistycznych środków transportu, jak m.in. sanie, helikopter, tobogan, motorówka.

Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 7

1. Towarzystwo nie odpowiada za szkody powstałe podczas podróży zagranicznej, jeżeli jej celem jest podjęcie leczenia przez Ubezpieczonego, oraz za koszty będące skutkiem istniejących przed wyjazdem i udokumentowanych przeciwwskazań lekarskich do odbycia przez Ubezpieczonego podróży zagranicznej.
2. Niezależnie od generalnych wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w rozdz. VI OWU, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za koszty powstałe w wyniku:
 - 1) leczenia niezwiązanego z pomocą medyczną, udzieloną w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) leczenia, pobytu w szpitalu lub zakwaterowania, w przypadku gdy Ubezpieczony odmówił powrotu do Polski lub kraju rezydencji wbrew decyzji lekarza prowadzącego leczenie;
 - 3) leczenia, pobytu w szpitalu lub zakwaterowania, w przypadku gdy rozpoczęcie leczenia może być odłożone do powrotu Ubezpieczonego do Polski lub kraju rezydencji;
 - 4) leczenia przekraczającego zakres usług medycznych niezbędnych do przywrócenia stanu zdrowia umożliwiającego powrót Ubezpieczonego do Polski lub kraju rezydencji;
 - 5) leczenia sanatoryjnego, kuracji w domach wypoczynkowych lub ośrodkach leczenia uzależnień, pobytów w ośrodkach i hotelach spa;
 - 6) leczenia zachorowań lub następstw nieszczęśliwych wypadków, które zostały zdiagnozowane lub wystąpiły przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
 - 7) uzyskania zaświadczeń lekarskich i wykonywania szczepień profilaktycznych, przeprowadzenia badań zbędnych do rozpoznania lub leczenia choroby i badań kontrolnych, z wyjątkiem 1 wizyty kontrolnej po chorobie, która rozpoczęła się podczas podróży zagranicznej;
 - 8) operacji plastycznych lub zabiegów kosmetycznych;
 - 9) leczenia wad wrodzonych, chorób wenerycznych i AIDS, nawet gdy nie były wcześniej leczone;
 - 10) specjalnego odżywiania Ubezpieczonego, masaży, kąpeli, inhalacji, gimnastyki leczniczej, naświetlenia (nawet gdy było to zalecane przez lekarza) oraz innych zabiegów rehabilitacyjnych i fizykoterapeutycznych;
 - 11) zabiegu usuwania ciąży;
 - 12) porodu, który nastąpił po 32. tygodniu ciąży;
 - 13) sztucznego zapłodnienia, każdego innego leczenia bezpłodności, a także zakupu środków antykoncepcyjnych;
 - 14) korzystania podczas pobytu w szpitalu z usług innych niż standardowe: pokoje o podwyższonym standardzie, używanie odbiorników radiowych, telewizyjnych, korzystanie z usług fryzjerskich lub kosmetycznych;
 - 15) leczenia stomatologicznego zachowawczego i protetycznego, z wyjątkiem nagłych stanów zapalnych i bólowych;
 - 16) leczenia lekami nieuznanymi przez medycynę konwencjonalną;
 - 17) wyjazdu zagranicznego w celu zasięgnięcia porady lekarskiej, planowanego leczenia i powikłań tego leczenia;
 - 18) niezastosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie;
 - 19) uprawiania sportów wysokiego ryzyka, chyba że została opłaconą dodatkowa składka (kod SWR);
 - 20) uprawiania sportów ekstremalnych, chyba że została opłaconą dodatkowa składka (kod SE);

- 21) uprawiania jakichkolwiek aktywności sportowych w trakcie wypraw zaplanowanych na osiągnięcie wysokości powyżej 6000 m n.p.m., niezależnie od poziomu wysokości na której doszło do zdarzenia lub nastąpiły jego skutki;
- 22) wykonywania pracy fizycznej za granicą, chyba że została opłaconą dodatkowa składka (kod PF).

Obowiązki Ubezpieczonego w razie zajścia ubezpieczonego zdarzenia

§ 8

1. Ubezpieczony jest zobowiązany zapobiec, w miarę możliwości, zwiększeniu się szkody i ograniczyć jej konsekwencje.
2. W razie wystąpienia zdarzenia objętego umową ubezpieczenia Ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu zobowiązani są:
 - 1) przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie i niezwłocznie – najpóźniej w ciągu 48 godzin od zdarzenia skutkującego odpowiedzialnością Towarzystwa – zgłosić telefonicznie prośbę o pomoc do Centrum Alarmowego, z wyjątkiem pojedynczej wizyty stomatologicznej związanej z leczeniem ostrego stanu zapalnego lub bólowego, ograniczonego do 1 zęba, lub pojedynczej wizyty ambulatoryjnej, jeżeli Ubezpieczony sam dokona wyboru stomatologa lub lekarza i pokryje koszty wizyty;
 - 2) dokładnie wyjaśnić pracownikowi Centrum Alarmowego okoliczności, w jakich Ubezpieczony się znajduje, jakiej pomocy potrzebuje, oraz podać niezbędne informacje o ubezpieczeniu, tj. numer polisy, imię i nazwisko Ubezpieczonego oraz numer telefonu, pod którym Centrum Alarmowe może skontaktować się z Ubezpieczonym bądź jego przedstawicielem;
 - 3) umożliwić lekarzom Centrum Alarmowego dostęp do wszystkich informacji medycznych dotyczących Ubezpieczonego, w niezbędnym zakresie;
 - 4) stosować się do zaleceń Centrum Alarmowego, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw;
 - 5) umożliwić Centrum Alarmowemu dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania szkody, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień.
3. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w ust. 1 i 2 świadczenie ulegnie zmniejszeniu w takim stopniu, w jakim naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Towarzystwu ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
4. Jeżeli Ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu z powodów od nich niezależnych nie dopełnił obowiązków, o których mowa w ust. 1 lub ust. 2, oraz gdy Ubezpieczony poniósł na miejscu zdarzenia wydatki związane z kosztami leczenia lub natychmiastową pomocą assistance, zobowiązany jest zgłosić roszczenie do Towarzystwa, w formie pisemnej, w ciągu 7 dni od daty powrotu do Polski lub kraju rezydencji. Zgłoszenie roszczenia powinno zawierać:
 - 1) numer polisy;
 - 2) szczegółowy opis okoliczności zaistnienia zdarzenia;
 - 3) orzeczenie lekarskie opisujące rodzaj i charakter obrażeń, zawierające dokładną diagnozę oraz zalecone leczenie;
 - 4) wszystkie faktury, rachunki, świadectwa szpitalne, dowody opłat, które umożliwią Towarzystwu określenie łącznych kosztów leczenia poniesionych przez Ubezpieczonego.

Centrum Alarmowe

§ 9

1. Centrum Alarmowe organizuje usługi assistance i pokrywa ich koszty oraz inne koszty objęte ochroną ubezpieczeniową Towarzystwa.
2. W celu pokrycia kosztów leczenia i natychmiastowej pomocy assistance należy skontaktować się z Centrum Alarmowym.
3. Centrum Alarmowe pozostaje w ciągłym kontakcie z lekarzem prowadzącym leczenie oraz szpitalem, w celu uzgodnienia rodzaju i zakresu usług assistance, jakie mają być świadczone Ubezpieczonemu.

4. Centrum Alarmowe uzgadnia z osobami bliskimi Ubezpieczonego sposób pochówku za granicą albo transportu zwłok Ubezpieczonego do miejsca pochówku na terenie Polski lub kraju rezydencji.

Klauzula ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego podczas podróży zagranicznych.
2. Towarzystwo zobowiązuje się do wypłaty następujących świadczeń:
 - 1) w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce podczas podróży zagranicznej – świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, pod warunkiem że śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) w przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce podczas podróży zagranicznej – świadczenia ustalonego jako iloczyn sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków i procentu trwałego uszczerbku określonego w tabeli stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowiącej załącznik do tej klauzuli.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

Niezależnie od generalnych wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w rozdz. VI OWU, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy nieszczęśliwy wypadek lub jego następstwa są skutkiem:

- 1) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, chyba że przeprowadzenie ich było związane z leczeniem następstw nieszczęśliwych wypadków i zostało zlecone przez lekarza;
- 2) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą pokarmową;
- 3) choroby zawodowej oraz innych chorób, nawet występujących nagle lub ujawniających się po zejściu nieszczęśliwego wypadku;
- 4) porodu;
- 5) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lub innych środków lokomocji bez wymaganych uprawnień;
- 6) wad wrodzonych, chorób tropikalnych;
- 7) infekcji, z zastrzeżeniem że ochrona ubezpieczeniowa istnieje, jeżeli w wyniku ran odniesionych w nieszczęśliwym wypadku Ubezpieczony został zakażony wirusem lub bakterią chorobotwórczą, przy czym do ran odniesionych w wypadku nie zalicza się nieznacznych otarć naskórka oraz błony śluzowej; następstwa zakażeń wirusowych lub bakteryjnych powstałe w wyniku otarć w czasie nieszczęśliwego wypadku lub w późniejszym okresie nie są objęte ochroną ubezpieczeniową, ale ograniczeniu temu nie podlegają wścieklizna oraz tężec;
- 8) przepuklin brzusznych lub przepuklin pachwinowych, uszkodzenia dysków międzykręgowych;
- 9) krwawienia z organów wewnętrznych, ale ochrona ubezpieczeniowa istnieje, jeżeli przyczyną powstania ww. uszkodzeń był nieszczęśliwy wypadek;
- 10) wylewów krwi do mózgu, zawałów, udarów;
- 11) uprawiania sportów wysokiego ryzyka, chyba że została opłacon dodatkowa składka (kod SWR);
- 12) uprawiania sportów ekstremalnych, chyba że została opłacon dodatkowa składka (kod SE);
- 13) uprawiania wszelkich aktywności sportowych w trakcie wypraw zaplanowanych na osiągnięcie wysokości powyżej 6000 m n.p.m., niezależnie od poziomu wysokości na której doszło do zdarzenia lub nastąpiły jego skutki;
- 14) wykonywania pracy fizycznej za granicą, chyba że została opłacon dodatkowa składka (kod PF).

Obowiązki Ubezpieczonego w razie zejścia ubezpieczonego zdarzenia

§ 3

1. W razie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) uzyskać dokumentację medyczną stwierdzającą rozpoznanie (diagnozę lekarską);
 - 2) w ciągu 7 dni od daty powrotu do Polski lub kraju rezydencji zawiadomić Towarzystwo o zaistniałym wypadku poprzez dostarczenie:
 - a) wypełnionego formularza zgłoszenia wypadku, ze szczególnym uwzględnieniem okoliczności wypadku,
 - b) dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, w tym dokumentacji medycznej z miejsca wypadku, potwierdzającej okoliczności wypadku i rodzaj urazu, a w przypadku braku takiej dokumentacji – innych dowodów, potwierdzających że wypadek miał miejsce podczas podróży zagranicznej, dokumentu uprawniającego do kierowania pojazdem, oryginałów opłaconych rachunków.
2. W razie śmierci Ubezpieczonego Uposażony wyznaczony imiennie zobowiązany jest przedłożyć, oprócz dokumentów określonych w ust. 1, dokument tożsamości oraz kopię aktu zgonu, a w przypadku braku osoby wyznaczonej imiennie – występujący o wypłatę świadczenia członek rodziny obowiązany jest przedłożyć dokumenty stwierdzające pokrewieństwo lub powinowactwo z Ubezpieczonym.
3. Ubezpieczony, na wniosek Towarzystwa, zobowiązany jest do:
 - 1) poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym, z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w celu określenia stanu zdrowia lub ustalenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu; koszty przeprowadzenia tych badań ponosi Towarzystwo;
 - 2) udostępnienia wyników badań lub dokumentów medycznych, dotyczących przebiegu leczenia, lub udzielenia zgody na wystąpienie przez Towarzystwo do odpowiednich osób lub instytucji o udostępnienie tych danych lub dokumentów;
 - 3) udzielenia Towarzystwu pisemnej zgody na wystąpienie do podmiotów, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, w celu uzyskania informacji związanych z weryfikacją podanych przez Ubezpieczonego danych o jego stanie zdrowia, ustalenia prawa do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, oraz zwolnienia tych podmiotów z obowiązku zachowania tajemnicy związanej z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi.

Ustalenie świadczeń ubezpieczeniowych

§ 4

1. Za trwały uszczerbek na zdrowiu uważa się tylko i wyłącznie te rodzaje uszczerbków, które zostały wymienione w tabeli stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącej załącznik do tej klauzuli.
2. Rodzaje i wysokość przysługujących świadczeń ustala się po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy nagłym zdarzeniem wywołanym przyczyną zewnętrzną a śmiercią lub trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.
3. Ustalenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonują lekarze wyznaczeni przez Towarzystwo, na podstawie dokumentacji medycznej. W sytuacjach spornych Towarzystwo zastrzega sobie prawo skierowania Ubezpieczonego na komisję lekarską.
4. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zalecanego leczenia usprawniającego, nie później jednak niż w okresie 24 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku. Orzeczenie może być wydane wcześniej, jeżeli stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu jest niewątpliwy.
5. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje przed zejściem nieszczęśliwego wypadku były już ograniczone wskutek choroby lub inwalidztwa, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy między stopniem trwałego uszczerbku właściwym dla danego organu, narządu lub układu po zejściu nieszczęśliwego wypadku a stopniem trwałego uszczerbku istniejącym przed zejściem nieszczęśliwego wypadku.

6. Łączny stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu równa się sumie procentów ustalonych dla poszczególnych rodzajów trwałego uszczerbku na zdrowiu, z tym że ich łączna wartość nie może być większa niż 100%.
7. Jeżeli Ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, a następnie zmarł wskutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaca wyłącznie świadczenie z tytułu śmierci. Jeżeli Towarzystwo wypłaciło przed śmiercią Ubezpieczonego świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, to wysokość świadczenia z tytułu śmierci stanowi różnicę pomiędzy 100% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków a kwotą już wypłaconego świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Tabela stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu

Pozycja	Rodzaj uszkodzenia ciała	Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w %	
		prawa*	lewa*
1	Złamanie czaszki:		
a	kości czaszki	1–20	
b	kości twarzy – szczęki, kości jarzmowej	1–20	
2	Złamanie żuchwy	1–15	
3	Złamanie kości nosa	1–10	
4	Utrata zębów (za każdy ząb)		
a	utrata korony (co najmniej ½ korony)	0,5	
b	utrata korony z zachowaniem korzenia	1	
c	całkowita utrata zęba z korzeniem	2	
5	Złamanie kręgosłupa:		
a	szyjnego	1–40	
b	piersiowego	1–25	
c	lędźwiowego	1–35	
6	Złamanie mostka	1–10	
7	Złamanie żebra	1–5	
8	Złamanie kości tworzących miednicę (z wyłączeniem kości ogonowej):		
a	w odcinku przednim (kość łonowa, kość kulszowa)	5–15	
b	w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne’a)	10–35	
9	Złamanie kości udowej (w obrębie nasady bliższej, szyjki lub trzonu)	5–55	
10	Złamanie (śródstawowe) nasady dalszej kości udowej lub nasady bliższej kości piszczelowej	1–30	
11	Złamanie kości piszczelowej	5–40	
12	Złamanie kości strzałki	1–5	
13	Złamanie rzepki	5–40	
14	Złamanie kości piszczelowej i kości strzałki (obu kości podudzia)	5–40	
15	Złamanie kości piętowej	1–25	
16	Złamanie kości skokowej	1–20	
17	Złamanie kości stępu	1–15	
18	Złamanie kości śródstopia	1–15	
19	Złamanie palucha	1–12	
20	Złamanie palców stopy od II do V (za każdy palec)	1–3	
21	Całkowita utrata kończyny dolnej w obrębie:		
a	stawu biodrowego	75	
b	uda	70	

Pozycja	Rodzaj uszkodzenia ciała	Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w %	
		prawa*	lewa*
c	stawu kolanowego	65	
d	podudzia	50	
22	Całkowita utrata stopy	40	
23	Całkowita utrata palucha stopy (w przypadku utraty częściowej – ⅓ wartości za każdy palec)	6	
24	Całkowita utrata palca od II do V w stopie (w przypadku utraty częściowej – ⅓ wartości za każdy palec)	2	
25	Złamanie łopatki	1–40	1–35
26	Złamanie obojczyka	1–15	1–10
27	Złamanie nasady bliższej kości ramiennej	1–30	1–20
28	Złamanie trzonu kości ramiennej	5–45	5–40
29	Złamanie (śródstawowe) nasady dalszej kości ramiennej lub nasady bliższej kości promieniowej, lub nasady bliższej kości łokciowej	1–25	1–20
30	Złamanie trzonu kości łokciowej lub trzonu kości promieniowej	1–30	1–25
31	Złamanie (śródstawowe) nasady dalszej kości łokciowej lub nasady dalszej kości promieniowej	1–25	1–20
32	Złamanie (śródstawowe) nasad dalszych kości promieniowej i kości łokciowej (obu kości przedramienia)	1–35	1–30
33	Złamanie kości nadgarstka i śródreżca	1–25	1–20
34	Złamanie w obrębie kciuka	1–20	1–15
35	Złamanie palca wskazującego	1–15	1–12
36	Złamanie w obrębie palców ręki od III do V (za każdy palec)	1–10	1–7
37	Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego		
a	pierwszego stopnia	1,5	
b	drugiego stopnia	3	
c	trzeciego stopnia	4,5	
38	Zwichnięcie stawu barkowego z wyjątkiem zwichnięć nawykowych	6,5	
39	Zwichnięcie stawu łokciowego	5	
40	Zwichnięcie kości nadgarstka	5,5	
41	Zwichnięcie stawów międzypaliczkowych lub śródreżno-paliczkowych	1,5	
42	Zwichnięcie stawu biodrowego	20	
43	Uszkodzenie jednego więzadła pobocznego lub krzyżowego w wyniku skręcenia stawu kolanowego	5	
44	Uszkodzenie dwóch więzadeł – pobocznych lub krzyżowych w wyniku skręcenia stawu kolanowego	8	
45	Uszkodzenie trzech lub więcej więzadeł – krzyżowych lub pobocznych w wyniku skręcenia stawu kolanowego	12	
46	Całkowite zwichnięcie stawu kolanowego	12–20	
47	Skręcenie stawu skokowego	3	
48	Całkowite zwichnięcie stawu skokowego	10	
49	Całkowite zwichnięcie stawów stopy z wyłączeniem stawów śródstopno-palcowych i stawów palców	6	

Pozycja	Rodzaj uszkodzenia ciała	Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w %	
		prawa*	lewa*
50	Całkowita utrata kończyny górnej w obrębie:		
a	barku	75	65
b	ramienia	70	60
c	przedramienia	65	55
d	nadgarstka	55	45
51	Całkowita utrata kciuka (w przypadku utraty częściowej – 1/3 wartości za każdy palec)	20	15
52	Całkowita utrata palca wskazującego (w przypadku utraty częściowej – 1/3 wartości za każdy palec)	15	10
53	Całkowita utrata palca dłoni od III do V (w przypadku utraty częściowej – 1/3 wartości za każdy palec)	5	4
54	Całkowita utrata wzroku w obu oczach	100	
55	Całkowita utrata wzroku w jednym oku	40	
56	Całkowita utrata wzroku w jednym oku bez utraty oka	35	
57	Całkowita utrata małżowiny usznej	10	
58	Całkowita utrata słuchu w obu uszach	60	
59	Całkowita utrata słuchu w jednym uchu	20	
60	Całkowita utrata mowy	100	
61	Całkowita utrata języka	40	
62	Całkowita utrata nosa (łącznie z kośćmi nosa)	15	
63	Całkowita utrata węchu	10	
64	Całkowita utrata płuca	30	
65	Całkowita utrata nerki	35	
66	Całkowita utrata żołądka	20	
67	Całkowita utrata śledziony	15	
68	Całkowita utrata macicy	40	
69	Całkowita utrata gruczołu sutkowego	25	
70	Całkowita utrata jajnika lub jądra	20	
71	Całkowita utrata prącia	35	
72	Porażenie czterech kończyn – utrwalone	100	
73	Porażenie dwóch kończyn – utrwalone	80	
74	Wstrząśnienie mózgu	5	
75	Stłuczenie mózgu	10	
76	Oparzenie II stopnia do 1% powierzchni ciała	1–5	
77	Oparzenie II stopnia od 1 do 15% powierzchni ciała	6–20	
78	Oparzenie II stopnia od 16 do 30% powierzchni ciała	21–35	
79	Oparzenie II stopnia powyżej 30% powierzchni ciała	36–100	
80	Oparzenie III stopnia do 5% powierzchni ciała	1–20	
81	Oparzenie III stopnia od 6 do 10% powierzchni ciała	21–50	
82	Oparzenie III stopnia powyżej 10% powierzchni ciała	51–100	
83	Oparzenie dróg oddechowych leczone w szpitalu	1–100	
84	Odmrożenie II stopnia lub wyższe (za każdy palec ręki lub stopy)	5	

Pozycja	Rodzaj uszkodzenia ciała	Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w %	
		prawa*	lewa*
85	Odmrożenie II stopnia lub wyższe – więcej niż jeden palec ręki lub palec stopy	15	
86	Odmrożenie II stopnia lub wyższe nosa lub ucha	20	
87	Uszkodzenie powłok twarzy (blizny i ubytki)	1–20	
88	Blizny powłok klatki piersiowej	1–20	
89	Blizny powłok jamy brzusznej	1–20	
90	Blizny powłok kończyny górnej, dolnej	1–15	

* uszczerbki u osób leworęcznych ustala się według procentów określonych dla prawej strony

Klauzula ubezpieczenia bagażu podróznego

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest bagaż podróznego Ubezpieczonego oraz przenośny sprzęt elektroniczny w czasie podróży zagranicznej.
2. Ochroną ubezpieczeniową objęty jest bagaż podróznego oraz przenośny sprzęt elektroniczny znajdujący się pod bezpośrednią opieką Ubezpieczonego oraz bagaż lub sprzęt, który został:
 - 1) powierzony zawodowemu przewoźnikowi na podstawie odpowiedniego dokumentu przewozowego;
 - 2) oddany za pokwitowaniem do przechowalni bagażu;
 - 3) pozostawiony w zamkniętym na zamek indywidualnym pomieszczeniu bagażowym na dworcu lub w hotelu;
 - 4) pozostawiony w zamkniętym na zamek pomieszczeniu w miejscu zakwaterowania Ubezpieczonego (z wyłączeniem namiotu);
 - 5) pozostawiony w zamkniętym na zamek bagażniku pojazdu samochodowego lub w zamkniętym na zamek luku bagażowym, lub na parkingu za pokwitowaniem;
 - 6) pozostawiony w zamkniętej na zamek kabinie przyczepy kempingowej lub jednostki pływającej;
 - 7) pozostawiony w zamkniętej na zamek kabinie pojazdu ciężarowego.

§ 2

1. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu odszkodowanie za utratę, zniszczenie lub uszkodzenie bagażu podróznego Ubezpieczonego podczas podróży zagranicznej, gdy nastąpiło to wskutek:
 - 1) pożaru, huraganu, powodzi, deszczu nawalnego, gradu, lawiny, bezpośredniego uderzenia pioruna, trzęsienia, zapadania lub osuwania się ziemi;
 - 2) akcji ratowniczej prowadzonej w związku ze zdarzeniami losowymi wymienionymi w pkt 1);
 - 3) wypadku w komunikacji lądowej, wodnej lub powietrznej;
 - 4) kradzieży z włamaniem do pomieszczeń wymienionych w § 1 ust. 2, a także z zamkniętego na zamek bagażnika pojazdu samochodowego (również bagażnika dachowego w formie zamkniętego pojemnika) lub z zamkniętego na zamek luku bagażowego, albo rabunku;
 - 5) nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, w wyniku którego Ubezpieczony pozbawiony był możliwości zaopiekowania się bagażem i zabezpieczenia go;
 - 6) zaginięcia, w przypadku gdy bagaż znajdował się pod opieką zawodowego przewoźnika, na podstawie dokumentu przewozowego;
 - 7) uszkodzenia waliz, toreb, kufrów bagażowych lub plecaków na skutek udokumentowanej kradzieży części lub całej ich zawartości.
2. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu odszkodowanie za utratę przenośnego sprzętu elektronicznego podczas podróży zagranicznej wskutek kradzieży z włamaniem lub rabunku.

Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 3

1. Niezależnie od generalnych wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w rozdz. VI OWU, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za szkody:
 - 1) polegające na uszkodzeniu bądź kradzieży wyposażenia pojazdu samochodowego;
 - 2) wynikające z zagubienia lub pozostawienia przedmiotów;
 - 3) polegające wyłącznie na uszkodzeniu lub zniszczeniu pojemników bagażu (waliz, kufrów itp.), z zastrzeżeniem § 2 ust. 1 pkt 7);
 - 4) wynikające z wad ubezpieczonego przedmiotu;
 - 5) polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu bądź utracie rzeczy wskutek ich zużycia, samozapalenia, samozepsucia lub wycieku, a w przypadku rzeczy tłukących się lub w opakowaniu szklanym – także potłuczenia lub utraty wartości rzeczy uszkodzonej;
 - 6) powstałe w aparatach i urządzeniach elektrycznych wskutek ich wad lub działania prądu elektrycznego podczas eksploatacji, chyba że działanie prądu elektrycznego spowodowało pożar;
 - 7) powstałe wskutek emisji, wycieku lub innej formy przedostania się do powietrza, wody lub gruntu jakichkolwiek substancji;
 - 8) będące skutkiem zatrzymania, zniszczenia lub konfiskaty przez organa celne lub inne władze;
 - 9) powstałe podczas uprawiania jakichkolwiek aktywności sportowych w trakcie wypraw zaplanowanych na osiągnięcie wysokości powyżej 6000 m n.p.m., niezależnie od poziomu wysokości na której doszło do zdarzenia lub nastąpiły jego skutki.
2. Ponadto ochroną ubezpieczeniową nie są objęte:
 - 1) srebro, złoto, platyna w złomach i sztabach;
 - 2) środki płatnicze (karty płatnicze, pieniądze, чеки), bilety podróżne, bony towarowe, książeczki i bony oszczędnościowe, papiery wartościowe ani klucze;
 - 3) biżuteria, zegarki, dzieła sztuki, antyki ani zbiory kolekcjonerskie;
 - 4) sprzęt sportowy;
 - 5) sprzęt pływający;
 - 6) broń wszelkiego rodzaju ani trofea myśliwskie;
 - 7) paliwa napędowe, akcesoria samochodowe ani przedmioty stanowiące wyposażenie przyczep kempingowych i łodzi;
 - 8) przedmioty służące działalności handlowej, usługowej lub produkcyjnej;
 - 9) samochody, przyczepy, karawany ani inne środki transportu;
 - 10) sprzęt medyczny, lekarstwa, protezy;
 - 11) przedmioty z futra;
 - 12) żywność, alkohol, papierosy.

Obowiązki Ubezpieczonego w razie zajścia ubezpieczonego zdarzenia

§ 4

1. Ubezpieczony jest zobowiązany do zapobiegania powstawaniu szkód, a zwłaszcza do zachowania należytej staranności w strzeżeniu mienia.
2. W razie zaistnienia szkody Ubezpieczony jest zobowiązany do:
 - 1) zapobiegania zwiększeniu się rozmiarów szkody;
 - 2) zabezpieczenia dowodów zaistnienia szkody, zarówno w przypadku utraty, zniszczenia, jak i uszkodzenia bagażu;
 - 3) zabezpieczenia rzeczy zniszczonych lub uszkodzonych, w celu umożliwienia dokonania ich oględzin przez przedstawiciela Towarzystwa;
 - 4) niezwłocznego, nie później jednak niż w ciągu 12 godzin od zajścia zdarzenia, zawiadomienia policji o każdym wypadku kradzieży z włamaniem, rabunku lub zaginięcia przedmiotów objętych ubezpieczeniem i uzyskania pisemnego potwierdzenia tego faktu z wyszczególnieniem utraconych przedmiotów (rodzaj, ilość) i podaniem ich wartości;
 - 5) zawiadomienia właściwego przewoźnika lub kierownictwa hotelu, domu wczasowego, kempingu, pensjonatu lub innego miejsca wypoczynku o każdym wystąpieniu szkody, która powstała w publicznym środku komunikacji lub miejscu zakwaterowania,

i uzyskania pisemnego potwierdzenia tego zawiadomienia z wyszczególnieniem utraconych przedmiotów (rodzaj, ilość) i podaniem ich wartości;

- 6) w razie utraty albo całkowitego lub częściowego zniszczenia przedmiotów wskutek wystąpienia zdarzenia losowego albo akcji ratowniczej – uzyskania od odpowiednich władz pisemnego potwierdzenia zaistniałej szkody z wyszczególnieniem utraconych przedmiotów (rodzaj, ilość).
3. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w ust. 2 Towarzystwo może zmniejszyć odszkodowanie w takim stopniu, w jakim naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Towarzystwu ustalenie okoliczności i skutków ubezpieczonego zdarzenia.
4. Zgłoszenie roszczenia powinno zawierać:
 - 1) numer polisy;
 - 2) szczegółowy opis okoliczności zaistnienia szkody;
 - 3) spis uszkodzonych lub utraconych przedmiotów z określeniem ich wartości oraz roku nabycia;
 - 4) dowody potwierdzające utratę, zniszczenie lub uszkodzenie bagażu podróznego lub przenośnego sprzętu elektronicznego;
 - 5) w przypadku uszkodzenia bagażu – rachunki za jego naprawę.

Ustalenie odszkodowania

§ 5

1. Przy ustalaniu rozmiaru szkody nie uwzględnia się:
 - 1) wartości naukowej, kolekcjonerskiej, zabytkowej lub pamiątkowej przedmiotów;
 - 2) kosztów poniesionych na odkażenie pozostałości po szkodzie.
2. Wysokość odszkodowania ustala się na podstawie cen rynkowych obowiązujących w dniu zdarzenia, z uwzględnieniem stopnia zużycia.
3. Wysokość wypłaconego odszkodowania nie może przekraczać wartości faktycznie poniesionej szkody ani obejmować zniszczeń wcześniej powstałych, w tym stopnia naturalnego zużycia.

Klauzula ubezpieczenia opóźnienia w dostarczeniu bagażu podróznego

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest opóźnienie w dostarczeniu bagażu podróznego przez linie lotnicze poza granicami Polski i kraju rezydencji.
2. W przypadku opóźnienia w dostarczeniu bagażu podróznego o co najmniej 5 godzin Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości wskazanej w Tabeli wariantów ubezpieczenia, stanowiącej Załącznik nr 2 do OWU.
3. Okres opóźnienia liczy się od chwili zgłoszenia przewoźnikowi opóźnienia w dostarczeniu bagażu i otrzymania dokumentu potwierdzającego to opóźnienie do chwili dostarczenia do miejsca, w którym przebywa Ubezpieczony oraz udostępnienia go Ubezpieczonemu.

Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

1. Ochrona ubezpieczeniowa nie jest udzielana, jeżeli Ubezpieczony znajduje się na terenie Polski lub kraju rezydencji.
2. Niezależnie od generalnych wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w rozdz. VI OWU, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za szkody:
 - 1) wynikające z konfiskaty, zatrzymania lub zniszczenia bagażu podróznego przez organa celne lub inne władze państwowe;
 - 2) wynikające z opóźnienia w dostarczeniu bagażu w przypadku powrotu Ubezpieczonego do Polski lub kraju rezydencji.

Obowiązki Ubezpieczonego w razie zajścia ubezpieczonego zdarzenia

§ 3

1. W razie zaistnienia szkody Ubezpieczony jest zobowiązany do zgłoszenia opóźnienia w dostarczeniu bagażu podróznego przewoź-

nikowi i do otrzymania od niego dokumentów potwierdzających opóźnienie bagażu oraz chwilę jego odzyskania w miejscu pobytu Ubezpieczonego.

2. Zgłoszenie roszczenia powinno zawierać:
 - 1) numer polisy;
 - 2) szczegółowy opis okoliczności zaistnienia szkody;
 - 3) dowody potwierdzające opóźnienie w dostarczeniu bagażu podróżnego;
 - 4) dowody potwierdzające otrzymanie opóźnionego bagażu.

Klauzula ubezpieczenia opóźnienia lotu

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. W przypadku opóźnienia o co najmniej 5 godzin organizowanego przez zawodowego przewoźnika zagranicznego lotu rejsowego, na który Ubezpieczony ma ważny bilet, Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości wskazanej w Tabeli wariantów ubezpieczenia, stanowiącej Załącznik nr 2 do OWU.
2. Loty odwołane, które nie odbyły się w ciągu 5 godzin od pierwotnie planowanej daty i godziny wylotu, traktowane są jak lot opóźniony.

Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

1. Ubezpieczeniem nie są objęte loty czarterowe.
2. Niezależnie od generalnych wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w rozdz. VI OWU, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za szkody:
 - 1) które nie były potwierdzone na lotnisku;
 - 2) wynikające z opóźnienia lotu na terenie Polski lub kraju rezydencji Ubezpieczonego;
 - 3) powstałe na skutek katastrof naturalnych;
 - 4) wynikające z faktu odwołania lotu jeszcze przed datą i godziną pierwotnie planowanego wylotu, a Ubezpieczony został o tym fakcie poinformowany przed datą i godziną pierwotnie planowanego wylotu;
 - 5) wynikające z czasowego lub długotrwałego wycofania samolotu przez władze portu lotniczego, władze lotnictwa cywilnego lub upoważnionego urzędu dowolnego kraju;
 - 6) wynikające ze strajków, lokautów, zamieszek, niepokoїв społecznych.

Obowiązki Ubezpieczonego w razie zajścia ubezpieczonego zdarzenia

§ 3

1. W razie zaistnienia szkody Ubezpieczony jest zobowiązany do uzyskania od przewoźnika lotniczego dokumentu potwierdzającego fakt opóźnienia lub odwołania lotu, w którym przewoźnik powinien podać numer lotu, planowaną datę i godzinę wylotu oraz datę i godzinę dokonania zgłoszenia przez Ubezpieczonego.
2. Zgłoszenie roszczenia powinno zawierać:
 - 1) numer polisy;
 - 2) datę i miejsce zaistnienia szkody oraz opis okoliczności zaistnienia szkody;
 - 3) dowody potwierdzające opóźnienie lub odwołanie lotu.

Klauzula ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

Przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna Ubezpieczonego w życiu prywatnym za szkody osobowe (spowodowanie śmierci, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia) lub rzeczowe (uszkodzenie lub zniszczenie mienia), wyrządzone czynem niedozwolonym osobom trzecim w trakcie podróży zagranicznej, do naprawienia których Ubezpieczony jest zobowiązany w myśl przepisów prawa kraju, w którym przebywa.

Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

1. Towarzystwo nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową szkód nieprzekraczających równowartości 500 zł, w odniesieniu do każdego zdarzenia zaistniałego w trakcie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, a świadczenie i odszkodowanie należne poszkodowanemu z tytułu każdego z powyższych zdarzeń jest pomniejszone o taką kwotę.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje szkód wynikających z posiadania psów, koni, zwierząt dzikich i egzotycznych oraz broni siecznej, kłującej i palnej, jak również używania jej w celach sportowych lub w celu samoobrony.

§ 3

Niezależnie od generalnych wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w rozdz. VI OWU, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za szkody:

- 1) wyrządzone osobom bliskim;
- 2) wyrządzone umyślnie przez osoby, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
- 3) za które przysługuje odszkodowanie z tytułu obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej;
- 4) wynikające z posiadania, kierowania, używania lub uruchamiania pojazdów mechanicznych, statków powietrznych lub jednostek pływających;
- 5) powstałe w wyniku przeniesienia choroby na inną osobę;
- 6) powstałe wskutek normalnej eksploatacji przedmiotu lub wskutek jego technicznego zużycia;
- 7) będące następstwem odpowiedzialności kontraktowej (za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania);
- 8) powstałe wskutek czynności związanych z wykonywaniem wszelkiego rodzaju pracy, zawodu lub prowadzeniem przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej;
- 9) powstałe na terytorium Polski lub kraju rezydencji;
- 10) powstałe wskutek utraty lub uszkodzenia mienia należącego do Ubezpieczonego lub z którego korzystał Ubezpieczony na podstawie umowy (nie dotyczy to jednak wynajmu pokoju w hotelu, domu wakacyjnego, kwatery lub pokoju w pensjonacie);
- 11) związane z amatorskim uprawianiem sportów letnich i zimowych;
- 12) związane z uprawianiem sportów wysokiego ryzyka;
- 13) powstałe podczas uprawiania wszelkich aktywności sportowych w trakcie wypraw zaplanowanych na osiągnięcie wysokości powyżej 6000 m n.p.m., niezależnie od poziomu wysokości na której doszło do zdarzenia lub nastąpiły jego skutki;
- 14) związane z uprawianiem sportów ekstremalnych;
- 15) wyrządzone przez Ubezpieczonego znajdującego się w stanie po spożyciu alkoholu, chyba że nie miało to wpływu na zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego.

Obowiązki Ubezpieczonego w razie zajścia ubezpieczonego zdarzenia

§ 4

1. Ubezpieczony jest zobowiązany zapobiec, w miarę możliwości, zwiększeniu się szkody i ograniczyć jej skutki.
2. W przypadku gdy Ubezpieczony otrzymał informację o wystąpieniu przeciwko niemu na drogę sądową, zobowiązany jest o tym fakcie powiadomić Towarzystwo, nawet w przypadku gdy już wcześniej zgłosił zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Towarzystwo nie odpowiada za koszty wynikające z braku zgody Ubezpieczonego na zawarcie przez Towarzystwo ugody z poszkodowanym lub zaspokojenie jego roszczeń.
4. Po każdym zdarzeniu, którego następstwem jest wyrządzenie przez Ubezpieczonego szkody, Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) niezwłocznie powiadomić Centrum Alarmowe, nie później jednak niż w terminie 7 dni od dnia zaistnienia zdarzenia mogącego go obciążyć odpowiedzialnością cywilną, i stosować się do zaleceń Centrum Alarmowego;

- 2) bez zgody Centrum Alarmowego nie uznawać ani nie zaspokajać roszczeń poszkodowanego, jak też nie zawierać z nim jakiegokolwiek umowy czy ugody dotyczącej zgłoszonych przez niego roszczeń;
- 3) udzielić pełnomocnictwa osobie wskazanej przez Centrum Alarmowe na przeprowadzenie sprawy lub odwołanie się do sądu cywilnego, jeżeli przeciwko niemu poszkodowany wystąpił na drogę sądową, o ile takie żądanie zostanie zgłoszone przez Centrum Alarmowe;
- 4) przekazać do Centrum Alarmowego natychmiast po otrzymaniu każde wezwanie, pozew i wszelkie inne pisma sądowe.
5. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w ust. 4 Towarzystwo może zmniejszyć świadczenie w takim stopniu, w jakim naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Towarzystwu ustalenie okoliczności i skutków wypadku.

Ustalenie świadczeń ubezpieczeniowych

§ 5

W granicach swojej odpowiedzialności Towarzystwo zobowiązane jest do:

- 1) zbadania zasadności roszczeń zgłoszonych wobec Ubezpieczonego;
- 2) pokrycia uzasadnionych kosztów mających zapobiec zwiększeniu rozmiaru szkody;
- 3) pokrycia kosztów opinii rzeczoznawców, powołanych za zgodą Towarzystwa w celu ustalenia okoliczności lub rozmiaru szkody;
- 4) wypłaty odszkodowania, które Ubezpieczony jest zobowiązany zapłacić osobie poszkodowanej z tytułu szkód objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie zawartej lub zatwierdzonej przez Towarzystwo ugody, uznania lub prawomocnego orzeczenia sądu;
- 5) pokrycia kosztów wynajęcia obrońcy reprezentującego interesy Ubezpieczonego w trakcie procesu, jeżeli został wybrany przez Towarzystwo lub za jego zgodą.

Klauzula ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej związanej z uprawianiem sportu

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

Przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna Ubezpieczonego podczas uprawiania sportów objętych umową ubezpieczenia za szkody osobowe (spowodowanie śmierci, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia) lub rzeczowe (uszkodzenie lub zniszczenie mienia), wyrządzone czynem niedozwolonym osobom trzecim w trakcie podróży zagranicznej i uprawiania sportu, do naprawienia których Ubezpieczony jest zobowiązany w myśl przepisów prawa kraju, w którym przebywa.

Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

1. Towarzystwo nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową szkód nieprzekraczających równowartości 500 zł, w odniesieniu do każdego zdarzenia zaistniałego w trakcie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, a świadczenie i odszkodowanie należne poszkodowanemu z tytułu każdego z powyższych zdarzeń jest pomniejszone o taką kwotę.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje szkód wynikających z posiadania psów, koni, zwierząt dzikich i egzotycznych oraz broni siecznej, kłującej i palnej, jak również używania jej w celach sportowych lub w celu samoobrony.

§ 3

Niezależnie od generalnych wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w rozdz. VI OWU, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za szkody:

- 1) wyrządzone osobom bliskim;
- 2) wyrządzone umyślnie przez osoby, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
- 3) za które przysługuje odszkodowanie z tytułu obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej;

- 4) wynikające z posiadania, kierowania, używania lub uruchamiania pojazdów mechanicznych, statków powietrznych lub jednostek pływających;
- 5) powstałe w wyniku przeniesienia choroby na inną osobę;
- 6) powstałe wskutek normalnej eksploatacji przedmiotu lub wskutek jego technicznego zużycia;
- 7) będące następstwem odpowiedzialności kontraktowej (za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania);
- 8) powstałe wskutek czynności związanych z wykonywaniem wszelkiego rodzaju pracy, zawodu lub prowadzeniem przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej;
- 9) powstałe na terytorium Polski lub kraju rezydencji;
- 10) powstałe wskutek utraty lub uszkodzenia mienia należącego do Ubezpieczonego lub mienia innej osoby, z którego korzystał Ubezpieczony na podstawie umowy najmu, dzierżawy, użytkowania, przechowywania lub innej podobnej umowy (nie dotyczy to jednak wynajmu pokoju w hotelu lub w pensjonacie);
- 11) związane z uprawianiem sportów wysokiego ryzyka, chyba że została opłacona dodatkowa składka (kod SWR);
- 12) związane z uprawianiem sportów ekstremalnych, chyba że została opłacona dodatkowa składka (kod SE);
- 13) powstałe podczas uprawiania wszelkich aktywności sportowych w trakcie wypraw zaplanowanych na osiągnięcie wysokości powyżej 6000 m n.p.m., niezależnie od poziomu wysokości na której doszło do zdarzenia lub nastąpiły jego skutki;
- 14) wyrządzone przez Ubezpieczonego znajdującego się w stanie po spożyciu alkoholu, chyba że nie miało to wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

Obowiązki Ubezpieczonego w razie zajścia ubezpieczonego zdarzenia

§ 4

1. Ubezpieczony jest zobowiązany zapobiec, w miarę możliwości, zwiększeniu się szkody i ograniczyć jej skutki.
2. W przypadku gdy Ubezpieczony otrzymał informację o wystąpieniu przeciwko niemu na drogę sądową, zobowiązany jest o tym fakcie powiadomić Towarzystwo, nawet w przypadku gdy już wcześniej zgłosił zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Towarzystwo nie odpowiada za koszty wynikające z braku zgody Ubezpieczonego na zawarcie przez Towarzystwo ugody z poszkodowanym lub zaspokojenie jego roszczeń.
4. Po każdym zdarzeniu, którego następstwem jest wyrządzenie przez Ubezpieczonego szkody, Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) niezwłocznie powiadomić Centrum Alarmowe, nie później jednak niż w terminie 7 dni od dnia zaistnienia zdarzenia mogącego go obciążyć odpowiedzialnością cywilną, i stosować się do zaleceń Centrum Alarmowego;
 - 2) bez zgody Centrum Alarmowego nie uznawać ani nie zaspokajać roszczeń poszkodowanego, jak też nie zawierać z nim jakiegokolwiek umowy czy ugody dotyczącej zgłoszonych przez niego roszczeń;
 - 3) udzielić pełnomocnictwa osobie wskazanej przez Centrum Alarmowe na przeprowadzenie sprawy lub odwołanie się do sądu cywilnego, jeżeli przeciwko niemu poszkodowany wystąpił na drogę sądową, o ile takie żądanie zostanie zgłoszone przez Centrum Alarmowe;
 - 4) przekazać do Centrum Alarmowego natychmiast po otrzymaniu każde wezwanie, pozew i wszelkie inne pisma sądowe.
5. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w ust. 4 Towarzystwo może zmniejszyć świadczenie w takim stopniu, w jakim naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Towarzystwu ustalenie okoliczności i skutków wypadku.

Ustalenie świadczeń ubezpieczeniowych

§ 5

W granicach swojej odpowiedzialności Towarzystwo zobowiązane jest do:

- 1) zbadania zasadności roszczeń zgłoszonych wobec Ubezpieczonego;

- 2) pokrycia uzasadnionych kosztów mających zapobiec zwiększeniu rozmiaru szkody;
- 3) pokrycia kosztów opinii rzeczoznawców, powołanych za zgodą Towarzystwa w celu ustalenia okoliczności lub rozmiaru szkody;
- 4) wypłaty odszkodowania, które Ubezpieczony jest zobowiązany zapłacić osobie poszkodowanej z tytułu szkód objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie zawartej lub zatwierdzonej przez Towarzystwo ugody, uznania lub prawomocnego orzeczenia sądu;
- 5) pokrycia kosztów wynajęcia obrońcy reprezentującego interesy Ubezpieczonego w trakcie procesu, jeżeli został wybrany przez Towarzystwo lub za jego zgodą.

Klauzula ubezpieczenia sprzętu sportowego

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest sprzęt sportowy będący własnością Ubezpieczonego, będący w posiadaniu Ubezpieczonego w trakcie podróży zagranicznej.
2. Ochroną ubezpieczeniową objęty jest sprzęt sportowy znajdujący się pod bezpośrednią opieką Ubezpieczonego oraz sprzęt, który został:
 - 1) powierzony zawodowemu przewoźnikowi na podstawie odpowiedniego dokumentu przewozowego;
 - 2) oddany za pokwitowaniem do przechowania bagażu;
 - 3) pozostawiony w zamkniętym na zamek indywidualnym pomieszczeniu bagażowym na dworcu lub w hotelu;
 - 4) pozostawiony w zamkniętym na zamek pomieszczeniu w miejscu zakwaterowania Ubezpieczonego (z wyłączeniem namiotu);
 - 5) pozostawiony w zamkniętym na zamek bagażniku lub kabinie pojazdu samochodowego lub w zamkniętym na zamek luku bagażowym, lub na parkingu za pokwitowaniem;
 - 6) pozostawiony w zamkniętej na zamek kabinie przyczepy kempingowej lub jednostki pływającej.

§ 2

Towarzystwo wypłaci odszkodowanie za utratę, zniszczenie lub uszkodzenie sprzętu sportowego Ubezpieczonego podczas podróży zagranicznej wyłącznie w przypadku, gdy nastąpiło to wskutek:

- 1) pożaru, huraganu, powodzi, deszczu nawalnego, gradu, lawiny, bezpośredniego uderzenia pioruna, trzęsienia, zapadania lub osuwania się ziemi;
- 2) akcji ratowniczej, prowadzonej w związku ze zdarzeniami losowymi wymienionymi w pkt 1);
- 3) wypadku w komunikacji lądowej, wodnej lub powietrznej;
- 4) kradzieży z włamaniem do pomieszczeń wymienionych w § 1 ust. 2, a także z zamkniętym na zamek bagażnika pojazdu samochodowego (również bagażnika dachowego w formie zamkniętego pojemnika) lub z zamkniętym na zamek luku bagażowego, oraz rabunku;
- 5) nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, w wyniku którego Ubezpieczony pozbawiony był możliwości zaopiekowania się bagażem i zabezpieczenia go;
- 6) nieszczęśliwego wypadku podczas uprawiania sportu objętego umową ubezpieczenia, potwierdzonego dokumentacją medyczną;
- 7) zaginięcia, w przypadku gdy sprzęt sportowy znajdował się pod opieką zawodowego przewoźnika, na podstawie dokumentu przewozowego;
- 8) uszkodzenia waliz, toreb, kufrów bagażowych, plecaków, w których był przechowywany sprzęt sportowy, wyłącznie na skutek udokumentowanej kradzieży części lub całej ich zawartości.

Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 3

Niezależnie od generalnych wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w rozdz. VI OWU, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za szkody:

- 1) wynikające z zagubienia lub pozostawienia sprzętu sportowego bez opieki;
- 2) polegające wyłącznie na uszkodzeniu lub zniszczeniu pojemników bagażu (waliz, kufrów itp.) z zastrzeżeniem § 2 pkt 8);
- 3) wynikające z wad sprzętu sportowego;

- 4) polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu bądź utracie sprzętu sportowego wskutek jego zużycia;
- 5) powstałe podczas uprawiania wszelkich aktywności sportowych w trakcie wypraw zaplanowanych na osiągnięcie wysokości powyżej 6000 m n.p.m., niezależnie od poziomu wysokości na której doszło do zdarzenia lub nastąpiły jego skutki;
- 6) będące skutkiem zatrzymania, zniszczenia lub konfiskaty przez organa celne lub inne władze.

Obowiązki Ubezpieczonego w razie zajścia ubezpieczonego zdarzenia

§ 4

1. Ubezpieczony jest zobowiązany do zapobiegania powstawaniu szkód, a zwłaszcza do zachowania należytej staranności w strzeżeniu mienia.
2. W razie zaistnienia szkody Ubezpieczony jest zobowiązany do:
 - 1) zapobiegania zwiększeniu się rozmiarów szkody;
 - 2) zabezpieczenia dowodów zaistnienia szkody, zarówno w przypadku utraty, zniszczenia, jak i uszkodzenia sprzętu sportowego;
 - 3) zabezpieczenia rzeczy zniszczonych lub uszkodzonych, w celu umożliwienia dokonania ich oględzin przez przedstawiciela Towarzystwa;
 - 4) niezwłocznego, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od zajścia zdarzenia, zawiadomienia policji o każdym wypadku kradzieży z włamaniem, rabunku lub zaginięcia przedmiotów objętych ubezpieczeniem i uzyskania pisemnego potwierdzenia tego faktu z wyszczególnieniem utraconych przedmiotów (rodzaj, ilość) i podaniem ich wartości;
 - 5) zawiadomienia właściwego przewoźnika lub kierownictwa hotelu, domu wczasowego, kempingu itp. o każdym wystąpieniu szkody, która powstała w publicznym środku komunikacji lub miejscu zakwaterowania, i uzyskania pisemnego potwierdzenia tego zawiadomienia z wyszczególnieniem utraconych przedmiotów (rodzaj, ilość) i podaniem ich wartości;
 - 6) w razie utraty albo całkowitego lub częściowego zniszczenia przedmiotów wskutek wystąpienia zdarzenia losowego albo akcji ratowniczej – uzyskania od odpowiednich władz pisemnego potwierdzenia zaistniałej szkody z wyszczególnieniem utraconych przedmiotów (rodzaj, ilość).
3. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w ust. 2 Towarzystwo może zmniejszyć odszkodowanie w takim stopniu, w jakim naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Towarzystwu ustalenie okoliczności i skutków ubezpieczonego zdarzenia.
4. Zgłoszenie roszczenia powinno zawierać:
 - 1) numer polisy;
 - 2) szczegółowy opis okoliczności zaistnienia szkody;
 - 3) spis uszkodzonych lub utraconych przedmiotów z określeniem ich wartości oraz roku nabycia;
 - 4) dowody potwierdzające utratę, zniszczenie lub uszkodzenie sprzętu sportowego;
 - 5) dowody potwierdzające zakup sprzętu sportowego.

§ 5

1. Przy ustalaniu rozmiaru szkody nie uwzględnia się:
 - 1) wartości naukowej, kolekcjonerskiej, zabytkowej lub pamiątkowej przedmiotów;
 - 2) kosztów poniesionych na odkażenie pozostałości po szkodzie.
2. Wysokość odszkodowania ustala się na podstawie cen rynkowych obowiązujących w dniu zdarzenia (wartość rynkowa sprzętu sportowego), z uwzględnieniem stopnia zużycia, gdzie za każdy rok zużycia odejmuje się 15% wartości rynkowej sprzętu sportowego.
3. Wysokość wypłaconego odszkodowania nie może przekraczać wartości faktycznie poniesionej szkody ani obejmować zniszczeń wcześniej powstałych, w tym stopnia naturalnego zużycia.

Klauzula „Pakiet Zimowy”

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Zwrot kosztów karnetu na wyciąg narciarski.

Ubezpieczeniem są objęte koszty karnetu uprawniającego do korzystania z wyciągów narciarskich oraz uczestnictwa w zajęciach szkółki narciarskiej lub snowboardingowej. Towarzystwo zwraca koszty niewykorzystanego karnetu w związku z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonego objętym ochroną ubezpieczeniową na podstawie OWU. Zwrot następuje za pełne dni niemożności korzystania z karnetu, po okazaniu niewykorzystanego karnetu.

2. Świadczenie w przypadku zamknięcia narciarskich tras zjazdowych

W przypadku zamknięcia wszystkich oznakowanych tras zjazdowych, położonych w rejonie narciarskim w promieniu 30 km od miejscowości zakwaterowania Ubezpieczonego, z powodu niekorzystnych warunków pogodowych, występujących w okresie ubezpieczenia, w wyniku czego Ubezpieczony został pozbawiony możliwości uprawiania narciarstwa lub snowboardingu, Towarzystwo wypłaci świadczenie dzienne wskazane w umowie ubezpieczenia za każdy dzień niemożności uprawiania tych sportów. Warunkiem wypłaty świadczenia jest zamknięcie tras w czasie udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej w okresie pomiędzy 15 grudnia a 30 marca, nie wcześniej jednak niż w dniu wyjazdu Ubezpieczonego w podróż.

3. Zwrot kosztów wypożyczenia sprzętu narciarskiego lub snowboardingowego

Towarzystwo zwraca Ubezpieczonemu koszty wypożyczenia sprzętu narciarskiego lub snowboardingowego, odpowiadające rodzajowi utraconego lub zniszczonego sprzętu, w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia za każdy dzień wypożyczenia, w następujących przypadkach:

- 1) nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie potwierdzone diagnozą lekarską, w wyniku którego Ubezpieczony pozbawiony był możliwości zaopiekowania się sprzętem sportowym;
- 2) zaginięcie sprzętu sportowego, który znajdował się pod opieką zawodowego przewoźnika, na podstawie dokumentu przewozowego, lub został oddany do przechowania za pokwitowaniem;
- 3) uszkodzenie lub zniszczenie sprzętu sportowego podczas uprawiania narciarstwa lub snowboardingu, jeżeli nastąpiło na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, potwierdzonego diagnozą lekarską.

Klauzula ubezpieczenia kosztów leczenia na terenie Polski

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje nieszczęśliwe wypadki w czasie podróży zagranicznej Ubezpieczonego.

Świadczenia ubezpieczeniowe

§ 2

1. Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu poniesione przez niego koszty leczenia na terenie Polski skutków nieszczęśliwego wypadku powstałego podczas podróży zagranicznej niezależnie od tego, czy Ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu czy inwalidztwa.
2. Zwrot kosztów leczenia następuje na podstawie oryginałów rachunków lub faktur wystawionych imiennie na Ubezpieczonego w okresie do 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku powstałego podczas podróży zagranicznej.

Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 3

Niezależnie od wyłączeń generalnych, o których mowa w rozdz. VI OWU, ochroną ubezpieczeniową nie są objęte koszty leczenia, jeżeli powstały w wyniku:

- 1) leczenia niezwiązanego z pomocą medyczną, udzieloną w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 2) leczenia sanatoryjnego, kuracji w domach wypoczynkowych lub ośrodkach leczenia uzależnień, pobytów w ośrodkach i hotelach spa;
- 3) leczenia psychoanalitycznego i psychoterapeutycznego;
- 4) leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, które wystąpiły przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
- 5) operacji plastycznych lub zabiegów kosmetycznych;
- 6) leczenia zaburzeń psychicznych lub depresji, nawet jeżeli są następstwem nieszczęśliwego wypadku;
- 7) specjalnego odżywiania Ubezpieczonego, masaży, kąpeli, inhalacji, gimnastyki leczniczej lub naświetlenia (nawet gdy było to zalecane przez lekarza) oraz innych zabiegów rehabilitacyjnych i fizyko-terapeutycznych;
- 8) leczenia lekami nieuznanymi przez medycynę konwencjonalną.

§ 4

1. W razie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) uzyskać dokumentację medyczną stwierdzającą rozpoznanie (diagnozę lekarską);
 - 2) w ciągu 7 dni od daty powrotu do Polski lub kraju rezydencji zawiadomić Towarzystwo o zaistniałym wypadku poprzez dostarczenie:
 - a) wypełnionego formularza zgłoszenia wypadku, ze szczególnym uwzględnieniem okoliczności wypadku, oraz dołączenie rachunków za koszty leczenia poniesione na terenie Polski,
 - b) dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, w tym dokumentacji medycznej z miejsca wypadku, potwierdzającej okoliczności wypadku i rodzaj urazu, a w przypadku braku takiej dokumentacji – innych dowodów, potwierdzających że wypadek miał miejsce podczas podróży zagranicznej.
2. Ubezpieczony, na wniosek Towarzystwa, zobowiązany jest do:
 - 1) poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym, z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych; koszty przeprowadzenia tych badań ponosi Towarzystwo;
 - 2) udostępnienia wyników badań lub dokumentów medycznych, dotyczących przebiegu leczenia, lub udzielenia zgody na wystąpienie przez Towarzystwo do odpowiednich osób lub instytucji o udostępnienie tych danych lub dokumentów;
 - 3) udzielenia Towarzystwu pisemnej zgody na wystąpienie do podmiotów, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, w celu uzyskania informacji związanych z weryfikacją podanych przez Ubezpieczonego danych o jego stanie zdrowia, ustalenia prawa do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, oraz zwolnienia tych podmiotów z obowiązku zachowania tajemnicy związanej z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi.

Klauzula ubezpieczenia kosztów rehabilitacji na terenie Polski

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje nieszczęśliwe wypadki w czasie podróży zagranicznej Ubezpieczonego.

Świadczenia ubezpieczeniowe

§ 2

1. Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu poniesione przez niego koszty rehabilitacji na terenie Polski skutków nieszczęśliwego wypadku powstałego podczas podróży zagranicznej, niezależnie od tego, czy Ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu czy inwalidztwa.
2. Zwrot kosztów rehabilitacji następuje na podstawie oryginałów rachunków lub faktur wystawionych imiennie na Ubezpieczonego w okresie do 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku powstałego podczas podróży zagranicznej.

Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 3

Niezależnie od wyłączeń generalnych, o których mowa w rozdz. VI OWU, ochroną ubezpieczeniową nie są objęte koszty rehabilitacji, jeżeli powstały w wyniku:

- 1) rehabilitacji niezwiązanej z pomocą medyczną udzieloną w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 3) leczenia psychoanalitycznego i psychoterapeutycznego;
- 4) rehabilitacji następstw nieszczęśliwych wypadków, które wystąpiły przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
- 5) operacji plastycznych lub zabiegów kosmetycznych;
- 6) leczenia zaburzeń psychicznych lub depresji, nawet jeżeli są następstwem nieszczęśliwego wypadku.

§ 4

1. W razie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) uzyskać dokumentację medyczną stwierdzającą rozpoznanie (diagnozę lekarską);
 - 2) w ciągu 7 dni od daty powrotu do Polski lub kraju rezydencji zawiadomić Towarzystwo o zaistniałym wypadku poprzez dostarczenie:
 - a) wypełnionego formularza zgłoszenia wypadku, ze szczególnym uwzględnieniem okoliczności wypadku, oraz dołączenie rachunków za koszty leczenia poniesione na terenie Polski,
 - b) dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, w tym dokumentacji medycznej z miejsca wypadku, potwierdzającej okoliczności wypadku i rodzaj urazu, a w przypadku braku takiej dokumentacji – innych dowodów, potwierdzających że wypadek miał miejsce podczas podróży zagranicznej.
2. Ubezpieczony, na wniosek Towarzystwa, zobowiązany jest do:
 - 1) poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym, z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych; koszty przeprowadzenia tych badań ponosi Towarzystwo;
 - 2) udostępnienia wyników badań lub dokumentów medycznych, dotyczących przebiegu leczenia, lub udzielenia zgody na wystąpienie przez Towarzystwo do odpowiednich osób lub instytucji o udostępnienie tych danych lub dokumentów;
 - 3) udzielenia Towarzystwu pisemnej zgody na wystąpienie do podmiotów, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, w celu uzyskania informacji związanych z weryfikacją podanych przez Ubezpieczonego danych o jego stanie zdrowia, ustalenia prawa do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, oraz zwolnienia tych podmiotów z obowiązku zachowania tajemnicy związanej z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi.

Klauzula ubezpieczenia pobytu w szpitalu na terenie Polski

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na terenie Polski w konsekwencji nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, które nastąpiły podczas podróży zagranicznej Ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia objęty jest pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który będzie trwał powyżej 2 dni.
3. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w Tabeli wariantów ubezpieczenia, stanowiącej Załącznik nr 2 do OWU.
4. Prawo do świadczenia ustalone jest na podstawie dokumentacji medycznej z podróży zagranicznej i karty leczenia szpitalnego na terenie Polski.

Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

Niezależnie od wyłączeń generalnych, o których mowa w rozdz. VI OWU, ochrona ubezpieczeniowa nie dotyczy pobytu w szpitalu w wyniku nie-

szczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, które wystąpiły przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Klauzula ubezpieczenia udziału własnego w wynajętym pojeździe

Definicje stosowane w ubezpieczeniu udziału własnego w wynajętym pojeździe

§ 1

1. **Kolizja drogowa** – każde zdarzenie drogowe, którego skutkiem są wyłącznie straty materialne. O kolizji mówimy, gdy dochodzi do zetknięcia pojazdu z innymi uczestnikami ruchu drogowego, zwierzętami lub przedmiotami w wyniku niezachowania należytej ostrożności.
2. **Pojazd** – wynajęty na podstawie umowy:
 - 1) samochód osobowy o dopuszczalnej masie całkowitej nieprzekraczającej 3,5 tony;
 - 2) motocykl;
 - 3) skuter (rodzaj motoroweru lub motocykla).
3. **Wypadek drogowy** – zdarzenie drogowe, będące skutkiem nieumyślnego naruszenia zasad bezpieczeństwa ruchu drogowego, w którym doszło do uszkodzenia pojazdu oraz podczas którego doszło do uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci uczestnika tego zdarzenia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia są koszty poniesione przez Ubezpieczonego w związku z uszkodzeniem pojazdu w wyniku wypadku drogowego lub kolizji drogowej podczas podróży zagranicznej.
2. Zakresem ubezpieczenia objęty jest zwrot kosztów do wysokości udziału własnego, do pokrycia których Ubezpieczony jest zobowiązany na podstawie pisemnej umowy najmu pojazdu, zawartej z firmą mającą siedzibę poza granicami Polski, świadczącą usługę wynajmowania pojazdów, i w zakresie nieobjętym umową ubezpieczenia danego pojazdu.

Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 3

1. Niezależnie od wyłączeń generalnych, o których mowa w rozdz. VI OWU, ochroną ubezpieczeniową nie są objęte koszty, jeżeli powstały w wyniku:
 - 1) kierowania przez Ubezpieczonego wynajętym pojazdem w stanie po użyciu alkoholu, pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 2) użycia pojazdu przez Ubezpieczonego jako narzędzie przestępstwa lub jego usiłowania;
 - 3) samookaleczenia, samobójstwa lub usiłowania jego popełnienia przez Ubezpieczonego;
 - 4) użytkowania pojazdu niezgodnie z jego przeznaczeniem i bez wymaganych uprawnień;
 - 5) przebywania na obszarach, na których obowiązuje zakaz poruszania się;
 - 6) jazd próbnych, rajdów, wyścigów, treningów, konkursów albo użycia pojazdu jako rekwizytu;
 - 7) czynnego uczestniczenia pojazdem w akcjach protestacyjnych i blokadach dróg;
 - 8) katastrof naturalnych;
 - 9) strajków, lokautów, zamieszek, niepokojów społecznych;
 - 10) użycia pojazdu do odpłatnego transportu towarów lub pasażerów.
2. Ponadto ochroną ubezpieczeniową nie są objęte zdarzenia polegające na:
 - 1) zatankowaniu niewłaściwego paliwa;
 - 2) zagubieniu, utracie lub zatrażeniu kluczy lub urządzeń służących do otwierania i uruchamiania pojazdu;
 - 3) naturalnym zużyciu elementów pojazdu;
 - 4) uszkodzeniu lub zanieczyszczeniu wnętrza pojazdu;

- 5) kradzieży pojazdu lub części pojazdu;
- 6) uszkodzeniu kół pojazdu i elementów stanowiących część koła.

Obowiązki Ubezpieczonego w razie zajścia ubezpieczonego zdarzenia

§ 4

W przypadku zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem udziału własnego w wynajętym pojeździe Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć do Centrum Alarmowego:

- 1) umowę najmu pojazdu;

- 2) dokument, w którym został określony udział własny, lub potwierdzenie blokady środków na karcie płatniczej, które udokumentują udział własny, jaki ponosi Ubezpieczony w przypadku zajścia ubezpieczonego zdarzenia;
- 3) potwierdzenie z policji o zaistnieniu kolizji drogowej lub wypadku drogowego lub protokół sporządzony przez firmę świadczącą usługę wynajmowania samochodów i podpisany przez Ubezpieczonego podczas zwrotu wynajmowanego pojazdu;
- 4) potwierdzenie uiszczenia udziału własnego przez Ubezpieczonego.

ZAŁĄCZNIK NR 4 – WYKAZ AKTYWNOŚCI SPORTOWYCH Z PODZIAŁEM NA KATEGORIE

A	B	C
AS – amatorskie sporty letnie i zimowe w zakresie standardowym polisy	SWR 100% – sporty wysokiego ryzyka	SE 300% – sporty ekstremalne
aerobik	canoeing	abseiling
aqua aerobik	canyoning	akrobacje narciarskie i snowboardowe
biegi na orientację	chodzenie po linie	cyclotrial
biegi przełajowe	gimnastyka artystyczna	downhill
fitness	gimnastyka sportowa	freediving
gimnastyka	jazda na nartach poza wyznaczonymi trasami	freerun
hokej	jazda na snowboardzie poza wyznaczonymi trasami	futbol amerykański
jazda konna	kajakarstwo (skala WWI-WWV)	futbol irlandzki
jazda na deskorolce	kolarstwo górskie	halfpipe
jazda na hulajnodze	łucznictwo	heliboarding
jazda na łyżwach	maratony amatorskie pow. 10 km, ironman, spartan race, ultramaraton, wieloboje	heliskiing
jazda na nartach wodnych	myślistwo	hydrospeed
jazda na rolkach	nurkowanie z aparatem powietrznym pow. 30 m głębokości	jazda po muldach
jazda na rowerze	parkour	lotniarstwo
jazda na skuterze śnieżnym	pole dance	motolotniarstwo
jazda na skuterze wodnym	rafting	mountainboarding
jazda na słońcu	skituring	paralotniarstwo
jazda na wielbłądzie	strzelectwo	parasailing
jeep safari	trekking z użyciem specjalistycznego sprzętu do wysokości 3500 m n.p.m.	pilotowanie samolotów
jogging	wioślarstwo	rugby
kitesurfing i jego odmiany (kiteboarding, snowkitesurfing, snowkiteboarding, landkiting, snowkiting)	wspinaczka do wys. 3500 m n.p.m. (górska, wysokogórska, skalna, skałkowa, lodowa, ściankowa)	skialpinizm
koszykówka	żeglarstwo (jeżeli jesteś sternikiem)	skoki do wody
lot balonem		skoki na bungee
maratony amatorskie do 10 km		skoki narciarskie
narciarstwo (w tym snowpark bez akrobacji)		skoki spadochronowe
nordic walking		skoki z wysokich budynków
nurkowanie z aparatem powietrznym do 30 m głębokości		skoki z wysokich skał
piłka nożna		speleologia
pływanie		sporty motorowe: motoskiing, motocross, motorowe rajdy terenowe, gokarty
pływanie kajakiem (skala ZWA, ZWB i ZWC)		sporty obronne i sztuki walki: MMA, boks, kickboxing, karate, aikido, taekwondo, tai chi, capoeira, szermierka, zapasy, judo, trapping, ju-jitsu
pływanie na bananie wodnym		szybownictwo
pływanie na desce SUP		trekking powyżej wysokości 3500 m n.p.m.
pływanie rowerem wodnym		tyrolka

A	B	C
AS – amatorskie sporty letnie i zimowe w zakresie standardowym polisy	SWR 100% – sporty wysokiego ryzyka	SE 300% – sporty ekstremalne
pływanie żaglówką		wspinaczka powyżej wysokości 3500 m n.p.m. (górska, wysokogórska, skalna, skałkowa, lodowa, ściankowa)
polo		żeglarstwo oceaniczne oraz żeglarstwo pow. 12 mil morskich od brzegu
siatkówka		
siatkówka plażowa		
skateboarding		
skiboby		
snorkeling		
snowboarding (w tym snowpark bez akrobacji)		
snowtubing		
sporty uprawiane w ramach zajęć teambuildingowych: paintball, zorbing, segway, park linowy, jazda na quadzie		
squash		
streetball		
surfing		
tenis		
tenis stołowy		
trekking bez użycia specjalistycznego sprzętu do wysokości 3500 m n.p.m.		
wakeboarding		
wędkarstwo		
windsurfing		
żeglarstwo (jeżeli jesteś załogantem)		

ZAŁĄCZNIK NR 5 – WZÓR ZGŁOSZENIA OSÓB DO UBEZPIECZENIA

(dotyczy umów ubezpieczenia zawieranych w formie grupowej bezimiennej)

Lp.	Imię	Nazwisko	Data urodzenia

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

To stabilna i wiarygodna firma, za którą stoją liczby:

- ☒ obecna w 18 krajach
- ☒ 16 mln klientów w Europie
- ☒ 5. ubezpieczyciel w Europie Środkowej i Wschodniej
- ☒ jedna z największych grup ubezpieczeniowych w Polsce
- ☒ 5,5 mln klientów w Polsce
- ☒ lider w ubezpieczeniach dla segmentu mieszkalnictwa

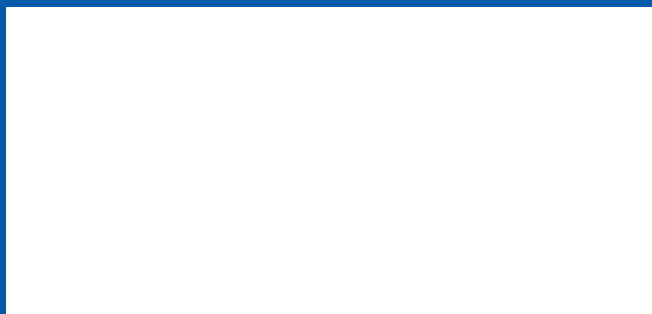
Skontaktuj się z nami:

22 599 95 22

* koszt połączenia według taryfy operatora

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

Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się z agentem.



Pomyśl, że jesteś BEZPIECZNY w podróży.

Ogólne warunki
ubezpieczenia

Ubezpieczenie indywidualnych podróży
Kontynenty na terenie Rzeczypospolitej
Polskiej

12640421U

Pomyśl



Spis treści

ROZDZIAŁ I. Postanowienia ogólne	3
ROZDZIAŁ II. Przedmiot i zakres poszczególnych ubezpieczeń	6
A. Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków	6
B. Ubezpieczenie assistance	8
C. Ubezpieczenie kosztów leczenia	8
D. Ubezpieczenie kosztów ratownictwa (wersja TRAVEL SPORT i TRAVEL SPORT PLUS)	9
E. Ubezpieczenie kosztów rehabilitacji	10
F. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym	10
G. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej związanej z uprawianiem sportu (wersja TRAVEL SPORT PLUS)	12
H. Ubezpieczenie sprzętu sportowego (wersja TRAVEL SPORT PLUS)	14
ROZDZIAŁ III. Obowiązki Ubezpieczonego w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego	15
A. Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków, kosztów leczenia, kosztów rehabilitacji i assistance	15
B. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym oraz związanej z uprawianiem sportu	17
C. Ubezpieczenie sprzętu sportowego	18
ROZDZIAŁ IV. Postanowienia wspólne	19
ZAŁĄCZNIK NR 1 – Klauzule dodatkowe	28
ZAŁĄCZNIK NR 2 – Definicje	29
ZAŁĄCZNIK NR 3 – Tabele stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz inwalidztwa	33



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	OWU: § 8; § 9; § 11; § 13; § 16; § 18; § 19; § 23; § 28 Klauzula nr 1 – Świadczenie z tytułu niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku: pkt 2 i 3 Klauzula nr 2 – Świadczenie z tytułu wystąpienia zawału serca lub udaru: pkt 2 Z uwzględnieniem definicji zawartych w Załączniku nr 2 – Definicje
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 10; § 14; § 21 ust. 2; § 22; § 26; § 28 ust.1; § 29; § 33 ust. 5; § 34 ust. 2 i 4; § 40; § 43 ust. 3; § 45 ust. 4

ROZDZIAŁ I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

Postanowienia wstępne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia indywidualnych podróży Kontynenty na terenie Rzeczypospolitej Polskiej (dalej: OWU) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy UNIQA Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a osobami fizycznymi, prawnymi lub jednostkami nieposiadającymi osobowości prawnej, ale posiadającymi zdolność prawną, w zakresie ubezpieczeń turystycznych obejmujących ryzyka dotyczące podróży na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
2. W Rozdziale II OWU zostały uregulowane poszczególne ubezpieczenia, których może dotyczyć umowa ubezpieczenia, w Rozdziale III OWU zostało opisane postępowanie w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, a Rozdział IV OWU zawiera postanowienia mające zastosowanie do wszystkich ubezpieczeń.
3. Załącznikami do OWU są Klauzule dodatkowe, na podstawie których możliwe jest rozszerzenie zakresu ubezpieczenia, Definicje niektórych pojęć używanych w OWU, jak również Tabele stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu i inwalidztwa, mające zastosowanie do ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.

Postanowienia uzgodnione indywidualnie

§ 2

Umowa ubezpieczenia może być zawarta na warunkach uzgodnionych przez Strony, odmiennych od postanowień niniejszych OWU.

Przedmiot ubezpieczenia

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia może objąć następujące ryzyka:
 - 1) następstwa nieszczęśliwych wypadków (kod ryzyka NNW);
 - 2) assistance (kod ryzyka ASS);
 - 3) koszty leczenia (kod ryzyka KL);
 - 4) koszty ratownictwa (kod ryzyka KR);
 - 5) koszty rehabilitacji (kod ryzyka KRh);
 - 6) odpowiedzialność cywilna (OC) w życiu prywatnym (kod ryzyka OC);
 - 7) odpowiedzialność cywilna związana z uprawianiem sportu (kod ryzyka OCs);
 - 8) sprzęt sportowy (kod ryzyka SS).
2. Przedmiotem ubezpieczenia, po opłaceniu dodatkowej składki, może być również:
 - 1) niezdolność do pracy i dzienne świadczenie szpitalne – zgodnie z Klauzulą nr 1 do OWU;
 - 2) zawał serca i udar – zgodnie z Klauzulą nr 2 do OWU.

Wersje umowy ubezpieczenia

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w wersjach TRAVEL, TRAVEL SPORT lub TRAVEL SPORT PLUS, różniących się zakresem ubezpieczenia. Zakres ubezpieczenia w poszczególnych wersjach jest wskazany w poniższej tabeli:

Przedmiot ubezpieczenia	TRAVEL	TRAVEL SPORT	TRAVEL SPORT PLUS
Następstwa nieszczęśliwych wypadków	+	+	+
Assistance	+	+	+
Koszty leczenia	+	+	+
Koszty ratownictwa	–	+	+
Koszty rehabilitacji	+	+	+
Odpowiedzialność cywilna w życiu prywatnym	+	+	+
Odpowiedzialność cywilna związana z uprawianiem sportu	–	–	+
Sprzęt sportowy	–	–	+

2. W umowie ubezpieczenia zawartej w wersji TRAVEL w ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków, kosztów leczenia, kosztów rehabilitacji oraz odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym ochroną ubezpieczeniową nie są objęte poniżej wymienione ryzyka:
 - 1) amatorskie uprawianie sportów letnich i zimowych (kod AS);
 - 2) uprawianie sportów wysokiego ryzyka (kod SWR);
 - 3) zawodowe i wyczynowe uprawianie sportu (kod ZS);
 - 4) uprawianie sportów ekstremalnych (kod ES).
3. W umowie ubezpieczenia zawartej w wersji TRAVEL SPORT:
 - 1) w ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków, kosztów leczenia, kosztów ratownictwa oraz kosztów rehabilitacji ochroną objęte jest amatorskie uprawianie sportów letnich i zimowych (kod AS), ale nie jest objęte uprawianie innych sportów, chyba że została opłacona dodatkowa składka, tj.:
 - a) uprawianie sportów wysokiego ryzyka (kod SWR),
 - b) zawodowe i wyczynowe uprawianie sportu (kod ZS),
 - c) uprawianie sportów ekstremalnych (kod ES), przy czym objęcie ochroną ubezpieczeniową ryzyka uprawiania sportów ekstremalnych powoduje objęcie ochroną ubezpieczeniową również uprawiania sportów wysokiego ryzyka oraz zawodowego i wyczynowego uprawiania sportu;
 - 2) w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym ochroną ubezpieczeniową nie są objęte ryzyka wymienione poniżej:

- a) amatorskie uprawianie sportów letnich i zimowych (kod AS);
 - b) uprawianie sportów wysokiego ryzyka (kod SWR);
 - c) zawodowe i wyczynowe uprawianie sportu (kod ZS);
 - d) uprawianie sportów ekstremalnych (kod ES).
4. W umowie ubezpieczenia zawartej w wersji TRAVEL SPORT PLUS, w ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków, kosztów leczenia, kosztów ratownictwa, kosztów rehabilitacji, odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym, odpowiedzialności cywilnej związanej z uprawianiem sportu oraz sprzętu sportowego ochroną jest objęte amatorskie uprawianie sportów letnich i zimowych (kod AS), ale nie jest objęte uprawianie innych sportów, chyba że została opłacona dodatkowa składka, tj.:
- 1) uprawianie sportów wysokiego ryzyka (kod SWR);
 - 2) zawodowe i wyczynowe uprawianie sportu (kod ZS);
 - 3) uprawianie sportów ekstremalnych (kod ES), przy czym objęcie ochroną ubezpieczeniową ryzyka uprawiania sportów ekstremalnych powoduje objęcie ochroną ubezpieczeniową również uprawiania sportów wysokiego ryzyka oraz zawodowego i wyczynowego uprawiania sportu.

Warianty umowy ubezpieczenia

§ 5

- Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w wariantach XSmall, Small, Medium albo Large, różniącymi się wysokością sum ubezpieczenia i sum gwarancyjnych oraz ich podlimitami.
- Wysokość sum ubezpieczenia i sum gwarancyjnych oraz ich podlimitów w poszczególnych wariantach jest wskazana w poniższej tabeli:

Przedmiot ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia i suma gwarancyjna oraz ich podlimity			
	XSmall	Small	Medium	Large
Następstwa nieszczęśliwych wypadków	10 000 zł	20 000 zł	30 000 zł	50 000 zł
Koszty leczenia	500 zł	500 zł	750 zł	1 000 zł
Koszty ratownictwa	15 000 zł			
Koszty rehabilitacji	500 zł	500 zł	750 zł	1 000 zł
Odpowiedzialność cywilna w życiu prywatnym, w tym:	100 000 zł			
– dla szkód w mieniu	50 000 zł			
Odpowiedzialność cywilna związana z uprawianiem sportu, w tym:	10 000 zł			
– dla szkód w mieniu	5 000 zł			
Sprzęt sportowy	3 000 zł			

Zakres terytorialny umowy ubezpieczenia

§ 6

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej (dalej: RP).

ROZDZIAŁ II. PRZEDMIOT I ZAKRES POSZCZEGÓLNYCH UBEZPIECZEŃ

A. UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 7

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje nieszczęśliwe wypadki w czasie podróży Ubezpieczonego.

Świadczenia ubezpieczeniowe

§ 8

Towarzystwo zobowiązuje się do wypłaty następujących świadczeń:

- 1) w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, pod warunkiem że śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 2) w przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku – świadczenia ustalonego jako iloczyn sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków i procentu trwałego uszczerbku określonego w Tabeli trwałych uszczerbków na zdrowiu, stanowiącej Załącznik nr 3 do OWU;
- 3) w przypadku inwalidztwa Ubezpieczonego, będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku – świadczenia ustalonego jako iloczyn sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków i procentu inwalidztwa określonego w Tabeli inwalidztwa, stanowiącej Załącznik nr 3 do OWU.

Ustalenie świadczeń ubezpieczeniowych

§ 9

1. Rodzaje i wysokość przysługujących świadczeń ustala się po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią lub trwałym uszczerbkiem na zdrowiu lub inwalidztwem Ubezpieczonego.
2. Ustalenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz inwalidztwa dokonują lekarze wyznaczeni przez Towarzystwo, na podstawie dokumentacji medycznej. W sytuacjach spornych Towarzystwo zastrzega sobie prawo skierowania Ubezpieczonego na komisję lekarską.

3. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu lub inwalidztwa powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zalecanego leczenia usprawniającego, nie później jednak niż w okresie 24 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku. Orzeczenie może być wydane wcześniej, jeżeli stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu lub inwalidztwa nie budzi wątpliwości.
4. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje przed zajściem nieszczęśliwego wypadku były już ograniczone wskutek choroby lub inwalidztwa, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu lub inwalidztwa określa się w wysokości różnicy między stopniem trwałego uszczerbku lub inwalidztwa właściwym dla danego organu, narządu lub układu po zajściu nieszczęśliwego wypadku a stopniem trwałego uszczerbku lub inwalidztwa istniejącym przed zajściem nieszczęśliwego wypadku.
5. Łączny stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu lub inwalidztwa równa się sumie procentów ustalonych dla poszczególnych rodzajów trwałego uszczerbku na zdrowiu lub inwalidztwa, z tym że ich łączna wartość nie może być większa niż 100%, nawet jeżeli skutkiem nieszczęśliwego wypadku jest jednoczesne powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz inwalidztwa Ubezpieczonego.
6. Jeżeli Ubezpieczony zmarł z powodów niezwiązanych z nieszczęśliwym wypadkiem, a stopień trwałego uszczerbku lub inwalidztwa nie został wcześniej określony, ustalenia tego stopnia dokonują lekarze wyznaczeni przez Towarzystwo.
7. Jeżeli Ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu lub inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, a następnie zmarł wskutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaca wyłącznie świadczenie z tytułu śmierci. Jeżeli Towarzystwo wypłaciło przed śmiercią Ubezpieczonego świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu lub inwalidztwa, to wysokość świadczenia z tytułu śmierci stanowi różnicę pomiędzy sumą ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków a kwotą już wypłaconego świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu lub inwalidztwa.

Ograniczenia odpowiedzialności

§ 10

Niezależnie od wyłączeń generalnych, o których mowa w § 40, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki:

- 1) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, chyba że przeprowadzenie ich było związane z leczeniem następstw nieszczęśliwych wypadków i zostało zlecone przez lekarza;
- 2) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą pokarmową;
- 3) choroby zawodowej oraz innych chorób, nawet występujących nagle lub ujawniających się po zajściu nieszczęśliwego wypadku;

- 4) zakłóceń ciąży lub porodu;
- 5) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lub innych środków lokomocji bez wymaganych uprawnień;
- 6) wad wrodzonych lub chorób tropikalnych;
- 7) infekcji, z zastrzeżeniem że ochrona ubezpieczeniowa istnieje, jeżeli w wyniku ran odniesionych w nieszczęśliwym wypadku Ubezpieczony został zakażony wirusem lub bakterią chorobotwórczą, przy czym do ran odniesionych w wypadku nie zalicza się nieznacznych otarć naskórka oraz błony śluzowej; następstwa zakażeń wirusowych lub bakteryjnych powstałe w wyniku otarć w czasie nieszczęśliwego wypadku lub w późniejszym okresie nie są objęte ochroną ubezpieczeniową, ale ograniczeniu temu nie podlegają wścieklizna oraz tężec;
- 8) przepuklin brzusznych lub przepuklin pachwinowych;
- 9) uszkodzenia dysków międzykręgowych;
- 10) krwawienia z organów wewnętrznych, ale ochrona ubezpieczeniowa istnieje, jeżeli przyczyną powstania ww. uszkodzeń był nieszczęśliwy wypadek;
- 11) wylewów krwi do mózgu, zawałów serca, udarów.

B. UBEZPIECZENIE ASSISTANCE

Zakres świadczeń

§ 11

W ramach organizowania i świadczenia pomocy assistance Towarzystwo udostępnia całodobową infolinię medyczną, w ramach której gwarantuje następujące usługi i świadczenia:

- 1) informacje o aptekach, ich adresach oraz godzinach otwarcia;
- 2) informację o placówkach medycznych Towarzystwa i służby zdrowia,
- 3) informację o placówkach diagnostycznych;
- 4) informację o placówkach rehabilitacyjnych;
- 5) 1 konsultację medyczną przez telefon z lekarzem internistą;
- 6) organizację zleconej przez lekarza prowadzącego rehabilitacji, związanej z nieszczęśliwym wypadkiem;
- 7) organizację u lekarza specjalisty 1 wizyty związanej z nieszczęśliwym wypadkiem.

C. UBEZPIECZENIE KOSZTÓW LECZENIA

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 12

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje nieszczęśliwe wypadki w czasie podróży Ubezpieczonego.

Świadczenia ubezpieczeniowe

§ 13

1. Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu poniesione przez niego koszty leczenia skutków nieszczęśliwego wypadku do wysokości sumy ubezpieczenia kosztów leczenia niezależnie od tego, czy Ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu lub inwalidztwa.
2. Zwrot kosztów leczenia następuje na podstawie oryginałów rachunków lub faktur wystawionych imiennie na Ubezpieczonego w okresie do 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

Ograniczenia odpowiedzialności

§ 14

Niezależnie od wyłączeń generalnych, o których mowa w § 40 OWU, ochroną ubezpieczeniową nie są objęte koszty leczenia, jeżeli powstały w wyniku:

- 1) leczenia niezwiązanego z pomocą medyczną, udzieloną w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 2) leczenia sanatoryjnego, kuracji w domach wypoczynkowych lub ośrodkach leczenia uzależnień, pobytów w ośrodkach i hotelach spa;
- 3) leczenia psychoanalitycznego i psychoterapeutycznego;
- 4) leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, które wystąpiły przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
- 5) operacji plastycznych lub zabiegów kosmetycznych;
- 6) leczenia zaburzeń psychicznych lub depresji, nawet jeżeli są następstwem nieszczęśliwego wypadku;
- 7) specjalnego odżywiania Ubezpieczonego, masaży, kąpeli, inhalacji, gimnastyki leczniczej lub naświetlenia (nawet gdy było to zalecane przez lekarza) oraz innych zabiegów rehabilitacyjnych i fizykoterapeutycznych;
- 8) leczenia lekami nieuznawanymi przez medycynę konwencjonalną.

D. UBEZPIECZENIE KOSZTÓW RATOWNICTWA (WERSJA TRAVEL SPORT I TRAVEL SPORT PLUS)

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 15

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje nieszczęśliwe wypadki w czasie podróży Ubezpieczonego.

Świadczenia ubezpieczeniowe

§ 16

1. Towarzystwo pokryje niezbędne i udokumentowane koszty poniesione na akcję ratowniczą lub poszukiwawczą prowadzoną przez wyspecjalizowane służby ratownicze w celu ratowania

życia lub zdrowia Ubezpieczonego, który uległ w czasie uprawiania sportu na terenie RP nieszczęśliwemu wypadkowi.

2. Towarzystwo pokryje koszty ratownictwa do wysokości sumy ubezpieczenia kosztów ratownictwa.

E. UBEZPIECZENIE KOSZTÓW REHABILITACJI

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 17

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje nieszczęśliwe wypadki w czasie podróży Ubezpieczonego.

Świadczenia ubezpieczeniowe

§ 18

1. Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu poniesione przez niego koszty rehabilitacji skutków nieszczęśliwego wypadku do wysokości sumy ubezpieczenia kosztów rehabilitacji niezależnie od tego, czy Ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu lub inwalidztwa.
2. Zwrot kosztów rehabilitacji następuje na podstawie oryginałów rachunków lub faktur wystawionych imiennie na Ubezpieczonego w okresie do 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

F. UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ W ŻYCIU PRYWATNYM

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 19

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna Ubezpieczonego w życiu prywatnym za szkody osobowe (spowodowanie śmierci, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia) lub rzeczowe (uszkodzenie lub zniszczenie mienia), wyrządzone czynem niedozwolonym osobom trzecim w trakcie podróży, do naprawienia których Ubezpieczony jest zobowiązany w myśl przepisów prawa RP.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje szkody osobowe i rzeczowe będące następstwem działania lub zaniechania działania Ubezpieczonego w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa.

Świadczenia ubezpieczeniowe

§ 20

W granicach swojej odpowiedzialności Towarzystwo zobowiązane jest do:

- 1) zbadania zasadności roszczeń zgłoszonych wobec Ubezpieczonego;
- 2) pokrycia uzasadnionych kosztów mających zapobiec zwiększeniu rozmiaru szkody;

- 3) pokrycia kosztów opinii rzeczoznawców, powołanych za zgodą Towarzystwa w celu ustalenia okoliczności lub rozmiaru szkody;
- 4) wypłaty odszkodowania, które Ubezpieczony jest zobowiązany zapłacić osobie poszkodowanej z tytułu szkód objętych umową na podstawie zawartej lub zatwierdzonej przez Towarzystwo ugody, uznania lub prawomocnego orzeczenia sądu;
- 5) pokrycia kosztów wynajęcia obrońcy reprezentującego interesy Ubezpieczonego w trakcie procesu, jeżeli został wybrany przez Towarzystwo lub za jego zgodą.

Suma gwarancyjna i udział własny

§ 21

1. Górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do jednego Ubezpieczonego, w odniesieniu do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych w okresie ubezpieczenia, stanowi suma gwarancyjna, z zastrzeżeniem określonych jej podlimitów dla szkód rzeczowych.
2. Towarzystwo nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową szkód nieprzekraczających 500 zł, w odniesieniu do każdego zdarzenia ubezpieczeniowego zaistniałego w trakcie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, a świadczenie i odszkodowanie należne poszkodowanemu z tytułu każdego z powyższych zdarzeń jest pomniejszone o taką kwotę.

Ograniczenia odpowiedzialności

§ 22

1. Niezależnie od wyłączeń generalnych, o których mowa w § 40 OWU, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za szkody:
 - 1) wyrządzone osobom bliskim;
 - 2) wyrządzone umyślnie przez osoby, za które Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność;
 - 3) objęte systemem obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, w ramach którego Ubezpieczony miał obowiązek posiadania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 4) wynikające z posiadania, kierowania, używania lub uruchamiania pojazdów mechanicznych, statków powietrznych lub jednostek pływających;
 - 5) powstałe w wyniku przeniesienia choroby na inną osobę;
 - 6) powstałe wskutek normalnej eksploatacji przedmiotu lub wskutek jego technicznego zużycia;
 - 7) będące następstwem odpowiedzialności kontraktowej (za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania);
 - 8) powstałe wskutek czynności związanych z wykonywaniem wszelkiego rodzaju pracy, zawodu lub prowadzeniem przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej;
 - 9) powstałe w wyniku choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;

- 10) powstałe wskutek utraty lub uszkodzenia mienia należącego do Ubezpieczonego lub mienia innej osoby, z którego korzystał Ubezpieczony na podstawie umowy najmu, dzierżawy, użytkowania, przechowywania lub innej podobnej umowy (nie dotyczy to jednak wynajmu pokoju w hotelu lub w pensjonacie).
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe w związku z posiadaniem psów, koni oraz zwierząt dzikich i egzotycznych, jak też broni siecznej, kłującej i palnej, w tym używaniem jej w celach sportowych lub w celu samoobrony.

G. UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ ZWIĄZANEJ Z UPRAWIANIEM SPORTU (WERSJA TRAVEL SPORT PLUS)

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 23

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna Ubezpieczonego podczas uprawiania sportów objętych umową ubezpieczenia za szkody osobowe (spowodowanie śmierci, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia) lub rzeczowe (uszkodzenie lub zniszczenie mienia), wyrządzone czynem niedozwolonym osobom trzecim w trakcie podróży i w związku z uprawianiem sportu, do naprawienia których Ubezpieczony jest zobowiązany w myśl przepisów prawa RP.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje szkody osobowe i rzeczowe będące następstwem działania lub zaniechania działania Ubezpieczonego w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa.

Świadczenia ubezpieczeniowe

§ 24

W granicach swojej odpowiedzialności Towarzystwo zobowiązane jest do:

- 1) zbadania zasadności roszczeń zgłoszonych wobec Ubezpieczonego;
- 2) pokrycia uzasadnionych kosztów mających zapobiec zwiększeniu rozmiaru szkody;
- 3) pokrycia kosztów opinii rzeczoznawców, powołanych za zgodą Towarzystwa w celu ustalenia okoliczności lub rozmiaru szkody;
- 4) wypłaty odszkodowania, które Ubezpieczony jest zobowiązany zapłacić osobie poszkodowanej z tytułu szkód objętych umową na podstawie zawartej lub zatwierdzonej przez Towarzystwo ugody, uznania lub prawomocnego orzeczenia sądu;
- 5) pokrycia kosztów wynajęcia obrońcy reprezentującego interesy Ubezpieczonego w trakcie procesu, jeżeli został wybrany przez Towarzystwo lub za jego zgodą.

Suma gwarancyjna i udział własny

§ 25

1. Górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do jednego Ubezpieczonego, w odniesieniu do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych w okresie ubezpieczenia, stanowi suma gwarancyjna, z zastrzeżeniem określonych jej podlimitów dla szkód rzeczowych.
2. Towarzystwo nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową szkód nieprzekraczających 500 zł, w odniesieniu do każdego zdarzenia ubezpieczeniowego zaistniałego w trakcie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, a świadczenie i odszkodowanie należne poszkodowanemu z tytułu każdego z powyższych zdarzeń jest pomniejszone o taką kwotę.

Ograniczenia odpowiedzialności

§ 26

1. Niezależnie od wyłączeń generalnych, o których mowa w § 40 OWU, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za szkody:
 - 1) wyrządzone osobom bliskim;
 - 2) wyrządzone umyślnie przez osoby, za które Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność;
 - 3) objęte systemem obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, w ramach którego Ubezpieczony miał obowiązek posiadania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 4) wynikające z posiadania, kierowania, używania lub uruchamiania pojazdów mechanicznych, statków powietrznych lub jednostek pływających;
 - 5) powstałe w wyniku przeniesienia choroby na inną osobę;
 - 6) powstałe wskutek normalnej eksploatacji przedmiotu lub wskutek jego technicznego zużycia;
 - 7) będące następstwem odpowiedzialności kontraktowej (za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania);
 - 8) powstałe wskutek czynności związanych z wykonywaniem wszelkiego rodzaju pracy, zawodu lub prowadzeniem przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej;
 - 9) powstałe w wyniku choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 10) powstałe wskutek uprawiania sportów wysokiego ryzyka, zawodowego i wyczynowego uprawiania sportu lub sportów ekstremalnych, chyba że została opłacona dodatkowa składka;
 - 11) powstałe wskutek utraty lub uszkodzenia mienia należącego do Ubezpieczonego lub mienia innej osoby, z którego korzystał Ubezpieczony na podstawie umowy najmu, dzierżawy, użytkowania, przechowywania lub innej podobnej umowy (nie dotyczy to jednak wynajmu pokoju w hotelu lub w pensjonacie).

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe w związku z posiadaniem psów, koni oraz zwierząt dzikich i egzotycznych, jak też broni siecznej, kłującej i palnej, w tym używaniem jej w celach sportowych lub w celu samoobrony.

H. UBEZPIECZENIE SPRZĘTU SPORTOWEGO (WERSJA TRAVEL SPORT PLUS)

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 27

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest sprzęt sportowy Ubezpieczonego, będący jego własnością, w czasie podróży.
2. Ochroną ubezpieczeniową objęty jest sprzęt sportowy znajdujący się pod bezpośrednią opieką Ubezpieczonego albo gdy został:
 - 1) powierzony zawodowemu przewoźnikowi na podstawie odpowiedniego dokumentu przewozowego;
 - 2) oddany za pokwitowaniem do przechowalni bagażu;
 - 3) pozostawiony w zamkniętym na zamek indywidualnym pomieszczeniu bagażowym, skrytkach bagażowych na dworcu lub w hotelu;
 - 4) pozostawiony w zamkniętym na zamek pomieszczeniu w miejscu zakwaterowania Ubezpieczonego, z wyłączeniem namiotu;
 - 5) pozostawiony w zamkniętym na zamek bagażniku pojazdu samochodowego lub w zamkniętym na zamek luku bagażowym albo na parkingu za pokwitowaniem;
 - 6) pozostawiony w zamkniętej na zamek kabinie przyczepy kempingowej lub jednostki pływającej.
3. Towarzystwo wypłaci odszkodowanie za utratę, zniszczenie lub uszkodzenie sprzętu sportowego Ubezpieczonego wyłącznie w przypadku, gdy nastąpiło to wskutek:
 - 1) wystąpienia następującego zdarzenia losowego: pożar, huragan, powódź, deszcz nawalny, grad, lawina, bezpośrednie uderzenie piorunu, trzęsienie, zapadanie lub osuwanie się ziemi;
 - 2) zniszczenia lub uszkodzenia ubezpieczonego sprzętu w czasie akcji ratowniczej, prowadzonej w związku ze zdarzeniami losowymi wymienionymi w pkt 1);
 - 3) zniszczenia lub uszkodzenia ubezpieczonego sprzętu podczas uprawiania sportu objętego ochroną ubezpieczeniową;
 - 4) wypadku w komunikacji lądowej, wodnej lub powietrznej;
 - 5) kradzieży z włamaniem do pomieszczeń wymienionych w ust. 2, a także z zamkniętego na zamek bagażnika pojazdu (również bagażnika dachowego w formie zamkniętego pojemnika) samochodowego lub z zamkniętego na zamek luku bagażowego oraz rabunku;
 - 6) nieszczęśliwego wypadku, w wyniku którego Ubezpieczony pozbawiony był możliwości zaopiekowania się sprzętem i zabezpieczenia go;

- 7) zaginięcia, w przypadku gdy sprzęt znajdował się pod opieką zawodowego przewoźnika, na podstawie dokumentu przewozowego.

Świadczenia ubezpieczeniowe

§ 28

1. Towarzystwo wypłaci odszkodowanie w wysokości faktycznie poniesionej szkody ustalonej na podstawie cen rynkowych uszkodzonego, zniszczonego lub utraconego sprzętu sportowego obowiązujących w dniu ustalenia odszkodowania, z uwzględnieniem stopnia zużycia w wysokości: 10% za pierwszy rok, 20% za drugi rok oraz 30% za każdy następny rok, licząc od daty produkcji sprzętu.
2. Odszkodowanie nie obejmuje wcześniej powstałych uszkodzeń sprzętu sportowego ani naturalnego zużycia.
3. Odszkodowanie zostanie wypłacone do wysokości sumy ubezpieczenia.

Ograniczenia odpowiedzialności

§ 29

Niezależnie od wyłączeń generalnych, o których mowa w § 40 OWU, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za szkody:

- 1) wynikające z zagubienia lub pozostawienia sprzętu sportowego bez opieki, z wyłączeniem sytuacji, o których mowa w § 27 ust. 2 OWU;
- 2) polegające wyłącznie na uszkodzeniu lub zniszczeniu pojemników, w których jest przechowywany sprzęt sportowy;
- 3) wynikające z wad ubezpieczonego sprzętu sportowego.

ROZDZIAŁ III. OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO W RAZIE ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

A. UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW, KOSZTÓW LECZENIA, KOSZTÓW REHABILITACJI I ASSISTANCE

Obowiązki w razie nieszczęśliwego wypadku

§ 30

1. Ubezpieczony jest zobowiązany zapobiec, w miarę możliwości, zwiększeniu się szkody i ograniczyć jej konsekwencje.
2. W razie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) uzyskać dokumentację medyczną stwierdzającą rozpoznanie – diagnozę lekarską;
 - 2) w ciągu 7 dni od daty powrotu z podróży zawiadomić Towarzystwo o zaistniałym wypadku poprzez dostarczenie:

- a) dokładnie wypełnionego formularza zgłoszenia wypadku, ze szczególnym uwzględnieniem okoliczności wypadku,
 - b) dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, w tym m.in. dokumentacji medycznej z miejsca wypadku, potwierdzającej okoliczności wypadku i rodzaj urazu, a w przypadku braku takiej dokumentacji – innych dowodów, potwierdzających że wypadek miał miejsce podczas podróży, dokumentu uprawniającego do kierowania pojazdem, oryginałów opłaconych rachunków.
3. W razie śmierci Ubezpieczonego Uprawniony wyznaczony imiennie zobowiązany jest przedłożyć, oprócz dokumentów określonych w ust. 2, dokument tożsamości oraz kopię aktu zgonu, a w przypadku braku osoby wyznaczonej imiennie – występujący o wypłatę świadczenia członek rodziny obowiązany jest przedłożyć dokumenty stwierdzające pokrewieństwo lub powinowactwo z Ubezpieczonym.

Pomoc assistance

§ 31

W celu skorzystania z usługi assistance Ubezpieczony zobowiązany jest do:

- 1) kontaktu z Centrum Alarmowym – zgłosić telefonicznie prośbę o pomoc do Centrum Alarmowego; numer telefonu Centrum Alarmowego podany jest na polisie, czynny jest 7 dni w tygodniu, przez całą dobę, informacje udzielane są w języku polskim;
- 2) wyjaśnienia pracownikowi Centrum Alarmowego okoliczności, w jakich Ubezpieczony się znajduje, jakiej pomocy potrzebuje, oraz podania niezbędnych informacji o ubezpieczeniu, tj.:
 - a) numer polisy,
 - b) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - c) numer telefonu, pod którym Centrum Alarmowe może skontaktować się z Ubezpieczonym bądź jego przedstawicielem;
- 3) umożliwienia lekarzom Centrum Alarmowego dostępu do wszystkich informacji medycznych;
- 4) stosowania się do zaleceń Centrum Alarmowego, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw.

Zgłoszenie roszczenia

§ 32

1. Zgłoszenie roszczenia o wypłatę odszkodowania z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, kosztów leczenia lub rehabilitacji powinno zawierać:
 - 1) numer polisy;
 - 2) szczegółowy opis okoliczności zaistnienia zdarzenia;
 - 3) orzeczenie lekarskie opisujące rodzaj i charakter obrażeń, zawierające dokładną diagnozę oraz zalecone leczenie;

- 4) wszystkie faktury, rachunki, świadectwa szpitalne, dowody opłat, które umożliwią Towarzystwu określenie łącznych kosztów leczenia poniesionych przez Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczony, na wniosek Towarzystwa, zobowiązany jest do:
 - 1) poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym, z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w celu określenia stanu zdrowia lub ustalenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu lub inwalidztwa; koszty przeprowadzenia tych badań ponosi Towarzystwo;
 - 2) udostępnienia wyników badań lub dokumentów medycznych, dotyczących przebiegu leczenia, lub udzielenia zgody na wystąpienie przez Towarzystwo do odpowiednich osób lub instytucji o udostępnienie tych danych lub dokumentów;
 - 3) udzielenia Towarzystwu pisemnej zgody na wystąpienie do podmiotów, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, w celu uzyskania informacji związanych z weryfikacją podanych przez Ubezpieczonego danych o jego stanie zdrowia, ustalenia prawa do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, oraz zwolnienia tych podmiotów z obowiązku zachowania tajemnicy związanej z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi.

B. UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ W ŻYCIU PRYWATNYM ORAZ ZWIĄZANEJ Z UPRAWIANIEM SPORTU

Obowiązki w razie szkody

§ 33

1. Ubezpieczony jest zobowiązany zapobiec, w miarę możliwości, zwiększeniu się szkody i ograniczyć jej konsekwencje.
2. W przypadku gdy Ubezpieczony otrzymał informację o wystąpieniu przeciwko niemu na drogę sądową, zobowiązany jest o tym fakcie powiadomić Towarzystwo, nawet w przypadku gdy już wcześniej zgłosił zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Towarzystwo nie odpowiada za koszty wynikające z braku zgody Ubezpieczonego na zawarcie przez Towarzystwo ugody z poszkodowanym lub zaspokojenie jego roszczeń.
4. Po każdym zdarzeniu, którego następstwem jest wyrządzenie przez Ubezpieczonego szkody, Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) niezwłocznie powiadomić Centrum Alarmowe, nie później jednak niż w terminie 7 dni od dnia zaistnienia zdarzenia mogącego go obciążyć odpowiedzialnością cywilną, i stosować się do zaleceń Centrum Alarmowego;
 - 2) bez zgody Centrum Alarmowego nie uznawać ani nie zaspokajać roszczeń poszkodowanego, jak też nie zawierać z nim jakiegokolwiek umowy czy ugody dotyczącej zgłoszonych przez niego roszczeń;
 - 3) udzielić pełnomocnictwa osobie wskazanej przez Centrum Alarmowe na przeprowadzenie sprawy lub odwołanie się

do sądu cywilnego, jeżeli przeciwko niemu poszkodowany wystąpił na drogę sądową, o ile takie żądanie zostanie zgłoszone przez Centrum Alarmowe;

- 4) przekazać do Centrum Alarmowego, natychmiast po otrzymaniu, każde wezwanie, pozew i wszelkie inne pisma sądowe doręczone Ubezpieczonemu.
5. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w ust. 4 Towarzystwo może zmniejszyć świadczenie w takim stopniu, w jakim naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Towarzystwu ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.

C. UBEZPIECZENIE SPRZĘTU SPORTOWEGO

Obowiązki w razie szkody

§ 34

1. Ubezpieczony jest zobowiązany do zapobiegania powstawaniu szkód, a zwłaszcza do zachowania należytej staranności w strzeżeniu mienia.
2. Odszkodowanie z tytułu utraty sprzętu sportowego przysługuje Ubezpieczonemu pod warunkiem, iż sprzęt sportowy nie zostanie przez Ubezpieczonego odzyskany. W przypadku gdy sprzęt sportowy, za który zostało wypłacone odszkodowanie, zostanie przez Ubezpieczonego odzyskany w stanie nieuszkodzonym, Ubezpieczony zobowiązany jest do zwrotu kwoty wypłaconego odszkodowania, a Towarzystwo pokrywa jedynie niezbędne koszty związane z odzyskaniem sprzętu sportowego (jednak nie więcej niż do wysokości odszkodowania, jakie byłoby należne, gdyby sprzęt sportowy nie został odzyskany).
3. W razie zaistnienia szkody Ubezpieczony jest zobowiązany do:
 - 1) zapobiegania zwiększeniu się rozmiarów szkody;
 - 2) zabezpieczenia dowodów zaistnienia szkody, zarówno w przypadku utraty, zniszczenia, jak i uszkodzenia sprzętu sportowego;
 - 3) zabezpieczenia rzeczy zniszczonych lub uszkodzonych w celu umożliwienia dokonania ich oględzin przez przedstawiciela Towarzystwa;
 - 4) niezwłocznego, nie później jednak niż w ciągu 12 godzin od zajścia zdarzenia, zawiadomienia policji o każdym wypadku kradzieży z włamaniem, rabunku lub zaginięcia przedmiotów objętych ubezpieczeniem i uzyskania pisemnego potwierdzenia tego faktu z wyszczególnieniem utraconych przedmiotów (rodzaj, ilość) z podaniem ich wartości;
 - 5) zawiadomienia właściwego przewoźnika lub kierownictwa hotelu, domu wczasowego, kempingu itp. o każdym wystąpieniu szkody, która powstała w publicznym środku komunikacji lub miejscu zakwaterowania, i uzyskania pisemnego potwierdzenia tego zawiadomienia z wyszczególnieniem utraconych przedmiotów (rodzaj, ilość) i podaniem ich wartości;

- 6) w razie całkowitego lub częściowego zniszczenia przedmiotów wskutek wystąpienia zdarzenia losowego albo akcji ratowniczej – uzyskania od odpowiednich władz pisemnego potwierdzenia zaistniałej szkody z wyszczególnieniem utraconych przedmiotów (rodzaj, ilość);
 - 7) zgłoszenia roszczenia o wypłatę odszkodowania do Towarzystwa w terminie 7 dni od daty powrotu z podróży.
4. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w ust. 3 Towarzystwo może zmniejszyć świadczenie w takim stopniu, w jakim naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Towarzystwu ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.

Zgłoszenie roszczenia

§ 35

Zgłoszenie roszczenia o wypłatę odszkodowania z tytułu ubezpieczenia sprzętu sportowego powinno zawierać:

- 1) numer polisy;
- 2) szczegółowy opis okoliczności zaistnienia szkody;
- 3) spis uszkodzonych lub utraconych przedmiotów z określeniem ich wartości oraz roku nabycia, dowody nabycia sprzętu;
- 4) dowody potwierdzające utratę, zniszczenie lub uszkodzenie sprzętu sportowego;
- 5) w przypadku uszkodzenia lub zniszczenia sprzętu rachunki za jego naprawę, z zastrzeżeniem że wszystkie naprawy dokonywane są w RP.

ROZDZIAŁ IV. POSTANOWIENIA WSPÓLNE

Zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 36

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres nie krótszy niż 1 dzień i nie dłuższy niż 12 miesięcy.
2. Zawarcie umowy ubezpieczenia następuje na podstawie wniosku Ubezpieczającego oraz akceptacji tego wniosku przez Towarzystwo. Wniosek ubezpieczeniowy stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.
3. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć w formie indywidualnej bądź grupowej (powyżej 10 osób objętych ochroną ubezpieczeniową). Umowa w formie grupowej obejmuje Ubezpieczonych jednakowym zakresem ubezpieczenia, z zastosowaniem tej samej składki i sumy ubezpieczenia.
4. Towarzystwo obowiązane jest doręczyć Ubezpieczającemu na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku OWU wraz z innymi niezbędnymi dokumentami potrzebnymi do zawarcia umowy ubezpieczenia przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

5. Ubezpieczający zobowiązany jest do powiadomienia Ubezpieczonego o jego prawach i obowiązkach wynikających z umowy ubezpieczenia.
6. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, o ile konieczna jest zgoda Ubezpieczonego na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej lub Ubezpieczony zgadza się na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, Ubezpieczający przekazuje osobom zainteresowanym, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku OWU wraz z załącznikami.
7. Zawarcie umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza dokumentem ubezpieczenia, zwanym polisą.
8. Towarzystwo zobowiązane jest prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania przewidziane w umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia i wypowiedzenie umowy

§ 37

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
2. W razie odstąpienia od umowy ubezpieczenia umowa rozwiązuje się z dniem otrzymania przez Towarzystwo pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego w tej sprawie.
3. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej w formie grupowej Ubezpieczony może w każdym czasie zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej poprzez złożenie pisemnego oświadczenia Towarzystwu lub Ubezpieczającemu.
4. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
5. Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Zwrotu dokonuje się w złotych.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 38

1. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność przez okres ubezpieczenia wskazany w umowie ubezpieczenia (polisie), z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się z od dnia i godziny opłacenia składki ubezpieczeniowej, nie wcześniej jednak

niż z chwilą rozpoczęcia przez Ubezpieczonego podróży, a kończy się z chwilą zakończenia podróży, nie później jednak niż z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia.

3. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 39

Przedmiot i zakres ubezpieczenia określa polisa.

Generalne wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 40

1. Towarzystwo nie odpowiada za szkody powstałe wskutek umyślnego lub rażąco niedbałego działania lub zaniechania działania przez Ubezpieczonego, chyba że zapłata świadczenia w danych okolicznościach odpowiada względom słuszności.
2. Ochroną ubezpieczeniową Towarzystwa nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) działań wojennych, aktów terroryzmu, stanu wojennego, stanu wyjątkowego lub udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, strajkach, akcjach protestacyjnych, blokadach dróg i bójkach, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej;
 - 2) uczestnictwa w zakładach;
 - 3) alkoholizmu Ubezpieczonego oraz jego skutków;
 - 4) znajdowania się Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, przekraczającym dopuszczalne normy spożycia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, zażywania przez niego narkotyków lub innych środków odurzających, leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 5) kierowania pojazdem bez wymaganych prawem uprawnień albo usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 6) uczestnictwa w wyścigach pojazdów motorowych i motorowodnych, jazdy na odcinkach przeznaczonych do szybkiej jazdy, rajdów, jak również innej jazdy pojazdami motorowymi, w której chodzi o rywalizację, łącznie z towarzyszącymi tym imprezom ćwiczeniami lub treningami, których celem jest osiągnięcie najwyższych prędkości, również w charakterze pasażera;
 - 7) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony był kierującym lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych;
 - 8) pracy fizycznej lub pełnienia przez Ubezpieczonego czynnej służby w siłach zbrojnych;
 - 9) samobójstwa lub usiłowania popełnienia samobójstwa, dokonania samookaleczenia przez Ubezpieczonego.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypłata świadczenia lub świadczenie usługi wynikającej z umowy ubezpieczenia mogłaby narazić Towarzystwo na sankcje, zakazy lub restrykcje wynikające z rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub na jakiegokolwiek sankcje handlowe lub gospodarcze wynikające z prawa Unii Europejskiej, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Stanów Zjednoczonych Ameryki lub Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa istnieje w okresie 7 dni od rozpoczęcia działań wojennych lub wprowadzenia stanu wojennego lub wyjątkowego na terytorium RP i obejmuje ich skutki oraz skutki aktów terroryzmu, z wyłączeniem skutków użycia broni atomowej, biologicznej lub chemicznej, jednakże odpowiedzialność Towarzystwa nie istnieje, gdy na terenie RP już trwają działania wojenne lub został wprowadzony stan wojenny lub wyjątkowy.

Sumy ubezpieczenia i sumy gwarancyjne oraz ich podlimity

§ 41

1. Suma ubezpieczenia i suma gwarancyjna oraz ich podlimity stanowią górny limit odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do jednego Ubezpieczonego z tytułu umowy ubezpieczenia, dla której suma ta lub jej podlimity zostały określone.
2. Suma ubezpieczenia i suma gwarancyjna oraz ich podlimity ulegają zmniejszeniu o każdą wypłaconą kwotę świadczenia lub odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia, dla której suma ta lub jej podlimity zostały określone.
3. Suma ubezpieczenia i suma gwarancyjna oraz ich podlimity są wskazane w polisie oraz tabeli wariantów w OWU.

Składka ubezpieczeniowa

§ 42

1. Składka ubezpieczeniowa jest ustalana w złotych według taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Składka uzależniona jest od wersji i wariantu ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia i wysokości sum ubezpieczenia i sum gwarancyjnych, a zwwyżki i zniżki składki ubezpieczeniowej ustalane są na podstawie wieku Ubezpieczonego i formy zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Składka ubezpieczeniowa jest płatna jednorazowo przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, w wysokości i terminie określonych w polisie. Składka płatna jest na wskazany rachunek bankowy.
3. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem przewidzianego w niej okresu Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia, ustalonej proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ochrony ubezpieczeniowej.

Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpiezonego

§ 43

1. Ubezpieczający ma obowiązek opłacenia składki w wysokości i terminie określonych polisie.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony są zobowiązani podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności niepodanych do wiadomości Towarzystwa wskutek naruszenia powyższych obowiązków, przy czym jeżeli do ich naruszenia doszło z winy umyślnej Ubezpieczającego lub Ubezpiezonego, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową i jego następstwa są skutkiem niepodanych lub nieprawdziwych okoliczności.

Wypłata odszkodowania i innych świadczeń

§ 44

1. Odszkodowanie i inne świadczenia są ustalane i wypłacane w złotych.
2. Ustalenie zasadności roszczenia i wysokości świadczenia i odszkodowania następuje na podstawie dokumentacji, określonej w OWU lub wskazanej przez Towarzystwo, przedłożonej przez Ubezpiezonego, Uprawnionego lub osobę trzecią.
3. Towarzystwo w terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, pisemnie lub w innej formie, na którą dana osoba wyraziła zgodę, informuje osobę zgłaszającą roszczenie, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia prawa oraz wysokości świadczenia lub odszkodowania, o ile jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. Zdania poprzedniego oraz postanowień ust. 2 nie stosuje się do ubezpieczenia assistance (świadczenia pomocy na korzyść osób, które popadły w trudności w czasie podróży lub podczas nieobecności w miejscu zamieszkania), jeżeli świadczenie jest spełnione bezpośrednio po zgłoszeniu zdarzenia ubezpieczeniowego lub bez przeprowadzania postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia.
4. Towarzystwo wypłaca odszkodowanie lub świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym, chyba że wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości odszkodowania lub świadczenia w tym terminie okazało się niemożliwe.
5. Jeżeli w powyższym terminie wyjaśnienie tych okoliczności będzie niemożliwe, wówczas odszkodowanie lub świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe z tym, że Towarzystwo wypłaci bezsporną część odszkodowania lub świadczenia w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym ochroną ubezpieczeniową.

6. Jeżeli w terminach określonych w ust. 4 i ust. 5 Towarzystwo nie wypłaci świadczenia lub odszkodowania, zobowiązane jest do zawiadomienia na piśmie zgłaszającego roszczenie, informując go o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń.
7. Jeżeli świadczenie lub odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie, w terminie 30 dni, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną, uzasadniając całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia lub odszkodowania, oraz pouczając o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
8. Jeżeli osoba dochodząca świadczenia lub odszkodowania nie zgadza się z ustaleniami Towarzystwa co do odmowy zaspokojenia roszczenia lub wysokości świadczenia lub odszkodowania, może w ciągu 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia zgłosić na piśmie odwołanie do Towarzystwa.
9. W przypadku śmierci Ubezpieczonego po nabyciu przez niego prawa do wypłaty odszkodowania z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo wypłaci to odszkodowanie jego spadkobiercom.

Regres ubezpieczeniowy

§ 45

1. Z dniem wypłaty odszkodowania przechodzi na Towarzystwo roszczenie Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę do wysokości wypłaconego odszkodowania. Jeżeli Towarzystwo pokryło tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem Towarzystwa.
2. Nie przechodzą na Towarzystwo roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi pozostaje on we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. Ubezpieczony jest zobowiązany udzielić Towarzystwu pomocy przy dochodzeniu roszczeń regresowych, w tym dostarczyć odpowiednie dokumenty oraz udzielić niezbędnych informacji.
4. Jeżeli Ubezpieczony bez zgody Towarzystwa zrzekł się roszczenia przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę lub je ograniczył, Towarzystwo może odmówić wypłaty odszkodowania lub je odpowiednio zmniejszyć. Jeżeli zrzeczenie się lub ograniczenie roszczenia zostało ujawnione po wypłacie odszkodowania, Towarzystwo może żądać zwrotu całości lub części wypłaconego odszkodowania.

Reklamacje, skargi i zażalenia

§ 46

1. W każdym przypadku osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub osobą uprawnioną z umowy ubezpieczenia, a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości

- prawnej będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamacje.
2. W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień składanych przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
 3. W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień dotyczących brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
 4. Reklamacje, o których mowa powyżej, można składać w następujący sposób:
 - w formie elektronicznej na adres e-mail: ubezpieczenia.korporacyjne@uniqa.pl,
 - w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa albo przesyłką pocztową na adres siedziby UNIQA TU S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa,
 - ustnie – telefonicznie pod numer telefonu +48 22 555 04 45 (koszt połączenia zgodny z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa.
 5. Reklamacje wnosi się do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
 6. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo w przypadku reklamacji wniesionej przez osobę fizyczną – pocztą elektroniczną, jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
 7. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
-

8. 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 razie wyboru takiej formy kontaktu), a dodatkowo w przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej – firmę.
9. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
10. 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.
11. Jeżeli osoba fizyczna składającą reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, a ponadto może wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu według właściwości określonej w § 48.
12. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla Towarzystwa 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).
13. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
14. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami ust. 1–3, przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażaleń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ust. 4–9 i 13, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie poinformuje osobę składającą skargę lub zażalenie o przyczynie niemożności ich rozpatrzenia, i w takim przypadku odpowiedź na skargę lub zażalenie zostanie udzielona nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.
15. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Zawiadomienia

§ 47

Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia w związku z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia powinny być składane na piśmie, chyba że OWU przewidują inaczej.

Prawo i sąd właściwy

§ 48

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana zgodnie z prawem polskim, a w sprawach w niej nieuregulowanych zastosowanie mają obowiązujące przepisy tego prawa.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. 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.

Postanowienia końcowe

§ 49

1. 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.
2. Niniejsze OWU zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 22 grudnia 2020 r.

ZAŁĄCZNIK NR 1 – KLAUZULE DODATKOWE

Klauzula nr 1

Świadczenie z tytułu niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

1. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje świadczenie z tytułu niezdolności do pracy Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
2. Jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową wystąpi niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej, pod warunkiem że niezdolność do pracy rozpoczęła się nie później niż 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku i trwa nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków ustalonej dla wariantu, w jakim została zawarta umowa ubezpieczenia.
3. Jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony będzie przebywał w szpitalu powyżej 3 dni, Towarzystwo wypłaci za każdy dzień pobytu, począwszy od pierwszego dnia, maksymalnie za 7 dni pobytu, 50 PLN za każdy dzień pobytu w szpitalu.
4. Niezdolność do pracy ustalana jest przez lekarzy Towarzystwa na podstawie dokumentacji medycznej z nieszczęśliwego wypadku, a w przypadkach wątpliwych – na podstawie badań medycznych zleconych przez Towarzystwo. Koszt zleconych badań ponosi Towarzystwo.
5. W pozostałym zakresie mają zastosowanie postanowienia OWU.

Klauzula nr 2

Świadczenie z tytułu wystąpienia zawału serca lub udaru.

1. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zawał serca oraz udar.
2. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego zawału serca lub udaru Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków ustalonej dla wariantu, w jakim została zawarta umowa ubezpieczenia.
3. W pozostałym zakresie mają zastosowanie postanowienia OWU.

ZAŁĄCZNIK NR 2 – DEFINICJE

Ileokroć w OWU używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez to rozumieć:

- 1) **amatorskie sporty letnie i zimowe** – sporty uprawiane rekreacyjnie w warunkach letnich lub zimowych w wyznaczonych do tego miejscach (na stokach, trasach, akwenach), przez które rozumie się: narciarstwo, snowboarding, surfing, windsurfing, kitesurfing, wakeboarding, a także wszelkiego rodzaju zajęcia teambuldingowe (np. paintball);
- 2) **Centrum Alarmowe** – jednostka organizacyjna, zajmująca się w imieniu Towarzystwa organizacją i świadczeniem Ubezpieczonemu usług assistance określonych w OWU oraz likwidacją szkód;
- 3) **drobny sprzęt rehabilitacyjny i ortopedyczny** – zalecony przez lekarza prowadzącego, konieczny do procesu leczenia lub rehabilitacji następujący sprzęt: kule, temblak, kołnierz ortopedyczny, gips syntetyczny, orteza, gorset;
- 4) **inwalidztwo** – trwałe upośledzenie funkcji organizmu Ubezpieczonego określone w Tabeli inwalidztwa, stanowiącej załącznik do OWU;
- 5) **koszty rehabilitacji** – poniesione przez Ubezpieczonego na terenie RP koszty na konsultacje i zabiegi rehabilitacyjne zalecone przez lekarza prowadzącego oraz wypożyczenie lub zakup drobnego sprzętu rehabilitacyjnego i ortopedycznego, zaleconego i wpisanego do dokumentacji medycznej;
- 6) **koszty leczenia** – poniesione przez Ubezpieczonego na terenie RP koszty na:
 - a) transport z miejsca zdarzenia do placówki medycznej,
 - b) zakupu przepisanych przez lekarza leków i środków opatrunkowych,
 - c) udzielenie doraźnej pomocy lekarskiej lub ambulatoryjnej,
 - d) badania diagnostyczne zlecone przez lekarza,
 - e) zabiegi chirurgiczne niezbędne w procesie leczenia i zalecone przez lekarza prowadzącego;
- 7) **koszty ratownictwa** – koszty poszukiwań Ubezpieczonego na terenie RP przez wyspecjalizowane służby ratownictwa, koszty udzielenia Ubezpieczonemu doraźnej pomocy medycznej na miejscu zdarzenia oraz koszty transportu Ubezpieczonego z miejsca wypadku do najbliższego wymaganego stanem zdrowia punktu opieki medycznej z użyciem specjalistycznych środków transportu takich, jak np. sanie, helikopter, tobogan lub motorówka;
- 8) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swej woli, doznał trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł;
- 9) **niezdolność do pracy** – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy, o ile zgodnie z wiedzą me-

dyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania w tym czasie przez Ubezpieczonego zdolności do pracy;

10) **osoba bliska:**

- a) współmałżonek, konkubent, konkubina, dzieci (również przysposobione), rodzeństwo, rodzice, teściowie, dziadkowie, wnuki i osoby przysposobione, synowa, zięć,
- b) inne osoby dorosłe podróżujące wspólnie z osobą małoletnią (dzieckiem), pod warunkiem że istnieje między nimi a dzieckiem pokrewieństwo,

11) **osoby, za które Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność** – dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego, dzieci własne lub przysposobione małżonka Ubezpieczonego, wnuki Ubezpieczonego;

12) **podróż** – podróż i pobyt Ubezpieczonego na terenie RP poza jego miejscem zamieszkania, przy czym początek podróży następuje z chwilą wyjścia z domu, zaś koniec tej podróży z chwilą powrotu Ubezpieczonego do domu;

13) **praca fizyczna** – podjęcie lub wykonywanie przez Ubezpieczonego czynności w celu zarobkowym bez względu na podstawę prawną zatrudnienia, z wyjątkiem pracy kierowców autokarów i pracy umysłowej (biurowej, naukowej itp.); pracą fizyczną w rozumieniu OWU jest również działalność niezarobkowa, np. wolontariat, praktyki zawodowe w warsztacie lub fabryce; jeżeli praca Ubezpieczonego ma charakter pracy fizycznej i jednocześnie pracy umysłowej, przyjmuje się, że Ubezpieczony wykonuje pracę fizyczną;

14) **rabunek** – zabór mienia z zastosowaniem przemocy fizycznej lub groźby natychmiastowego jej użycia wobec Ubezpieczonego bądź z doprowadzeniem go do nieprzytomności lub bezbronności;

15) **składka** – kwota, którą Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić na rzecz Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia;

16) **sporty ekstremalne** – dyscypliny sportowe, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi i działania w warunkach dużego ryzyka, do których należą: sporty powietrzne (skoki ze spadochronem, skoki z wysokich budynków lub skał, paralotniarstwo, szybownictwo, pilotowanie jakichkolwiek samolotów silnikowych) oraz kolarstwo górskie, speleologia, skoki narciarskie, jazda po muldach, skoki akrobatyczne na nartach, heliskiing;

17) **sporty wysokiego ryzyka** – sporty motorowe (quady, skutery śnieżne i inne pojazdy lądowe), sporty motorowodne (jazda na skuterze wodnym, nartach wodnych, motorówkach i inne sporty wodne, w których wykorzystywane są pojazdy motorowe), jazda konna, polo, myślistwo, nurkowanie z aparatem powietrznym, freediving, rafting lub inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, sztuki walci i wszelkiego rodzaju sporty obronne, trekking uprawiany na wysokości powyżej 3500 m n.p.m., przebywanie na wysokości

powyżej 3500 n n.p.m., uprawianie narciarstwa lub snowboardingu poza trasami zjazdowymi do tego wyznaczonymi;

- 18) **sprzęt sportowy** – sprzęt który jest własnością Ubezpieczonego, związany z dyscypliną sportu, którą Ubezpieczony będzie uprawiał podczas podróży, przy czym za sprzęt sportowy uważa się: narty do uprawiania wszelkich odmian narciarstwa z butami, kijkami do nart, deskę do uprawiania snowboardingu i wszystkich jego odmian z butami, deskę do uprawiania surfingu i wszystkich jego odmian wraz z żaglem (windsurfing) lub latawcem (kitesurfing), deska do wakeboardingu, rower, specjalistyczny sprzęt używany do nurkowania wraz z ekwipunkiem;
- 19) **Strony** – UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie i Ubezpieczający;
- 20) **suma ubezpieczenia lub suma gwarancyjna** – górna granica odpowiedzialności Towarzystwa ustalona na poszczególne ryzyka;
- 21) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład opieki leczenia zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; w rozumieniu OWU za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa, a także ośrodka rehabilitacji;
- 22) **Towarzystwo** – UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie;
- 23) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe uszkodzenie ciała Ubezpieczonego spowodowane несчастным wypadkiem objętym ubezpieczeniem, przy czym przez trwałe uszkodzenie ciała rozumie się trwały ubytek struktury i funkcji narządu lub kończyny, określone w Tabeli stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącej załącznik do OWU;
- 24) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, ale posiadająca zdolność do czynności prawnych, zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacenia składki;
- 25) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na której rachunek zawarto umowę ubezpieczenia;
- 26) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem;
- 27) **udar** – nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzonych badaniem lekarskim. Za udar mózgu w rozumieniu OWU nie uznaje się epizodów przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (OUN), udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa

i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;

- 28) **Uprawniony** – osoba upoważniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego, wyznaczona imiennie przez Ubezpieczonego; w razie niewyznaczenia osoby uprawnionej świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego, według następującej kolejności: małżonkowi, dzieciom, rodzicom, innym ustawowym spadkobiercom Ubezpieczonego niezależnie od tego, czy faktycznie dziedziczą oni po Ubezpieczonym; jeżeli jest kilku uprawnionych członków rodziny Ubezpieczonego, świadczenie przypada im w częściach równych;
- 29) **wada wrodzona** – powstała w okresie życia wewnątrzmacicznego i obecna przy urodzeniu, wewnętrzna lub zewnętrzna nieprawidłowość morfologiczna;
- 30) **zawał serca** – pierwszorazowe wystąpienie martwicy ograniczonego obszaru mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia, rozpoznane na podstawie wystąpienia typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie EKG potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia enzymów sercowych we krwi; za zawał serca w rozumieniu OWU nie uznaje się epizodów dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);
- 31) **zawodowe i wyczynowe uprawianie sportu** – sporty uprawiane regularnie i intensywnie, tzn. udział w treningach, zawodach i obozach kondycyjnych w ramach przynależności do klubów sportowych, a także czerpanie dochodu z uprawianej dyscypliny sportu, jak również uczestniczenie w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi albo w zorganizowanych wyprawach mających na celu zrealizowanie wytyczonych zadań o charakterze sportowym bądź naukowym;
- 32) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – nieszczęśliwy wypadek (w ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków, kosztów leczenia, kosztów ratownictwa i kosztów rehabilitacji), wskazane w OWU zdarzenia zobowiązujące Towarzystwo do zorganizowania i świadczenia natychmiastowej pomocy assistance (w ubezpieczeniu assistance), działanie lub zaniechanie Ubezpieczonego, które wyrządziło szkodę (w ubezpieczeniu OC w życiu prywatnym oraz OC związanym z uprawianiem sportu) oraz utrata, zniszczenie lub uszkodzenie sprzętu sportowego (w ubezpieczeniu sprzętu sportowego).

ZAŁĄCZNIK NR 3 – TABELE STOPNIA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU ORAZ INWALIDZTWA

Tabela stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu

Pozycja	Rodzaj uszkodzenia ciała	Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w %	
		prawa*	lewa*
1	Złamanie czaszki:		
a	kości czaszki	1–20	
b	kości twarzy – szczęki, kości jarzmowej	1–20	
2	Złamanie żuchwy	1–15	
3	Złamanie kości nosa	1–10	
4	Złamanie kręgosłupa:		
a	szyjnego	1–40	
b	piersiowego	1–25	
c	lędźwiowego	1–35	
5	Złamanie mostka	1–10	
6	Złamanie żebra	1–5	
7	Złamanie kości tworzących miednicę (z wyłączeniem kości ogonowej):		
a	w odcinku przednim (kość łonowa, kość kulszowa)	5–15	
b	w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne’a)	10–35	
8	Złamanie kości udowej (w obrębie nasady bliższej, szyjki lub trzonu)	5–55	
9	Złamanie (śródstawowe) nasady dalszej kości udowej lub nasady bliższej kości piszczelowej	1–30	
10	Złamanie kości piszczelowej	5–40	
11	Złamanie kości strzałki	1–5	
12	Złamanie rzepki	5–40	
13	Złamanie kości piszczelowej i kości strzałki (obu kości podudzia)	5–40	
14	Złamanie kości piętowej	1–25	
15	Złamanie kości skokowej	1–20	
16	Złamanie kości stępu	1–15	
17	Złamanie kości śródstopia	1–15	
18	Złamanie palucha	1–12	

Pozycja	Rodzaj uszkodzenia ciała	Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w %	
		prawa*	lewa*
19	Złamanie palców stopy od II do V (za każdy palec)	1–3	
20	Całkowita utrata kończyny dolnej w obrębie:		
a	stawu biodrowego	75	
b	uda	70	
c	stawu kolanowego	65	
d	podudzia	50	
21	Całkowita utrata stopy	40	
22	Całkowita utrata palucha stopy (w przypadku utraty częściowej – 1/3 wartości za każdy palec)	6	
23	Całkowita utrata palca od II do V w stopie (w przypadku utraty częściowej – 1/3 wartości za każdy palec)	2	
24	Złamanie łopatki	1–40	1–35
25	Złamanie obojczyka	1–15	1–10
26	Złamanie nasady bliższej kości ramiennej	1–30	1–20
27	Złamanie trzonu kości ramiennej	5–45	5–40
28	Złamanie (śródstawowe) nasady dalszej kości ramiennej lub nasady bliższej kości promieniowej, lub nasady bliższej kości łokciowej	1–25	1–20
29	Złamanie trzonu kości łokciowej lub trzonu kości promieniowej	1–30	1–25
30	Złamanie (śródstawowe) nasady dalszej kości łokciowej lub nasady dalszej kości promieniowej	1–25	1–20
31	Złamanie (śródstawowe) nasad dalszych kości promieniowej i kości łokciowej (obu kości przedramienia)	1–35	1–30
32	Złamanie kości nadgarstka i śródręcza	1–25	1–20
33	Złamanie w obrębie kciuka	1–20	1–15
34	Złamanie palca wskazującego	1–15	1–12
35	Złamanie w obrębie palców ręki od III do V (za każdy palec)	1–10	1–7
36	Całkowita utrata kończyny górnej w obrębie:		
a	barku	75	65

Pozycja	Rodzaj uszkodzenia ciała	Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w %	
		prawa*	lewa*
b	ramienia	70	60
c	przedramienia	65	55
d	nadgarstka	55	45
37	Całkowita utrata kciuka (w przypadku utraty częściowej – 1/3 wartości za każdy palec)	20	15
38	Całkowita utrata palca wskazującego (w przypadku utraty częściowej – 1/3 wartości za każdy palec)	15	10
39	Całkowita utrata palca dłoni od III do V (w przypadku utraty częściowej – 1/3 wartości za każdy palec)	5	4
40	Całkowita utrata wzroku w obu oczach	100	
41	Całkowita utrata wzroku w jednym oku	40	
42	Całkowita utrata wzroku w jednym oku bez utraty oka	35	
43	Całkowita utrata małżowiny usznej	10	
44	Całkowita utrata słuchu w obu uszach	60	
45	Całkowita utrata słuchu w jednym uchu	20	
46	Całkowita utrata mowy	100	
47	Całkowita utrata języka	40	
48	Całkowita utrata nosa (łącznie z kośćmi nosa)	15	
49	Całkowita utrata węchu	10	
50	Całkowita utrata płuca	30	
51	Całkowita utrata nerki	35	
52	Całkowita utrata żołądka	20	
53	Całkowita utrata śledziony	15	
54	Całkowita utrata macicy	40	
55	Całkowita utrata gruczołu sutkowego	25	
56	Całkowita utrata jajnika lub jądra	20	
57	Całkowita utrata prącia	35	
58	Porażenie czterech kończyn – utrwalone	100	
59	Porażenie dwóch kończyn – utrwalone	80	
60	Wstrząśnienie mózgu	5	

Pozycja	Rodzaj uszkodzenia ciała	Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w %	
		prawa*	lewa*
61	Stłuczenie mózgu	10	
62	Oparzenie II stopnia do 1% powierzchni ciała	1–5	
63	Oparzenie II stopnia od 1% do 15% powierzchni ciała	6–20	
64	Oparzenie II stopnia od 16% do 30% powierzchni ciała	21–35	
65	Oparzenie II stopnia powyżej 30% powierzchni ciała	36–100	
66	Oparzenie III stopnia do 5% powierzchni ciała	1–20	
67	Oparzenie III stopnia od 6% do 10% powierzchni ciała	21–50	
68	Oparzenie III stopnia powyżej 10% powierzchni ciała	51–100	
69	Oparzenie dróg oddechowych leczone w szpitalu	1–100	
70	Odmrożenie II stopnia lub wyższe (za każdy palec ręki lub stopy)	5	
71	Odmrożenie II stopnia lub wyższe – więcej niż jeden palec ręki lub palec stopy	15	
72	Odmrożenie II stopnia lub wyższe nosa lub ucha	20	
73	Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki)	1–20	

* uszczerbki u osób leworęcznych ustala się według procentów określonych dla prawej strony

Tabela inwalidztwa

Rodzaj inwalidztwa	Procent inwalidztwa
Całkowita ślepota obu oczu	100%
Całkowita ślepota jednego oka lub wyłuszczenie gałki ocznej	40%
Głuchota całkowita	50%
Głuchota jednego ucha	20%
Utrata mowy (obejmuje całkowitą utratę języka oraz afazję motoryczną i sensoryczną)	40%
Porażenie połowiczne utrwalone lub porażenie kończyn dolnych	100%

Rodzaj inwalidztwa	Procent inwalidztwa
Niedowład jednej kończyny	40%
Porażenie czterech kończyn – utrwalone	100%
Porażenie dwóch kończyn górnych lub dolnych – utrwalone	90%
Utrwalony niedowład czterokończynowy lub dwóch kończyn górnych lub dwóch kończyn dolnych	80%
Utrata obu kończyn dolnych	100%
Utrata kończyny dolnej w obrębie biodra	75%
Utrata kończyny dolnej w obrębie uda	70%
Utrata kończyny dolnej w obrębie stawu kolanowego	65%
Utrata kończyny dolnej w obrębie podudzia	60%
Utrata całej stopy	50%
Utrata w obrębie śródstopia	25%
Utrata palucha	10%
Utrata palców II–IV, za każdy palec	4%
Utrata obu kończyn górnych	100%
Utrata kończyny górnej w obrębie barku	75%
Utrata kończyny górnej w obrębie ramienia	70%
Utrata kończyny górnej w stawie łokciowym	65%
Utrata kończyny górnej w obrębie przedramienia	60%
Utrata kończyny górnej w obrębie nadgarstka	50%
Utrata kciuka	15%
Utrata palców II–IV, za każdy palec	5%

UNIQA jest jedną z największych grup ubezpieczeniowych w Polsce i Europie. Oferuje ubezpieczenia majątkowe, komunikacyjne i na życie, zarówno dla klientów indywidualnych, jak i grupowych.

To stabilna i wiarygodna firma, za którą stoją liczby:

- ☒ obecna w 18 krajach
- ☒ 5 mln klientów w Polsce
- ☒ 15,5 mln klientów w Europie
- ☒ 5. pozycja wśród grup ubezpieczeniowych w Polsce

Skontaktuj się z nami:

22 599 95 22

* koszt połączenia według taryfy operatora

Centrala

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51

www.uniqa.pl

Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się z agentem.

Twoje dziecko może liczyć na pomoc.

Ogólne warunki
ubezpieczenia

Ubezpieczenie
szkolne



FORMULARZ DO OWU

Poniższy Formularz sporządzony jest zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 1, 2, 3, 4, 5, 6
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 3.10 lit. c), 4.13, 4.14, 5.6, 5.9, 10.2, 11, 13.8, 15.3, 17.14 lit. a), c), g), h), i), j), k), n)



Autorem rysunków jest Bartosz Minkiewicz.

Ogólne warunki ubezpieczenia szkolnego (dalej: OWU) stosuje się do umów ubezpieczenia szkolnego zawieranych przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie z osobami fizycznymi. Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rachunek dziecka lub młodzieży.

W porozumieniu z Tobą, po dokonaniu indywidualnej oceny ryzyka, w umowie ubezpieczenia możemy zastosować postanowienia dodatkowe lub odmienne od tych określonych w OWU.

Zanim zdecydujesz się na ubezpieczenie, zapoznaj się z dokumentami, które otrzymałeś:

- OWU,
- dokumentem zawierającym informacje o produkcie ubezpieczeniowym.

SPIS TREŚCI

Co mamy na myśli, gdy używamy tych pojęć?	3
1. Kogo ubezpieczamy?	3
2. Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?	3
3. Jakie są rodzaje świadczeń?	4
4. Hejt w Internecie	6
5. OC w życiu prywatnym	7
6. Opieka plus w ubezpieczeniu szkolnym	7
7. Zawarcie umowy ubezpieczenia	9
8. Czas trwania ochrony ubezpieczeniowej	9
9. Składka	9
10. Obowiązki Twoje i Ubezpieczonego	9
11. Za co nie odpowiadamy?	9
12. Szczególne środki ograniczające – kogo dotyczą i kiedy możemy je zastosować	10
13. Zasady wypłaty i realizacji świadczeń i odszkodowań	10
14. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	11
15. Roszczenia zwrotne	11
16. Sposób dochodzenia roszczeń	11
17. Co rozumiemy przez pojęcia użyte w OWU?	11
REKLAMACJE	
18. Kiedy możesz złożyć reklamację?	14
19. Jak możesz złożyć reklamację?	14
20. Jak udzielimy Ci odpowiedzi na reklamację?	14
21. A co, jeśli nie zgadzasz się z naszą odpowiedzią na reklamację?	14
22. Kto może złożyć skargę lub zażalenie?	15
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	15
OBOWIĄZKI INFORMACYJNE	15
ZAŁĄCZNIK NR 1 – TABELA USZKODZEŃ CIAŁA	17
Dane kontaktowe	26

Co mamy na myśli, gdy używamy tych pojęć?

Wyjaśnienie wszystkich pojęć znajdziesz w pkt 17.



Ty

Ubezpieczający, osoba, która zawiera umowę ubezpieczenia.



My

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.



dziecko

Ubezpieczonymi
mogą być:



młodzież

1. Kogo ubezpieczamy?

Ubezpieczamy:

- a) dzieci lub młodzież, którzy w chwili zawierania umowy ubezpieczenia nie ukończyli 18. roku życia,
- b) osoby fizyczne, które w chwili zawierania umowy ubezpieczenia ukończyły 18. rok życia i nie ukończyły 26. roku życia i mają status: ucznia, studenta, doktoranta, słuchacza placówki oświatowo-wychowawczej.

2. Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

2.1. W zależności od wybranego przez Ciebie podczas zawierania umowy ubezpieczenia zakresu ubezpieczenia przedmiot ubezpieczenia obejmuje:

- a) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego,
- b) następstwa nieszczęśliwych wypadków, udaru mózgu albo zawału serca doznanych przez Ubezpieczonego,
- c) następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych przez rodzica Ubezpieczonego,
- d) zdrowie Ubezpieczonego,
- e) dobra osobiste Ubezpieczonego w postaci dobrego imienia lub prawa do prywatności,
- f) odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego w życiu prywatnym, z zastrzeżeniem pkt 2.5,
- g) świadczenia zdrowotne.

2.2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy:

- a) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego,
- b) śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu albo zawału serca,
- c) uszkodzenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku,
- d) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- e) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu niebędący następstwem nieszczęśliwego wypadku,
- f) zwrot kosztów leczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- g) zwrot kosztów rehabilitacji w następstwie nieszczęśliwego wypadku,

- h) zwrot kosztów nabycia protez, nabycia lub wypożyczenia innych środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- i) śmierć rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- j) zdiagnozowanie poważnego zachorowania,
- k) ukąszenie przez kleszcza,
- l) organizację i pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych w postaci Telekonsultacji,
- m) organizację i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki lub ratownika medycznego,
- n) za zapłatą dodatkowej składki ryzyka wskazane w pkt 2.4, 2.5, 2.6.

Zapoznaj się ze szczegółami w pkt 3 oraz pojęciami i ich definicjami zawartymi w pkt 17.

2.3. Nasza odpowiedzialność obejmuje również następstwa nieszczęśliwych wypadków będących skutkiem wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, który w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia nie ukończył 18. roku życia, z zastrzeżeniem pkt 11.1 lit. e).

2.4. Za zapłatą dodatkowej składki ochronę ubezpieczeniową możemy rozszerzyć o Hejt w Internecie, tj. ubezpieczenie ochrony prawnej. W ramach Hejtu w Internecie ochroną ubezpieczeniową obejmujemy następstwa naruszenia dobrego imienia lub prawa do prywatności Ubezpieczonego w Internecie, w tym w mediach społecznościowych.

Zapoznaj się ze szczegółami w pkt 4 oraz pojęciami i ich definicjami zawartymi w pkt 17.

2.5. Za zapłatą dodatkowej składki ochronę ubezpieczeniową możemy rozszerzyć o odpowiedzialność cywilną deliktową Ubezpieczonego w życiu prywatnym, obejmującą odpowiedzialność cywilną z tytułu szkód rzeczowych lub osobowych wyrządzonych osobom trzecim w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności życia prywatnego oraz w związku z nauką lub odbywaniem praktyk przyuczających do zawodu. Rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej o odpowiedzialność cywilną możliwe

jest tylko w przypadku, gdy Ubezpieczonym na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia jest osoba, która ukończyła 13. rok życia i nie ukończyła 26. roku życia.

Zapoznaj się ze szczegółami w pkt 5 oraz pojęciami i ich definicjami zawartymi w pkt 17.

- 2.6. Za zapłatą dodatkowej składki ochronę ubezpieczeniową możemy rozszerzyć o świadczenia zdrowotne, takie jak: (a) Telekonsultacja Opieka plus obejmująca telekonsultacje z lekarzem internistą, lekarzem rodzinnym lub pediatrą, diagnostykę laboratoryjną, telekonsultacje z psychologiem dziecięcym oraz (b) rehabilitację, a także (c) świadczenia realizowane po nieszczęśliwym wypadku w postaci korepetycji, łącznie wszystkie świadczenia (a), (b) i (c) to zakres zwany dalej Opieka plus.

Zapoznaj się ze szczegółami w pkt 6 oraz pojęciami i ich definicjami zawartymi w pkt 17.

- 2.7. Nasza odpowiedzialność obejmuje zdarzenia zaistniałe na całym świecie – w odniesieniu do zakresu, o którym mowa w pkt 2.2–2.4. W odniesieniu do zakresu, o którym mowa w pkt 2.5, nasza odpowiedzialność obejmuje zdarzenia zaistniałe na terenie Polski oraz pozostałych krajów europejskich, tj. krajów leżących na obszarze geograficznym Europy.

3. Jakie są rodzaje świadczeń?

3.1. Śmierć Ubezpiezonego wskutek wypadku komunikacyjnego

Jeśli Ubezpieczony zmarł wskutek wypadku komunikacyjnego, a śmierć nastąpiła w ciągu 2 lat od tego zdarzenia, wówczas wypłacimy osobie uprawnionej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie. Warunkiem naszej odpowiedzialności jest, aby do wypadku komunikacyjnego doszło w trakcie trwania naszej ochrony.



3.2. Śmierć Ubezpiezonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu albo zawału serca

Jeśli Ubezpieczony zmarł w wyniku następstw nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu albo zawału serca, a śmierć nastąpiła w ciągu 2 lat od tego zdarzenia, wówczas wypłacimy osobie uprawnionej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie. Warunkiem naszej odpowiedzialności jest, aby do nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu albo zawału serca doszło w trakcie trwania naszej ochrony.

3.3. Uszkodzenie ciała Ubezpiezonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku

- a) Jeśli w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania naszej ochrony, Ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała, które jest wskazane w Tabeli, wówczas wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie.
- b) Świadczenie wypłacimy w wysokości stanowiącej taki procent sumy ubezpieczenia, jaki wynika z Tabeli dla danego rodzaju uszkodzenia ciała.
- c) Jeśli wskutek nieszczęśliwego wypadku doszło do kilku uszkodzeń ciała, wówczas wysokość świadczenia wyliczymy w ten sposób, że zsumujemy procenty sumy ubezpieczenia odpowiadające poszczególnym uszkodzeniom ciała podanym w Tabeli. Wysokość tak ustalonego świadczenia nie może przekroczyć wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie.
- d) Uszkodzenia ciała, a następnie procent sumy ubezpieczenia, o którym mowa powyżej, ustalimy na podstawie dokumentacji medycznej. W sytuacji gdy ustalenie procentu sumy ubezpieczenia nie byłoby możliwe według zasad określonych w zdaniu poprzednim, ustalimy go na podstawie badań medycznych, które przeprowadzi wskazany przez nas lekarz. Za koszt tych badań zapłacimy.

3.4. Pobyt Ubezpiezonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku

- a) Jeśli w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jaki miał miejsce w trakcie trwania naszej ochrony, Ubezpieczony rozpoczął pobyt w szpitalu w celu leczenia jego skutków, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie. Warunkiem jest to, aby pobyt w szpitalu rozpoczął się w trakcie trwania naszej ochrony.
- b) Świadczenie, o którym mowa powyżej, wypłacimy za każdy dzień pobytu Ubezpiezonego w szpitalu, w wysokości określonej w polisie, nie więcej jednak niż suma ubezpieczenia. Za dzień uważamy dobę (24 h).
- c) Świadczenie wypłacimy po zakończeniu pobytu w szpitalu.

3.5. Pobyt Ubezpiezonego w szpitalu niebędący następstwem nieszczęśliwego wypadku

- a) Jeśli w trakcie trwania naszej ochrony Ubezpieczony rozpoczął pobyt w szpitalu w celu leczenia z powodu innego niż następstwo nieszczęśliwego wypadku, za każdy dzień pobytu w szpitalu wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w polisie, nie więcej jednak niż suma ubezpieczenia. Warunkiem koniecznym jest, aby pobyt w szpitalu rozpoczął się w trakcie trwania naszej ochrony.
- b) Świadczenie, o którym mowa powyżej, płatne jest pod warunkiem, że pobyt w szpitalu będzie trwał co najmniej przez 5 dni (5 dób). Za dzień uważamy dobę (24 h).
- c) Świadczenie wypłacimy pod warunkiem, że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie wcześniej niż po upływie 30 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Warunek ten nie ma zastosowania w przypadku nieprzerwanej kontynuacji ubezpieczenia szkolnego, czyli w drugim i kolejnych latach ubezpieczenia.
- d) Świadczenie może być wypłacone maksymalnie 2 razy w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.

3.6. Zwrot kosztów leczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku

- a) Jeśli w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania naszej ochrony, poniesione zostały koszty związane z leczeniem Ubezpiezonego (w tym odbudową stałych zębów), wówczas te koszty zwrócimy. Koszty podlegające zwrotowi przedstawiliśmy w lit. b).
- b) Zwrotowi podlegają poniesione w Polsce, wynikające z zaleceń lekarza, koszty:
- udzielenia pierwszej pomocy przez lekarza,
 - pobytu w szpitalu, badań, zabiegów i operacji (w tym operacji plastycznych, których celem było usunięcie oszpeceń wynikającego z nieszczęśliwego wypadku),
 - odbudowy stałych zębów, które zostały uszkodzone lub utracone,
 - nabycia niezbędnych lekarstw i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza,
 - transportu Ubezpiezonego z miejsca nieszczęśliwego wypadku, bezpośrednio po jego zajęciu, do szpitala, ambulatorium lub lekarza, jeśli ze względu na stan zdrowia Ubezpieczony nie może sam tam dotrzeć.
- c) Koszty, które podlegają zwrotowi, mogą być poniesione do 24 miesięcy od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.
- d) Zwrotu kosztów dokonamy pod warunkiem, że nie mogły one być pokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczenia społecznego.
- e) Zwrotu kosztów dokonamy na podstawie rachunków lub faktur, do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie.

3.7. Zwrot kosztów rehabilitacji w następstwie nieszczęśliwego wypadku

- a) Jeśli w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania naszej ochrony, poniesione zostały koszty związane z rehabilitacją Ubezpiezonego, wówczas te koszty zwrócimy. Zwrotowi podlegają poniesione w Polsce koszty zabiegów rehabilitacyjnych wynikających z zaleceń lekarza.
- b) Koszty, które podlegają zwrotowi, mogą być poniesione do 24 miesięcy od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.

- c) Zwrotu kosztów dokonamy pod warunkiem, że nie mogły one być pokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczenia społecznego.
- d) Zwrotu kosztów dokonamy na podstawie rachunków lub faktur, do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie.

3.8. Zwrot kosztów nabycia protez, nabycia lub wypożyczenia innych środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku

- a) Zwrócimy poniesione w Polsce koszty nabycia protez, nabycia lub wypożyczenia innych środków pomocniczych (innych niż proteza), zaleconych przez lekarza w leczeniu następstw nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania naszej ochrony.
- b) Dodatkowo, jeśli w następstwie nieszczęśliwego wypadku poza uszkodzeniem ciała, za które przyjmujemy odpowiedzialność zgodnie z pkt 2.2 lit. c), dojdzie do uszkodzenia lub zniszczenia używanych przez Ubezpieczonego okularów korekcyjnych, to zwrócimy koszt ich naprawy albo nabycia nowych do 10% sumy ubezpieczenia przewidzianej dla świadczenia zwrotu kosztów nabycia protez, nabycia lub wypożyczenia innych środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
- c) Koszty, które podlegają zwrotowi, mogą być poniesione do 24 miesięcy od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.
- d) Zwrotu kosztów dokonamy pod warunkiem, że nie mogły one być pokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczenia społecznego.
- e) Zwrotu kosztów dokonamy na podstawie rachunków lub faktur, do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie, a w przypadku zwrotu kosztów naprawy okularów korekcyjnych albo nabycia nowych – do wysokości 10% sumy ubezpieczenia przewidzianej dla świadczenia zwrotu kosztów nabycia protez, nabycia lub wypożyczenia innych środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku określonej w polisie.

3.9. Śmierć rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Jeśli w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania naszej ochrony, zmarł rodzic Ubezpieczonego, a śmierć nastąpiła w ciągu 2 lat od tego zdarzenia, wówczas wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie.

3.10. Zdiagnozowanie poważnego zachorowania

- a) Jeśli w trakcie trwania naszej ochrony po raz pierwszy zdiagnozowano u Ubezpieczonego poważne zachorowanie, wówczas wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie. Świadczenie wypłacimy pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostał przy życiu co najmniej 30 dni od daty zdiagnozowania poważnego zachorowania.
- b) Rodzaj i datę zdiagnozowania poważnego zachorowania ustalimy na podstawie dokumentacji medycznej.
- c) Nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie:
 - i. zostało zdiagnozowane przed upływem 30 dni od rozpoczęcia naszej ochrony; nie ma to zastosowania w przypadku nieprzerwanej kontynuacji ubezpieczenia szkolnego, czyli w drugim i kolejnych latach ubezpieczenia;
 - ii. jest następstwem wady wrodzonej i schorzeń będących jej skutkiem;
 - iii. jest następstwem samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności.



3.11. Ukąszenie przez kleszcza

Jeśli w trakcie trwania naszej ochrony Ubezpieczony zostanie ukąszony przez kleszcza, to zadzwoń do naszego Centrum Alar-

mowego pod numer tel. +48 22 599 91 86 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora). W ramach tego świadczenia:

- i. zwrócimy koszt wizyty lekarskiej związanej z usunięciem kleszcza do kwoty 500 zł; świadczenie realizowane jest w placówce medycznej wybranej przez Ubezpieczonego, po wcześniejszym zgłoszeniu zdarzenia do naszego Centrum Alarmowego;
- ii. zorganizujemy i pokryjemy koszty badania kleszcza pod kątem nosicielstwa patogenów do kwoty 500 zł; świadczenie realizowane jest w placówce medycznej wybranej przez nasze Centrum Alarmowe; w razie braku dostępności placówki medycznej, z którą współpracuje nasze Centrum Alarmowe, zwrócimy koszty badania kleszcza w dowolnej placówce wybranej przez Ubezpieczonego do kwoty 500 zł;
- iii. zwrócimy koszty zaleconej przez lekarza prowadzącego antybiotykoterapii do kwoty 500 zł (zwrot dotyczy leków zakupionych z recepty przepisanej przez lekarza).

3.12. Organizacja i pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych w postaci Telekonsultacji

- a) Jeśli w trakcie trwania naszej ochrony, stan zdrowia Ubezpieczonego uzasadniać będzie potrzebę skorzystania z pomocy o charakterze medycznym, to za pośrednictwem Partnera Medycznego zorganizujemy i pokryjemy koszt świadczeń zdrowotnych w postaci Telekonsultacji z lekarzem internistą, lekarzem rodzinnym lub pediatrą.
- b) Telekonsultacja stanowi świadczenie zdrowotne, którego zakres określa lit. c), i udzielane jest w formie rozmowy telefonicznej, czatu lub wideoczatu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz internista, lekarz rodzinny lub pediatra).
- c) Świadczenie zdrowotne obejmuje: wywiad, poradę lekarza, a także konsultację wyników badań, wystawienie e-recepty, wystawienie skierowania na diagnostykę, wystawienie e-zwolnienia. Telekonsultacje realizowane są w ciągu 3 h (w godz. 7.00–22.00) lub w ciągu 4 h (w godz. 22.00–7.00) od momentu zgłoszenia takiej potrzeby do Partnera Medycznego.
- d) Telekonsultacje świadczone są przez całą dobę, także w święta i dni wolne.
- e) W okresie ubezpieczenia organizujemy i pokrywamy Ubezpieczonemu koszty maksymalnie trzech Telekonsultacji.

W jaki sposób realizowane są Telekonsultacje?

- a) Ubezpieczony może skorzystać z usługi Telekonsultacji w formie telefonicznej lub przez Internet (platforma internetowa).
- b) W celu skorzystania z usługi w formie telefonicznej należy skontaktować się z Partnerem Medycznym pod numerem tel. +48 22 357 40 47 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)
- c) W celu korzystania z platformy internetowej naszego Partnera Medycznego konieczne jest założenie konta. Aby to zrobić, należy wejść na uniqa.telemedi.com, a następnie:
 - i. przekazać dane, których wymaga platforma internetowa naszego Partnera Medycznego, w szczególności numer PESEL Ubezpieczonego, a w przypadku obcokrajowców – datę urodzenia;
 - ii. oraz zaakceptować regulaminy naszego Partnera Medycznego, które są dostępne na platformie internetowej.
- d) W celu skorzystania z Telekonsultacji przez platformę internetową należy:
 - i. zalogować się do platformy internetowej Partnera Medycznego;
 - ii. wybrać specjalizację lekarza, formę Telekonsultacji oraz preferowany termin konsultacji;
 - iii. w uzgodnionym terminie oczekiwać na kontakt.
- e) Przed umówionym terminem Telekonsultacji Partner Medyczny wysyła przypomnienie w formie wiadomości SMS.
- f) W przypadku rezygnacji z umówionej Telekonsultacji należy ją odwołać na platformie internetowej naszego Partnera Medycznego lub skontaktować się z infolinią Partnera Medycznego.

3.13. Organizacja i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki lub ratownika medycznego

- a) Jeśli w trakcie trwania naszej ochrony stan zdrowia Ubezpieczonego uzasadniać będzie potrzebę skorzystania z pomocy o charakterze medycznym, to za pośrednictwem Partnera Medycznego na zlecenie lekarza (lekarz leczący Ubezpieczonego) zorganizujemy wizyty i pokryjemy koszty honorariów i dojazdów pielęgniarki lub ratownika medycznego do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz pokryjemy koszty środków medycznych (to jest: opatrunki, bandaże, strzykawki, waciki, plastry, igły) potrzebnych do wykonania w warunkach domowych czynności leczniczych, to jest: iniekcje podskórne, domięśniowe i dożylnie, opatrunki, zdjęcie szwów, inhalacje, stawianie baniek, oklepywanie, usunięcie cewnika z pęcherza.
- b) Zakres i rodzaj czynności medycznych realizowany jest na podstawie skierowania lekarskiego na realizację wizyty pielęgniarki lub ratownika medycznego w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego.
- c) Świadczenie obejmuje organizację i pokrycie kosztów maksymalnie 5 wizyt pielęgniarki lub ratownika medycznego w okresie ochrony.
- d) Wizyta pielęgniarki lub ratownika medycznego realizowana jest w ciągu 5 dni roboczych od momentu zgłoszenia takiej potrzeby do Partnera Medycznego.
- e) Podczas wizyty pielęgniarki lub ratownika medycznego w uzgodnionym terminie należy okazać dokument tożsamości.
- f) W celu skorzystania ze świadczenia po uzyskaniu zlecenia od lekarza należy skontaktować się z Partnerem Medycznym pod numerem tel. +48 22 357 40 47 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).

Zapoznaj się z wyłączeniami naszej odpowiedzialności w pkt 11.



4. Hejt w Internecie

- 4.1. Zawierając umowę ubezpieczenia, za zapłatą dodatkowej składki, możesz rozszerzyć zakres naszej ochrony ubezpieczeniowej o Hejt w Internecie. To ubezpieczenie ochrony prawnej, które obejmuje następstwa naruszenia dobrego imienia lub prawa do prywatności Ubezpieczonego w Internecie, w tym w mediach społecznościowych. Rozumiemy przez to pomówienie, znieważenie lub bezprawne ujawnienie informacji na temat życia prywatnego Ubezpieczonego, które miały miejsce w trakcie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
- 4.2. Ubezpieczenie obejmuje trzy rodzaje świadczeń:
 - a) pomoc prawną, w ramach której podejmiemy działania mające na celu ochronę uzasadnionych interesów Ubezpieczonego w stosunku do osoby, która opublikowała informacje stanowiące naruszenie dobrego imienia lub prawa do prywatności Ubezpieczonego, a także wydawcy lub właściciela hostingu, na stronach których informacje zostały opublikowane (szczegóły świadczenia opisujemy w pkt 4.4–4.14);
 - b) zorganizowanie i opłacenie specjalisty IT, którego zadaniem będzie usunięcie lub zatrzymanie dostępu do negatywnych lub bezprawnie udostępnionych informacji o Ubezpieczonym; przy realizacji tego świadczenia specjalista IT i my zobowiązujemy się do podjęcia wszelkich starań związanych z usunięciem lub zatrzymaniem dostępu do negatywnych lub bezprawnie udostępnionych informacji;
 - c) zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji Ubezpieczonego z psychologiem, związanych z naruszeniem dobrego imienia

lub prawa do prywatności Ubezpieczonego w Internecie, w formie telekonsultacji udzielanych za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość (np. telefon, wideoczat) oraz 10 wizyt stacjonarnych w placówce medycznej.

- 4.3. Świadczenia opisane w pkt 4.2 realizowane będą maksymalnie do sumy ubezpieczenia, która wynosi 15 000 zł.
- 4.4. Pamiętaj, w celu skorzystania z pomocy prawnej, pomocy specjalisty IT lub konsultacji z psychologiem, o których mowa w pkt 4.2, zadzwoń do naszego Centrum Alarmowego pod numer tel. +48 22 599 91 86 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).
- 4.5. Pomoc prawna obejmuje podjęcie przez nas działań w celu ochrony uzasadnionych interesów prawnych Ubezpieczonego oraz pokrycie ich kosztów.
- 4.6. Interes prawny Ubezpieczonego uważa się za uzasadniony, jeżeli:
 - a) istnieje szansa korzystnego dla Ubezpieczonego załatwienia sprawy, tj. gdy roszczenie Ubezpieczonego nie jest oczywiście bezzasadne;
 - b) ochrona interesów prawnych Ubezpieczonego nie jest sprzeczna z zasadami współżycia społecznego i dobrymi obyczajami;
 - c) koszty ochrony interesów prawnych Ubezpieczonego nie pozostają w rażącej dysproporcji do poniesionej szkody lub krzywdy, tj. gdy nie są rażąco wysokie.
- 4.7. W ramach pomocy prawnej zapewniamy infolinię prawną i reprezentację prawną.
- 4.8. W ramach infolinii prawnej zapewniamy:
 - a) udzielenie bieżących konsultacji prawnych drogą elektroniczną,
 - b) przesłanie na życzenie Ubezpieczonego drogą elektroniczną tekstów obowiązujących lub archiwalnych aktów prawnych,
 - c) przesłanie informacji drogą elektroniczną o obowiązujących procedurach sądowych oraz o kosztach prowadzenia sporów prawnych,
 - d) udzielenie informacji o kancelariach prawnych specjalizujących się w zakresie spraw wskazanych przez Ubezpieczonego,
 - e) przygotowanie opinii prawnych,
 - f) przygotowanie w formie pisemnej wzorów pism procesowych.
- 4.9. W ramach reprezentacji prawnej zapewniamy:
 - a) wstępną analizę i ocenę stanu prawnego danej sytuacji faktycznej Ubezpieczonego,
 - b) przygotowanie opinii prawnych,
 - c) doradztwo prawne i przedstawienie scenariusza następnie podejmowanych działań,
 - d) tłumaczenie dokumentów na język polski, sporządzenie opinii biegłego lub rzeczoznawcy,
 - e) podejmowanie działań z zakresu postępowania reklamacyjnego,
 - f) podejmowanie działań na etapie przedsądowym, w tym działania w ramach postępowania pojednawczego i mediacyjnego, oraz pomoc w złożeniu na policji lub w prokuraturze zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, oszustwa, pomówienia lub znieważenia,
 - g) podejmowanie działań w ramach postępowania sądowego przed sądem pierwszej instancji.
- 4.10. W związku z ochroną uzasadnionych interesów prawnych Ubezpieczonego zapewniamy pokrycie następujących kosztów, opłat i wydatków (na zasadach i do wysokości sumy ubezpieczenia, o której mowa w pkt 4.3):
 - a) wynagrodzenie Usługodawcy z tytułu analizy lub opiniowania sytuacji prawnej, w jakiej znalazł się Ubezpieczony,
 - b) wynagrodzenie Usługodawcy z tytułu tłumaczenia dokumentacji na język polski, opinii biegłego lub rzeczoznawcy, niezbędnej do ochrony interesów prawnych Ubezpieczonego,
 - c) wynagrodzenie Usługodawcy z tytułu podejmowania działań związanych z postępowaniem reklamacyjnym,
 - d) koszty postępowania przed sądami powszechnymi i sądami administracyjnymi w pierwszej instancji oraz przed sądami polubownymi,
 - e) koszty procesu zasądzone od Ubezpieczonego na rzecz strony przeciwnej lub Skarbu Państwa.
- 4.11. W ramach pomocy prawnej, w sytuacjach wymagających udziału Usługodawcy, Ubezpieczony zobowiązany jest udzielić pełno-

mocnictwa Usługodawcy, umożliwiającego podejmowanie działań zmierzających do ochrony uzasadnionych interesów prawnych Ubezpieczonego.

- 4.12. Jeśli pomoc prawna odbywa się z udziałem Usługodawcy, nasze Centrum Alarmowe może zaproponować Ubezpieczonemu odpowiedniego Usługodawcę. Ubezpieczony ma prawo wyboru innego Usługodawcy niż zaproponowany przez Centrum Alarmowe. W takiej sytuacji Ubezpieczony musi jednak wcześniej uzyskać zgodę Centrum Alarmowego, a ono może jej odmówić tylko w sytuacji, gdy wskazany przez Ubezpieczonego usługodawca nie ma uprawnień adwokata lub radcy prawnego.
- 4.13. Centrum Alarmowe nie pokryje kosztów działań, które nie musiałyby zostać podjęte, gdyby nie spóźnione działanie Ubezpieczonego.
- 4.14. Ubezpieczony zobowiązuje się zapewnić, aby wybrany przez niego Usługodawca, który go reprezentuje, na bieżąco informował nasze Centrum Alarmowe o przebiegu działań podejmowanych w ramach pomocy prawnej. O poszczególnych zamierzonych działaniach Ubezpieczony ma obowiązek informować Centrum Alarmowe sam lub za pośrednictwem swojego przedstawiciela prawnego, a przed ich wykonaniem uzyskać zgodę Centrum Alarmowego. W przypadku naruszenia tego obowiązku przez Ubezpieczonego Centrum Alarmowe jest uprawnione do odmowy pokrycia kosztów podjęcia nieuzgodnionych działań, chyba że brak powiadomienia i uzyskania zgody wynikał z okoliczności obiektywnych, niezależnych od Ubezpieczonego.

Zapoznaj się z wyłączeniami naszej odpowiedzialności w pkt 11.



5. OC w życiu prywatnym

- 5.1. Zawierając umowę ubezpieczenia, za zapłatą dodatkowej składki, możesz rozszerzyć zakres naszej ochrony ubezpieczeniowej o odpowiedzialność cywilną deliktową Ubezpieczonego w życiu prywatnym z tytułu szkód rzeczowych lub osobowych wyrządzonych osobom trzecim w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności życia prywatnego oraz w związku z nauką lub odbywaniem praktyk przyuczających do zawodu.
- 5.2. Ochroną ubezpieczeniową objęte są szkody powstałe na skutek deliktu, który zaistniał w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
- 5.3. Zakresem tego ubezpieczenia objęte są szkody wyrządzone przez Ubezpieczonego nieumyślnie.
- 5.4. Za czynności życia prywatnego uważamy wyłącznie te czynności wykonywane przez Ubezpieczonego, które podejmuje on poza swoją aktywnością zawodową, zatrudnieniem oraz prowadzeniem działalności gospodarczej. Za czynności życia prywatnego uważamy również:
- a) uczestnictwo w zajęciach szkolnych w charakterze ucznia, studenta, doktoranta lub słuchacza placówki oświatowo-wychowawczej,
 - b) odbywanie praktyk (w tym praktyki studentów akademii medycznych),
 - c) amatorskie uprawianie sportu, tj. aktywność sportową, której celem jest odpoczynek i rozrywka,
 - d) wyczynowe uprawianie sportu,
 - e) posiadanie lub używanie rowerów, rowerów elektrycznych, hulajnóg, hulajnóg elektrycznych, deskorolek, deskorolek elektrycznych, rolek, urządzeń segway, hoverboard/monowheel, wózków inwalidzkich,

f) posiadanie lub używanie sprzętu pływającego do własnego użytku, pod warunkiem posiadania wymaganych uprawnień do korzystania z wyżej wymienionego sprzętu, jeśli są one prawem wymagane,

g) jazdę konną.

- 5.5. Suma gwarancyjna wynosi 35 000 zł i stanowi górną granicę naszej odpowiedzialności w odniesieniu do jednego i wszystkich zdarzeń w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, łącznie dla szkód rzeczowych i osobowych.
- 5.6. W przypadku szkód powstałych wskutek zniszczenia lub uszkodzenia sprzętu elektronicznego, audiowizualnego, komputerowego, fotograficznego, teleinformatycznego oraz instrumentów muzycznych należących do osób trzecich świadczenie z tytułu każdej szkody zostanie pomniejszone o kwotę 500 zł.
- 5.7. W granicach sumy gwarancyjnej jesteśmy zobowiązani do:
- a) pokrycia kosztów wynagrodzenia rzeczoznawców powołanych przez Ubezpieczonego za naszą zgodą w celu ustalenia okoliczności lub rozmiaru szkody,
 - b) pokrycia niezbędnych kosztów obrony sądowej przed roszczeniem poszkodowanego,
 - c) pokrycia kosztów mediacji lub postępowania pojednawczego prowadzonego w związku ze zgłoszonymi roszczeniami odszkodowawczymi, o ile poleciliśmy Ubezpieczonemu prowadzenie takiej mediacji lub postępowania,
 - d) pokrycia kosztów akcji ratowniczej.
- 5.8. Jeśli tytułem świadczenia za szkody na osobie przysługują poszkodowanemu zarówno świadczenie jednorazowe, jak i renty, zaspokojimy je z obowiązującej sumy gwarancyjnej w następującej kolejności:
- a) świadczenie jednorazowe,
 - b) renty czasowe.
- 5.9. Nie odpowiadamy za dodatkowe koszty wynikające z braku zgody Ubezpieczonego na zawarcie przez nas ugody z osobą poszkodowaną lub na zaspokojenie jej roszczeń.

Zapoznaj się z wyłączeniami naszej odpowiedzialności w pkt 11.

6. Opieka plus w ubezpieczeniu szkolnym

- 6.1. Zawierając umowę ubezpieczenia, za zapłatą dodatkowej składki, możesz rozszerzyć ubezpieczenie o zakres Opieka plus.
- 6.2. W ramach zakresu Opieka plus udzielamy następujących świadczeń:
- a) świadczenia zdrowotne w sytuacji, gdy stan zdrowia Ubezpieczonego uzasadniać będzie potrzebę skorzystania z pomocy:
 - i. Telekonsultacje Opieka plus, na którą składają się:
 - telekonsultacje z lekarzem internistą, lekarzem rodzinnym lub pediatrą,
 - diagnostyka laboratoryjna,
 - telekonsultacje z psychologiem dziecięcym,
 - ii. rehabilitacja;
 - b) świadczenia udzielane w konsekwencji nieszczęśliwego wypadku, w postaci korepetycji.

Telekonsultacje

- 6.3. Świadczenia Telekonsultacji Opieka plus w zakresie telekonsultacji z lekarzem internistą, lekarzem rodzinnym lub pediatrą udzielone zostaną na zasadach opisanych w pkt 3.12, z taką różnicą, że bez limitu świadczeń na jednego Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia.

Diagnostyka laboratoryjna

- 6.4. Jeśli w trakcie trwania naszej ochrony, w wyniku skorzystania przez Ubezpieczonego ze świadczenia zdrowotnego w postaci telekonsultacji Opieka plus, zostało zlecone Ubezpieczonemu badanie: morfologii krwi, glukozy, badanie ogólne moczu, za pośrednictwem Partnera Medycznego zorganizujemy te badania i pokryjemy ich koszty. Badania realizowane są do 24 godzin od zgłoszenia do Partnera Medycznego na podstawie skierowania lekarskiego. W okresie ubezpieczenia Ubezpieczonemu przysługują maksymalnie 4 badania.

W celu skorzystania ze świadczenia diagnostyki laboratoryjnej należy skontaktować się z Partnerem Medycznym pod numerem tel. +48 22 357 40 47 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora). Podczas wizyty w placówce należy okazać dokument tożsamości.

Telekonsultacje z psychologiem dziecięcym

- 6.5. Jeśli w trakcie trwania naszej ochrony stan zdrowia Ubezpieczonego uzasadniać będzie potrzebę skorzystania z pomocy psychologa, za pośrednictwem Partnera Medycznego zorganizujemy i pokryjemy koszty 6 sesji 30-minutowych w postaci telekonsultacji z psychologiem dziecięcym w formie rozmowy telefonicznej, czatu lub wideocztu z psychologiem dziecięcym.
- 6.6. Świadczenie telekonsultacji z psychologiem dziecięcym udzielone zostanie na zasadach opisanych w pkt 3.12.
- 6.7. Świadczenie telekonsultacji z psychologiem dziecięcym realizowane jest w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia takiej potrzeby do Partnera Medycznego.

Rehabilitacja

- 6.8. Jeśli w trakcie trwania naszej ochrony stan zdrowia Ubezpieczonego spowodowany urazem uzasadniać będzie potrzebę skorzystania z pomocy fizjoterapeuty, za pośrednictwem Partnera Medycznego na zlecenie lekarza zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty fizjoterapeuty w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego albo zorganizujemy i pokryjemy koszty zabiegów rehabilitacyjnych, przeprowadzonych w placówkach rehabilitacyjnych wskazanych przez Partnera Medycznego.
- 6.9. Zakres i rodzaj zabiegów w placówkach rehabilitacyjnych jest realizowany na podstawie skierowania lekarskiego i obejmuje:
- zabiegi z zakresu fizykoterapii:
 - elektrostymulacja,
 - galwanizacja,
 - jonoforeza,
 - krioterapia miejscowa,
 - laser miejscowy,
 - pole magnetyczne,
 - prądy diadynamiczne (DD),
 - prądy interferencyjne,
 - prądy TENS,
 - ultradźwięki,
 - terapuls,
 - prądy Träberta;
 - zabiegi z zakresu kinezyterapii:
 - ćwiczenia usprawniające,
 - masaż wirowy,
 - masaż perłkowy,
 - masaż podwodny.
- 6.10. Zakres zabiegów rehabilitacyjnych wskazany jest też w tabeli 1 (przewodnik po świadczeniach Opieka plus),
- 6.11. W ramach świadczenia Ubezpieczonemu przysługuje limit 30 zabiegów w placówce medycznej wskazanej przez Partnera w okresie ochrony.
- 6.12. W warunkach domowych w ramach wizyty fizjoterapeuty wykonywane są zabiegi z zakresu kinezyterapii, tj.: ćwiczenia usprawniające. Ubezpieczonemu przysługuje limit 6 wizyt fizjoterapeuty w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w okresie ochrony.
- 6.13. Aby skorzystać ze świadczenia należy w uzgodnionym terminie przybyć do placówki medycznej i okazać dokument tożsamości.
- 6.14. Zabiegi realizowane są w ciągu 7 dni roboczych od momentu zgłoszenia takiej potrzeby.
- 6.15. W celu skorzystania ze świadczenia rehabilitacji należy skontaktować się z Partnerem Medycznym pod numerem tel. +48 22 357 40 47 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).

Korepetycje

- 6.16. Jeśli w trakcie trwania naszej ochrony Ubezpieczony będący uczniem szkoły podstawowej lub średniej ulegnie nieszczęśliwemu wypadkowi, w wyniku którego dojdzie do uszkodzenia ciała, za które przyjmujemy odpowiedzialność zgodnie pkt 2.2 lit. c) i w wyniku którego Ubezpieczony nie może uczestniczyć w zajęciach lekcyjnych co najmniej przez 7 dni roboczych, to Ubez-

pieczonemu przysługuje świadczenie korepetycji, zrealizowane za pośrednictwem naszego Partnera Medycznego.

- 6.17. W ramach świadczenia korepetycji za pośrednictwem Partnera Medycznego zorganizujemy i pokryjemy koszty korepetycji z wybranych przez Ubezpieczonego przedmiotów wchodzących w zakres programowy realizowany w szkole podstawowej lub szkole średniej polskiego programu edukacji.
- 6.18. Świadczenie zostanie zrealizowane po przedstawieniu przez Ubezpieczonego zwolnienia lekarskiego przekazanego przy zgłaszaniu szkody do UNIQA.
- 6.19. Ubezpieczony ze świadczenia korepetycji może skorzystać w trakcie trwania ochrony, którą liczymy od następnego dnia roboczego po dniu, w którym przyjmujemy odpowiedzialność zgodnie pkt 2.2 lit. c).
- 6.20. W ramach świadczenia korepetycji Ubezpieczonemu przysługuje limit 3 lekcji 60-minutowych.
- 6.21. Korepetycje realizowane są w ciągu 5 dni roboczych od momentu zgłoszenia potrzeby do Partnera Medycznego.
- 6.22. W celu skorzystania z korepetycji należy skontaktować się z Partnerem Medycznym pod numerem tel. +48 22 357 40 47 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora). Aby skorzystać ze świadczenia przy realizacji należy okazać dokument tożsamości.

Tabela 1 – Przewodnik po świadczeniach Opieka plus

Zakres świadczeń	Limity
Świadczenia zdrowotne	
Telekonsultacje z lekarzem internistą, lekarzem rodzinnym lub pediatrą Całodobowa pomoc lekarska 24/7/365 Konsultacje w formie rozmowy telefonicznej i czatu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej (internista, lekarz rodzinny lub pediatra)	bez limitu w okresie ochrony
Diagnostyka laboratoryjna	limit 4 badań w okresie ochrony
Morfologia krwi	
Glukoza	
Mocz – badanie ogólne	
Telekonsultacje z psychologiem dziecięcym	limit 6 sesji 30-minutowych w okresie ochrony
Rehabilitacja	limit 30 zabiegów w placówce medycznej albo 6 wizyt fizjoterapeuty w okresie ochrony
Świadczenie związane z nieszczęśliwym wypadkiem	
Korepetycje	limit 3 lekcji 60-minutowych w okresie ochrony

- 6.23. Jeśli realizacja świadczeń wymienionych w tabeli 1 jest niemożliwa, w związku z niedotrzymaniem określonych w tych OWU terminów dostępności, to Ubezpieczony może skorzystać z danego świadczenia we własnym zakresie.
- 6.24. W sytuacji opisanej w pkt 6.23 należy skontaktować się z Partnerem Medycznym pod numerem tel. +48 22 357 40 47 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora), który wyrazi zgodę i wskazać sposób realizacji świadczenia. Na podstawie tego zgłoszenia oraz faktury Partner Medyczny zwraca koszty poniesione za zrealizowane świadczenia, jeśli są objęte zakresem ubezpieczenia.

Zapoznaj się z wyłączeniami naszej odpowiedzialności w pkt 11.

7. Zawarcie umowy ubezpieczenia

- 7.1. Dane przekazywane przez Ciebie, niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia, o które jesteś pytany podczas zawierania umowy ubezpieczenia, obejmują w szczególności:
 - a) Twoje dane osobowe i Ubezpieczonego,
 - b) okres ubezpieczenia,
 - c) dane mające wpływ na wysokość składki, o których mowa w pkt 9.2.
- 7.2. Na podstawie uzyskanych od Ciebie informacji przygotujemy ofertę zawarcia umowy ubezpieczenia, która będzie zawierała informacje o zakresie ochrony ubezpieczeniowej, wysokość składki oraz termin i sposób jej płatności. Ofertę doręczymy Ci wraz z OWU. Nasza oferta będzie ważna do dnia wskazanego w niej jako dzień zapłaty składki.
- 7.3. Umowa ubezpieczenia zostanie zawarta z chwilą zapłaty składki w terminie wskazanym w ofercie.
- 7.4. Możemy zaproponować Ci zawarcie umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia.
- 7.5. Przed upływem okresu, na jaki została zawarta dotychczas obowiązująca umowa ubezpieczenia, możemy przesłać Ci ofertę zawarcia umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia wraz z OWU. Oferta będzie zawierała informacje jak w pkt. 7.2.
- 7.6. Nasza oferta, o której mowa w pkt 7.5, będzie ważna do dnia wskazanego w niej jako dzień zapłaty składki.
- 7.7. Umowa ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia zostanie zawarta z chwilą zapłaty składki w terminie wskazanym w ofercie.
- 7.8. Dla tego samego Ubezpieczonego, w tym samym czasie, może być zawarta tylko jedna umowa ubezpieczenia.

8. Czas trwania ochrony ubezpieczeniowej

- 8.1. Nasza ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w terminie określonym w polisie jako początek ochrony ubezpieczeniowej, nie wcześniej jednak niż po zawarciu umowy ubezpieczenia.
- 8.2. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z terminem rozwiązania umowy ubezpieczenia oraz w innych przypadkach określonych w OWU.

9. Składka

- 9.1. Składkę ubezpieczeniową ustalamy na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
- 9.2. Wysokość składki ustalamy w szczególności na podstawie:
 - a) okresu ubezpieczenia,
 - b) zakresu ubezpieczenia,
 - c) wysokości sum ubezpieczenia i sumy gwarancyjnej,
 - d) innych czynników istotnych dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego, o które pytaliśmy Cię podczas zawierania umowy ubezpieczenia.
- 9.3. Składka płatna jest jednorazowo.
- 9.4. Za dzień zapłaty składki uznajemy w przypadku płatności:
 - a) przelewem bankowym – dzień wpływu składki na nasz rachunek bankowy,
 - b) gotówką – dzień zapłacenia składki przedstawicielowi uprawnionemu przez nas do pobrania składki,
 - c) elektronicznych za pośrednictwem agenta rozliczeniowego w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych – dzień dokonania autoryzacji płatności elektronicznej przez agenta rozliczeniowego.
- 9.5. W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu ubezpieczenia składka zostanie Ci zwrócona proporcjonalnie za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

10. Obowiązki Twoje i Ubezpieczonego

- 10.1. Ty masz obowiązek:
 - a) podać nam wszystkie znane sobie okoliczności, o które pytamy podczas zawierania umowy ubezpieczenia albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach; jeżeli zawierasz umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na nim i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane;
 - b) zawiadomić nas o wszelkich zmianach okoliczności, o których mowa w lit. a), niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości;

- c) sprawdzić po otrzymaniu polisy poprawność danych i informacji w niej zawartych;
- d) zgłosić nam telefonicznie lub na piśmie – w terminie 7 dni od dnia otrzymania polisy – stwierdzone niezgodności danych oraz podać poprawne dane;
- e) przed zawarciem umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek przekazać osobie zainteresowanej OWU wraz z informacją o istotnych postanowieniach OWU na piśmie lub, jeśli wyrazi ona na to zgodę, na innym trwałym nośniku.

- 10.2. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem pkt 10.1 lit. a) i b) nie zostały podane do naszej wiadomości. Jeżeli do naruszenia pkt 10.1 lit. a) i b) doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmujemy, że zdarzenie ubezpieczeniowe przewidziane umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

- 10.3. W razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ty i Ubezpieczony macie obowiązek:

- a) w miarę możliwości użyć dostępnych środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów;
- b) niezwłocznie powiadomić nas o zdarzeniu;
- c) przedstawić nam wskazane przez nas dokumenty i dane niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia oraz udzielić wszelkich wymaganych przez nas informacji, wypełnić zgodnie z prawdą przedłożony formularz zgłoszenia szkody i zwrócić nam we wskazanym terminie;
- d) umożliwić nam zasięgnięcie informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego, w szczególności u lekarzy prowadzących.

11. Za co nie odpowiadamy?

- 11.1. Z naszej odpowiedzialności wyłączone są nieszczęśliwe wypadki, szkody i zdarzenia:
 - a) spowodowane przez Ubezpieczonego umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa, chyba że zapłata odszkodowania lub spełnienie świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności;
 - b) spowodowane działaniami wojennymi, zbrojnymi, zamieszkami, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem Ubezpieczonego w aktach terroru, przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - c) powstałe wskutek znajdowania się Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii lub podobnie działających leków, a niezalecanych przez lekarza; musi zachodzić związek przyczynowy pomiędzy zaistniałym nieszczęśliwym wypadkiem, szkodą lub zaistniałym zdarzeniem i użyciem wyżej wymienionych substancji przez Ubezpieczonego;
 - d) powstałe wskutek usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - e) powstałe wskutek uprawiania przez Ubezpieczonego sportów wysokiego ryzyka;
 - f) powstałe w trakcie pełnienia przez Ubezpieczonego zasadniczej służby wojskowej;
 - g) powstałe wskutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do kierowania tym pojazdem i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie miał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - h) powstałe w czasie ruchu pojazdu, gdy nie był on dopuszczony do ruchu, a w przypadku pojazdów podlegających rejestracji – gdy w chwili zaistnienia zdarzenia pojazd nie miał ważnego badania technicznego; musi zachodzić związek przyczynowy pomiędzy zaistniałym zdarzeniem a niedopuszczeniem pojazdu do ruchu albo brakiem badania technicznego pojazdu.

- 11.2. W przypadku śmierci rodzica Ubezpieczonego postanowienia pkt 11.1 stosujemy odpowiednio.
- 11.3. W przypadku świadczenia Ukąszenie przez kleszcza dodatkowo nie odpowiadamy za niespełnienie lub opóźnienie w realizacji świadczenia, gdy jego udzielenie było uniemożliwione lub opóźnione z powodu:
- a) działania siły wyższej, tj. trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru lub awarii urządzeń telekomunikacyjnych;
 - b) czynników nadzwyczajnych i od nas niezależnych, tj. strajki, niepokoje społeczne, ataki terrorystyczne, wojna, skutki promieniowania radioaktywnego, a także ograniczenia w poruszaniu się wprowadzone decyzjami władz administracyjnych, mogące powodować niemożliwość realizacji danych świadczeń.
- 11.4. W przypadku świadczenia Ukąszenie przez kleszcza dodatkowo nie odpowiadamy za:
- a) ukąszenie, do którego doszło przed rozpoczęciem naszej ochrony;
 - b) antybiotykoterapię, która została zalecona w związku z chorobą przewlekłą lub chorobą zdiagnozowaną przed rozpoczęciem naszej ochrony lub innym zdarzeniem niż ukąszenie przez kleszcza;
 - c) wszelkie skutki niezastosowania się Ubezpieczonego do decyzji lub zaleceń lekarza prowadzącego, innego lekarza bądź samowolne podejmowanie przez Ubezpieczonego decyzji sprzecznych z zaleceniami lekarza prowadzącego lub innego lekarza.
- 11.5. W przypadku świadczeń wizyty pielęgniarki lub wizyty ratownika medycznego, organizacji i pokrycia kosztów świadczeń zdrowotnych w postaci Telekonsultacji oraz świadczeń z zakresu Opieka plus nie odpowiadamy za niespełnienie lub opóźnienie w realizacji świadczenia, gdy jego udzielenie było uniemożliwione lub opóźnione z powodu:
- a) działania siły wyższej, tj. trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru lub awarii urządzeń telekomunikacyjnych;
 - b) czynników nadzwyczajnych i od nas niezależnych, tj. strajki, niepokoje społeczne, ataki terrorystyczne, wojna, skutki promieniowania radioaktywnego, a także ograniczenia w poruszaniu się wprowadzone decyzjami władz administracyjnych, mogące uniemożliwić realizację danych świadczeń.
- 11.6. W zakresie świadczeń organizacji i pokrycia kosztów wizyty pielęgniarki lub ratownika medycznego, organizacji i pokrycia kosztów świadczeń zdrowotnych w postaci Telekonsultacji oraz świadczeń z zakresu Opieka plus nie ponosimy odpowiedzialności i nie jesteśmy zobowiązani do realizacji świadczenia w przypadku:
- a) leczenia uzależnień,
 - b) diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności,
 - c) leczenia wad wrodzonych oraz ich następstw,
 - d) leczenia zakażeń wirusem HIV lub zespołu AIDS,
 - e) leczenia dentystycznego,
 - f) niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego współpracującego z naszym Partnerem Medycznym.
- 11.7. W przypadku ubezpieczenia Hejt w Internecie dodatkowo nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli Ubezpieczony udzielił pełnomocnictwa radcy prawnemu lub adwokatowi bez wiedzy i zgody naszego Centrum Alarmowego, a także nie ponosimy odpowiedzialności w związku z utratą przez Ubezpieczonego spodziewanego zysku lub korzyści, wynagrodzenia, kar umownych.
- 11.8. W przypadku ubezpieczenia Hejt w Internecie dodatkowo nie odpowiadamy w przypadku sporów:
- a) dotyczących naruszenia dobrego imienia lub prawa do prywatności Ubezpieczonego w innych mediach niż: blog, forum dyskusyjne, sieć społecznościowa lub strona internetowa;
 - b) dotyczących naruszenia dobrego imienia lub prawa do prywatności Ubezpieczonego za pośrednictwem mediów informacyjnych, tj. gazety internetowej, telewizji internetowej, radia internetowego;

- c) pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczonym;
- d) których przedmiotem jest prawo, które zostało przeniesione na Ubezpieczonego przez osoby trzecie lub scedowane na Ubezpieczonego przez osobę trzecią albo prawo, które Ubezpieczony realizuje dla osoby trzeciej.

11.9. W przypadku ubezpieczenia Hejt w Internecie nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów psychoterapii Ubezpieczonego.

11.10. W przypadku ubezpieczenia OC w życiu prywatnym dodatkowo nie odpowiadamy za szkody:

- a) powstałe w następstwie aktów wandalizmu lub sabotażu,
- b) wynikłe z przeniesienia jakichkolwiek chorób;
- c) powstałe wskutek umownego przejęcia przez Ubezpieczonego odpowiedzialności cywilnej osoby trzeciej albo wskutek rozszerzenia zakresu własnej odpowiedzialności cywilnej wynikającej z ustawy,
- d) związane z naruszeniem praw autorskich, patentów, znaków towarowych i oznaczeń,
- e) polegające na utracie lub uszkodzeniu pieniędzy i innych środków płatniczych, kart płatniczych, papierów wartościowych, wszelkich rodzajów dokumentów, zbiorów filatelistycznych, numizmatycznych, archiwalnych, biżuterii (w tym zegarków), dzieł sztuki,
- f) w mieniu, które Ubezpieczony posiadał na podstawie umowy najmu, dzierżawy, użyczenia, przechowania, leasingu lub innego tytułu umownego; wyłączenie to nie dotyczy szkód powstałych w wyniku ognia, wybuchu lub zalania ani szkód powstałych w sprzęcie sportowym, który Ubezpieczony posiadał na podstawie umowy najmu, dzierżawy lub użyczenia,
- g) objęte systemem ubezpieczeń obowiązkowych,
- h) polegające na obowiązku zapłaty kary umownej, grzywny, świadczenia o charakterze karnym oraz kary o charakterze pieniężnym,
- i) związane z hodowlą zwierząt do celów zarobkowych,
- j) wyrządzone przez jakiegokolwiek rodzaju wirusy komputerowe lub programy zakłócające pracę jakiegokolwiek programu, komputera, sieci, telefonu, niezależnie od przyczyn ich pojawienia się, w tym związane z dostępem do Internetu i korzystaniem z niego;
- k) wyrządzone osobom wspólnie zamieszkującym lub wspólnie prowadzącym gospodarstwo domowe (nie dotyczy roszczeń za szkody powstałe w związku z posiadaniem lub używaniem środka komunikacji określonego w pkt 5.4 lit. e), który na podstawie art. 436 kodeksu cywilnego jest mechanicznym środkiem komunikacji poruszany za pomocą sił przyrody),
- l) wyrządzone podmiotowi prowadzącemu działalność gospodarczą, jeżeli Ubezpieczony jest jego właścicielem, współwłaścicielem, udziałowcem lub akcjonariuszem.

12. Szczególne środki ograniczające – kogo dotyczą i kiedy możemy je zastosować

Niezależnie od innych postanowień umowy UNIQA nie jest zobowiązana do spełnienia jakichkolwiek świadczeń, w tym zapewnienia ochrony ubezpieczeniowej, zapłaty jakichkolwiek środków z tytułu roszczeń lub zapewnienia jakichkolwiek korzyści na podstawie tej umowy w zakresie, w jakim spełnienie tych świadczeń mogłoby skutkować złamaniem przez UNIQA sankcji gospodarczych, handlowych, finansowych i/lub embarga wynikających z prawa polskiego lub międzynarodowego, w tym przyjętych przez Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych, a także przez Stany Zjednoczone Ameryki lub inne państwa, chyba że jest to sprzeczne z przepisami prawa (w tym krajowego lub Unii Europejskiej) obowiązującymi UNIQA.

13. Zasady wypłaty i realizacji świadczeń i odszkodowań (łącznie dalej: świadczenia)

- 13.1. Ubezpieczony lub osoba uprawniona do otrzymania świadczenia zobowiązani są zawiadomić nas o nieszczęśliwym wypadku, szkodzi lub zdarzeniu, objętych naszą ochroną ubezpieczeniową, oraz dostarczyć żądane przez nas dokumenty niezbędne do ustalenia naszej odpowiedzialności i wysokości świadczenia.

- 13.2. Wszelkie dokumenty niezbędne do ustalenia naszej odpowiedzialności i wysokości świadczenia muszą być przedłożone w języku polskim.
- 13.3. Świadczenia wypłacamy w polskich złotych. Jeśli koszty podlegające zwrotowi na podstawie tych OWU są ponoszone w walucie obcej, to świadczenie wypłacamy w polskich złotych według kursu średniego walut obcych ogłaszanego przez NBP, obowiązującego w dniu zajścia zdarzenia.
- 13.4. Pamiętaj, że wypłata świadczenia pomniejsza sumy ubezpieczenia i sumę gwarancyjną (redukcyjna suma ubezpieczenia i suma gwarancyjna).
- 13.5. Świadczenie wypłacamy w terminie:
- a) 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym ochroną ubezpieczeniową,
 - b) a jeśli w wyżej wymienionym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia jest niemożliwe, świadczenie wypłacamy w terminie 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe; bezsporną część świadczenia wypłacimy w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym ochroną ubezpieczeniową.
- 13.6. Świadczenie z umowy ubezpieczenia wypłacamy Ubezpieczonemu, a w przypadku ubezpieczenia OC w życiu prywatnym – osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia.
- 13.7. W przypadku śmierci Ubezpiezonego świadczenie wypłacamy:
- a) osobie lub osobom wskazanym przez Ubezpiezonego jako uprawnione do otrzymania świadczenia;
 - b) w przypadku braku osób wymienionych w lit. a), uprawnionymi do otrzymania świadczenia są wymienione niżej osoby w następującej kolejności:
 - i. małżonek Ubezpiezonego, a w razie jego braku
 - ii. dzieci Ubezpiezonego w równych częściach, a w razie ich braku
 - iii. rodzice Ubezpiezonego w równych częściach, a w razie ich braku
 - iv. rodzeństwo Ubezpiezonego w równych częściach, a w razie jego braku
 - v. spadkobiercy Ubezpiezonego zgodnie z zasadami dziedziczenia.
- 13.8. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpiezonego lub która zmarła przed Ubezpieczonym.

14. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

- 14.1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia wskazanego w polisie.
- 14.2. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, masz prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy nie poinformowaliśmy Cię o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
- 14.3. Możesz wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w dowolnym czasie z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia.
- 14.4. Jeśli jesteś konsumentem, a umowa ubezpieczenia została zawarta na odległość, możesz od niej odstąpić w terminie 30 dni od dnia poinformowania Cię o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.
- 14.5. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie możesz nam przekazać w dowolnej formie, tj. na piśmie, a także telefonicznie lub drogą elektroniczną. W przypadku składania oświadczenia na piśmie termin uważa się za zachowany, jeżeli oświadczenie zostało wysłane przed jego upływem.
- 14.6. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Cię z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

15. Roszczenia zwrotne

- 15.1. Z chwilą wypłaty świadczenia roszczenia Ubezpiezonego względem osób trzecich, odpowiedzialnych za spowodowanie szkody, przechodzą na nas do wysokości wypłaconego świadczenia.
- 15.2. Nie przechodzą na nas roszczenia regresowe (zwrotne) Ubezpiezonego w stosunku do osób, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
- 15.3. Jeśli Ubezpieczony zrzekł się roszczeń o odszkodowanie w stosunku do osoby odpowiedzialnej za szkodę lub wyraził zgodę na jego zmniejszenie, możemy odmówić wypłaty świadczenia lub odpowiednio je zmniejszyć. Jeśli fakt zrzeczenia się lub ograniczenia roszczeń przez Ubezpiezonego ujawnił się po wypłacie świadczenia, przysługuje nam prawo do dochodzenia od osoby, której wypłacono świadczenie, zwrotu całości lub stosownej części wypłaconego świadczenia.

16. Sposób dochodzenia roszczeń

- 16.1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania, poinformujemy o tym fakcie Ciebie lub Ubezpiezonego, jeżeli nie jesteście osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmujemy postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia. Informujemy również osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
- 16.2. Jeżeli w terminach określonych w pkt 13.5 nie wypłacimy świadczenia, zawiadamiamy pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpiezonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli Ubezpieczony nie jest osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a także wypłacamy bezsporną część świadczenia. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, informujemy o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpiezonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli Ubezpieczony nie jest osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Nasza informacja zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

17. Co rozumiemy przez pojęcia użyte w OWU?

- 17.1. **Centrum Alarmowe** – podmiot zajmujący się organizacją i świadczeniem usług określonych w OWU w zakresie świadczeń Ukąszenie przez kleszcza i Hejt w Internecie; Centrum Alarmowe czynne jest 24 godziny na dobę pod numerem telefonu +48 22 599 91 86 (koszt połączenia według taryfy operatora);
- 17.2. **choroba zdiagnozowana** – choroba, która została rozpoznana i ujawniona w dokumentacji medycznej przez lekarza lub lekarza dentystę, przy czym rozpoznanie może być zapisane także w formie akronimu albo pod postacią aktualnie obowiązującego kodu ICD (Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych);
- 17.3. **dzień roboczy** – każdy dzień roboczy od poniedziałku do piątku włącznie, nie obejmuje weekendów i dni ustawowo wolnych od pracy.
- 17.4. **konsultacja prawna** – udzielenie informacji o powszechnie obowiązujących przepisach prawa polskiego, o dotychczasowym orzecznictwie oraz o doktrynie w zakresie zgłoszonego przez Ubezpiezonego problemu prawnego; konsultacja prawna nie obejmuje analizy dokumentów;
- 17.5. **koszty leczenia poniesione na leczenie skutków nieszczęśliwego wypadku i niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty:**
- a) pobytu w szpitalu,
 - b) badań, zabiegów ambulatoryjnych, operacji,
 - c) wizyt lekarskich,

- d) transportu medycznego Ubezpieczonego do szpitala, ambulatorium;
- 17.6. **koszty rehabilitacji** – koszty poniesione na rehabilitację skutków nieszczęśliwego wypadku zaleconą przez lekarza;
- 17.7. **lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu;
- 17.8. **my** – UNIQA TU S.A., czyli Ubezpieczyciel;
- 17.9. **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie powstałe w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, wywołane przyczyną zewnętrzną (w tym spowodowane przez zwierzęta, np. pogryzienia przez psa, ukąszenia lub użądlenia), niezależne od woli ani od stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz odpowiednio rodzica Ubezpieczonego; za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia, pochylenia, a także zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet jeśli wystąpiły nagle;
- 17.10. **opinia prawna** – udzielenie pisemnej informacji dotyczącej zastosowania obowiązujących norm prawa polskiego w przedstawionym przez Ubezpieczonego stanie faktycznym; opinia prawna obejmuje także weryfikację przedstawionych przez Ubezpieczonego dokumentów w zakresie ich poprawności oraz wskazania zagrożeń prawnych dla Ubezpieczonego;
- 17.11. **Partner Medyczny** – podmiot współpracujący z nami, zajmujący się organizacją i świadczeniem usług określonych w OWU w zakresie: organizacji i pokrycia kosztów świadczeń zdrowotnych w postaci Telekonsultacji, organizacji i pokrycia kosztów wizyty pielęgniarki lub ratownika medycznego oraz świadczeń realizowanych w ramach świadczenia Opieka plus; infolinia Partnera Medycznego jest dostępna pod numerem telefonu +48 22 357 40 47 (koszt połączenia według taryfy operatora).
- 17.12. **platforma internetowa** – oznacza aplikację internetową naszego Partnera Medycznego dostępną pod adresem uniqa.telemedi.com, stanowiącą część systemu teleinformatycznego, umożliwiającą Ubezpieczonemu kontakt z lekarzami, którzy świadczą telekonsultacje, a także transfer danych pomiędzy nimi z użyciem środków komunikacji elektronicznej.
- 17.13. **pobyt w szpitalu** – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na terenie całego świata spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, który był niezbędny z leczniczego punktu widzenia i został potwierdzony w dokumentacji medycznej oraz rozpoczął się w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej; w rozumieniu tych OWU okres pobytu w szpitalu rozpoczyna się w momencie przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala, a kończy w momencie wypisania Ubezpieczonego ze szpitala; wpis i wypis ze szpitala nie mogą mieć miejsca tego samego dnia;
- 17.14. **poważne zachorowanie** – jeden z poniżej wymienionych stanów powodujący zaburzenie czynności organizmu lub życiowo ważnego narządu, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej; poważne zachorowanie musi być potwierdzone wymaganą przez prawo dokumentacją medyczną sporządzoną przez lekarza, który posiada nieograniczone prawo wykonywania zawodu i prowadzi leczenie i diagnostykę Ubezpieczonego w zakresie poważnego zachorowania; poważne zachorowania to:
- a) **COVID-19** – ostra choroba zakaźna układu oddechowego wywołana wirusem SARS-CoV-2, skutkująca wystąpieniem u Ubezpieczonego przynajmniej jednego z poniższych powikłań:
- ostra niewydolność oddechowa wymagająca tlenoterapii,
 - posocznica;
- wyłączeniu naszej odpowiedzialności podlegają przypadki niewymagające hospitalizacji;
- b) **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;
- c) **inwazyjna choroba pneumokokowa (ICHp)** – pierwotne zakażenie wywołane przez pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae*), o dużym nasileniu objawów chorobowych, występujące u Ubezpieczonego, przebiegające pod postacią chorób

o charakterze miejscowym lub uogólnionym; zakresem ubezpieczenia objęte są przypadki ciężkich zakażeń inwazyjnych: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, kości i szpiku, stawów, wsierdza, osierdza, otrzewnej, ucha środkowego, sepsa pneumokokowa lub ciężkie przypadki zakażeń inwazyjnych pozostawiające trwałe następstwa pod postacią utraty słuchu, zaburzeń procesu uczenia się, opóźnień w nauce mowy, porażeń lub innych ubytków neurologicznych; z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: 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;

- d) **łagodny guz mózgu** – niezłośliwy rozrost tkanki ograniczony do opon mózgowych, mózgu lub nerwów czaszkowych i znajdujący się wewnątrz mózgowiczaszki; guz ten powinien być leczony poprzez:

- usunięcie chirurgiczne lub
- stereotaktyczną radiochirurgię, lub
- radioterapię,
- gamma knife,

jeśli żadna z wyżej wskazanych opcji leczenia nie jest możliwa ze względów medycznych, guz musi powodować trwałe deficyty neurologiczne, których występowanie udokumentowano przez co najmniej 3 miesiące od dnia rozpoznania; rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę z zakresu neurologii lub neurochirurgii w oparciu o wyniki badań obrazowych i – w miarę możliwości – o wynik badania histopatologicznego; ubezpieczeniem nie jest objęte diagnozowanie i leczenie guzów o typie hamartoma, ziarniniaków, torbieli ani guzów przysadki czy malformacji naczyńniowych mózgu;

- e) **niewydolność nerek** – nieodwracalne i równoczesne ustanie funkcji obydwu nerek (niewydolność nerek), charakteryzujące się wskaźnikiem filtracji kłębuszkowej mniejszym niż 10 ml/min i wymagające stałej dializy lub przeszczepu nerki; prawo do świadczenia ubezpieczeniowego powstaje z upływem 30. dnia życia Ubezpieczonego, licząc od dnia rozpoczęcia regularnej dializoterapii lub od dnia dokonania przeszczepu nerki; dializoterapia lub dokonanie przeszczepu nerki muszą być potwierdzone stosowną dokumentacją medyczną;

- f) **niewydolność wątroby** – krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem; rozpoznanie niewydolności wątroby wymaga potwierdzenia dokumentacją medyczną; za stan przewlekły uważa się co najmniej 6-miesięczny okres trwania choroby będącej przyczyną krańcowej niewydolności wątroby, liczony od dnia jej zdiagnozowania;

- g) **nowotwór złośliwy** – choroba, która objawia się obecnością złośliwego guza, który charakteryzuje się niekontrolowanym rozrostem i rozprzestrzenia złośliwe komórki nowotworowe, a także naciekaniem zdrowych tkanek; do nowotworów zalicza się również białaczki i wszystkie złośliwe nowotwory układu limfatycznego: choroba Hodgkina (ziarnica złośliwa); rozpoznanie nowotworu musi być potwierdzone badaniem histopatologicznym;

ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

- nowotworów łagodnych, w tym odizolowanych łagodnych guzów w gruczole mlecznym,
- nowotworów nieinwazyjnych i przedinwazyjnych – carcinoma in situ (Tis) w jakimkolwiek stadium, w tym dysplazja szyjki macicy w jakimkolwiek stadium CIN,
- nowotworu gruczołu krokowego w stadium 1 (T1a, 1b, 1c),
- odizolowanych łagodnych guzów w gruczole mlecznym,
- żadnych nowotworów skóry i błony śluzowej,
- złośliwego czerniaka w stadium 1A (T1a N0 M0),
- żadnych nowotworów przy współistniejącym zakażeniu HIV;

- prawo do świadczenia ubezpieczeniowego powstaje z upływem 30. dnia życia Ubezpieczonego, licząc od dnia postawienia diagnozy przez specjalistyczną klinikę lub lekarza specjalistę w zakresie onkologii, na podstawie badania histopatologicznego i przyporządkowania zachorowania do międzynarodowej klasyfikacji nowotworów (TNM);
- h) **sepsa (sepsis)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej powstały w wyniku krwioopochodnego rozsiewu 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 tych OWU za sepsę uznaje się też rozwijający się w jej przebiegu wstrząs septyczny; z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: bakteriemia, wiremia i fungemia oraz przypadki sepsy wtórnej, rozwijającej się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych lub urazach; jednoznaczne rozpoznanie sepsy winno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie;
- i) **śpiączka** – stan nieprzytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne potrzeby, który oceniany według skali śpiączki Glasgow daje wynik 8 albo mniejszy przez co najmniej 96 godzin oraz wymaga użycia systemów podtrzymujących życie i skutkuje utrzymującymi się ubytkami (deficytami) neurologicznymi, które muszą być ocenione przez lekarza specjalistę z zakresu neurologii po upływie co najmniej 30 dni od chwili rozpoczęcia śpiączki; odpowiedzialność ubezpieczyciela nie dotyczy śpiączki wywołanej w celach leczniczych oraz spowodowanej samouszkodzeniem, zatruciem etanolem lub użyciem narkotyków;
- j) **udar mózgu** – trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej, powodujące powstanie ubytków neurologicznych utrzymujących się ponad 24 godziny, spowodowane niedokrwieniem lub zawałem tkanki mózgowej, zatorem lub krwotokiem wewnątrzczaszkowym, mające miejsce w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej; termin ten nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia wewnątrzczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem ani epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu;
- k) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu dla wszystkich dźwięków jako rezultat ostrej choroby; dokumentacja medyczna musi być poparta właściwą konsultacją specjalisty (laryngolog), włączając badanie audiometrii tonalnej oraz badanie progę słyszenia; z odpowiedzialności wyłączone są przypadki utraty słuchu, które mogą być skorygowane przez stosowanie procedur terapeutycznych;
- l) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w obydwu oczach, która powstała w następstwie niespodziewanej choroby lub wypadku; całkowita utrata wzroku musi być potwierdzona wynikami odpowiednich badań oftalmologicznych i trwać nieprzerwanie przynajmniej 6 tygodni;
- m) **zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – pierwotne 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 w aktualnej klasyfikacji ICD (Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych);
- n) **zawał serca** – zdiagnozowanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu typowego 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, ze współistnieniem co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - jeden z następujących objawów EKG, wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
- 17.15. **rodzic Ubezpieczonego** – osoba posiadająca w chwili zajścia nieszczęśliwego wypadku władzę rodzicielską nad Ubezpieczonym lub opiekun Ubezpieczonego ustanowiony przez sąd; za rodzica uważa się również ojca lub matkę dziecka, które ukończyło 18. rok życia a nie ukończyło 26. roku życia, pomimo ustania władzy rodzicielskiej nad dzieckiem;
- 17.16. **sporty wysokiego ryzyka** – sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi, a także działania w warunkach podwyższonego ryzyka, tj. użycia broni białej lub palnej (z wyłączeniem szermierki), przebywania w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, lodowa, speleologia, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazda po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe; sporty motorowe i motorowodne, jazda quadami, jazda off road, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu na głębokość większą niż 10 m, sporty spadochronowe, sporty walki, tj.: mieszane sztuki walki (MMA), kick-boxing, krav maga, sambo, boks tajski (muay thai);
- 17.17. **suma ubezpieczenia, suma gwarancyjna** – określona w polisie kwota, stanowiąca górną granicę naszej odpowiedzialności, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia, dla którego ta kwota została ustalona;
- 17.18. **szkoda** – szkoda osobowa lub szkoda rzeczowa;
- 17.19. **szkoda osobowa** – szkoda powstała wskutek śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, a także utracone korzyści, które poszkodowany mógłby osiągnąć, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
- 17.20. **szkoda rzeczowa** – szkoda powstała wskutek utraty, uszkodzenia lub zniszczenia rzeczy, a także utracone korzyści, które poszkodowany mógłby osiągnąć, gdyby nie doszło do utraty, uszkodzenia lub zniszczenia rzeczy;
- 17.21. **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot leczniczy wykonuje przez całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu i pielęgnacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczenia te nie mogą się odbywać w innym miejscu (np. w przychodni czy ambulatorium); za szpital nie uznajemy:
- zakładu lecznictwa uzdrowiskowego (m.in. szpitala uzdrowiskowego),
 - podmiotu leczniczego lub jego przedsiębiorstwa, które rehabilituje pacjentów – dotyczy to także rehabilitacji uzdrowiskowej, opieki paliatywnej lub hospicyjnej,
 - zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego,
 - zakładu opiekuńczo-leczniczego,
 - domu opieki społecznej,
 - placówek, które leczą pacjentów z alkoholizmu i innych uzależnień, nawet jeśli podmioty te świadczą całodobowe kompleksowe świadczenia zdrowotne, które polegają na diagnozowaniu, leczeniu i pielęgnacji;
- 17.22. **śmierć w następstwie udaru mózgu** – śmierć części mózgu w następstwie wewnątrzmoźgowego krwawienia albo zakrzepu lub zatoru, który zatkał naczynie mózgowe i został wskazany jako przyczyna zgonu w karcie zgonu lub protokole badania sekcyjnego;
- 17.23. **śmierć w następstwie zawału serca** – martwica części mięśnia sercowego w następstwie nagłego przerwania przepływu krwi przez jedną lub kilka tętnic wieńcowych, co zostało wskazane

jako przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcyjnego;

- 17.24. **środki pomocnicze** – elementy wspomagające leczenie następstw nieszczęśliwego wypadku, zalecone przez lekarza: gorsety, protezy, kule, stabilizatory, aparaty ortopedyczne, wózki inwalidzkie; za środki pomocnicze uznajemy również okulary korekcyjne, przy czym zakres ubezpieczenia obejmuje zwrot kosztów naprawy używanych okularów korekcyjnych albo nabycia nowych, jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku dojdzie do uszkodzenia lub zniszczenia używanych przez Ubezpieczonego okularów korekcyjnych oraz uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, za które przyjmujemy odpowiedzialność zgodnie z pkt 2.2 lit c);
- 17.25. **Tabela** – tabela uszkodzeń ciała, która stanowi Załącznik nr 1 do tych OWU;
- 17.26. **Ty (Ubezpieczający)** – osoba fizyczna mająca stałe miejsce zamieszkania w Polsce, która zawarła z nami umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do zapłaty składki;
- 17.27. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na której rachunek zawarto umowę ubezpieczenia, będąca dzieckiem lub młodzieżą, która w chwili zawierania umowy ubezpieczenia nie ukończyła 18. roku życia, lub osoba fizyczna która w chwili zawierania umowy ubezpieczenia ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 26. roku życia, będąca: uczniem, studentem, doktorantem lub słuchaczem placówki oświatowo-wychowawczej;
- 17.28. **ukąszenie przez kleszcza** – naruszenie tkanki skóry przez kleszcza;
- 17.29. **uraz** – uszkodzenie narządu ruchu, w wyniku którego Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie skierowaniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga rehabilitacji;
- 17.30. **Usługodawca** – podmiot posiadający odpowiednie kompetencje i uprawnienia umożliwiające świadczenie na rzecz Ubezpieczonego specjalistycznych usług doradczych w związku z realizacją świadczeń pomocy prawnej – adwokat, radca prawny, biegły, rzeczoznawca, tłumacz;
- 17.31. **uszkodzenie ciała** – następstwa nieszczęśliwego wypadku wymienione w Tabeli;
- 17.32. **wada wrodzona** – nieprawidłowość rozwojowa dotycząca narządu lub części ciała, nabyta w życiu płodowym, pojedyncza lub mnoga, która doprowadziła do zmian morfologicznych danego narządu, narządów lub części ciała, zakwalifikowana według ICD-10 w rozdziale XVII „Wady rozwojowe wrodzone, niekształcenia i aberracje chromosomowe” (Q00–Q99);
- 17.33. **wyczynowe uprawianie sportu** – forma działalności Ubezpieczonego podejmowana dobrowolnie w drodze rywalizacji dla uzyskania maksymalnych wyników sportowych podczas zajęć szkolnych lub pozaszkolnych, jak również w życiu prywatnym lub w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych lub stowarzyszeń;
- 17.34. **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
- a) kierowca bądź pasażer quada, wyłącznie na drodze publicznej, lub jako kierowca bądź pasażer samochodu, motoroweru, skutera, autobusu, pojazdu szynowego, lub rowerzystą bądź pieszego w rozumieniu prawa o ruchu drogowym;
 - b) pasażer statku morskiego, promu morskiego lub pasażerskiego statku powietrznego.

REKLAMACJE

18. Kiedy możesz złożyć reklamację?

- 18.1. W każdym przypadku osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub osobą uprawnioną z umowy ubezpieczenia, a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamację.
- 18.2. W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do nas, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia składane przez osoby fizyczne będące

klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierające zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie, który niezwiązany jest z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.

- 18.3. W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do nas, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia dotyczące brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierające zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie, który niezwiązany jest z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.

19. Jak możesz złożyć reklamację?

- 19.1. Reklamację na świadczone przez nas usługi możesz złożyć:
- a) elektronicznie poprzez formularz na stronie unika.pl/reklamacje;
 - b) ustnie:
 - telefonicznie pod numerem naszej infolinii +48 22 599 95 22,
 - osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie;
 - c) na piśmie:
 - osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie,
 - przesyłką pocztową na adres: 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51,
 - na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w ustawie z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów jako rejestru publicznego prowadzonego przez ministra właściwego do spraw informatyzacji, tj. AE:PL-71235-46013-CSHSF-26.
- 19.2. Złożenie reklamacji niezwłocznie po ustaleniu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
- 19.3. W przypadku gdy nie posiadamy danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, w przypadku osoby prawnej lub spółki nieposiadającej osobowości prawnej – firmę i adres siedziby, adres do korespondencji, adres e-mail (w razie wyboru takiej formy kontaktu).

20. Jak udzielimy Ci odpowiedzi na reklamację?

- 20.1. Odpowiedzi na reklamację udzielamy na piśmie, w tym mejlowo. Jeżeli jesteś osobą fizyczną i chcesz otrzymać odpowiedź na reklamację mejlowo, poinformuj nas o tym.
- 20.2. Odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.
- 20.3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć reklamacji i udzielić na nią odpowiedzi w terminie 30 dni, osobę, która złożyła reklamację, poinformujemy o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.

21. A co, jeśli nie zgadzasz się z naszą odpowiedzią na reklamację?

- 21.1. Jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację nie zgadza się z naszą odpowiedzią na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
- 21.2. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowych

wego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa; www.rf.gov.pl).

21.3. Można również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko nam. Powództwo można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby:

- a) Twojej,
- b) osoby uprawnionej,
- c) spadkobiercy Ubezpieczonego,
- d) spadkobiercy osoby uprawnionej.

21.4. Jeśli jesteś konsumentem, masz także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.

21.5. Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

22. Kto może złożyć skargę lub zażalenie?

Podmioty, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z pkt 18–21, mogą złożyć skargę lub zażalenie. Do skarg i zażeń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia pkt 19, 20.1, 20.2 i 21.4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć skargi lub zażenia i udzielić odpowiedzi w terminie 30 dni, osobę, która je złożyła, poinformujemy w tym terminie o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na skargę lub zażalenie udzielimy nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

23.1. Wszelkie zawiadomienia i wyjaśnienia mogą być dokonywane w rozmowie telefonicznej rejestrowanej i archiwizowanej przez nas, drogą elektroniczną (skan dokumentu) lub w formie pisemnej.

23.2. W sprawach, których nie regulują OWU ani umowa ubezpieczenia, stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.

23.3. OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 2/11/06/2024 z 11 czerwca 2024 r.

OBOWIĄZKI INFORMACYJNE

Obowiązki informacyjne wynikają z art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, dlatego informujemy, że:

1.1. UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (dalej: my) ma siedzibę w Warszawie, przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa, i jest wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000271543. UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. uzyskała zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej oraz działalności reasekuracyjnej zezwoleniem Ministra Finansów z dnia 4 września 2000 r. nr FI/79/AU/IB/98, decyzją Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 19 grudnia 2006 r. nr NU/DPL/401/41/58/06/WR oraz decyzją Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 17 grudnia 2008 r. nr DNS/602/75/15/08/JK.

1.2. Umowę ubezpieczenia regulują Ogólne warunki ubezpieczenia szkolnego zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 2/11/06/2024 z 11 czerwca 2024 r.

1.3. Istotą naszych świadczeń jest zapewnienie ochrony ubezpieczeniowej, a w razie zaistnienia przewidzianego w umowie zdarzenia wypłacenie świadczenia, a także organizacja, pokrycie kosztów pomocy. Ochrona ubezpieczeniowa świadczona jest w poniższym zakresie, w zależności od wybranego przez Ciebie wariantu:

- a) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego
- b) następstwa nieszczęśliwych wypadków, udaru mózgu, zawału serca Ubezpieczonego,
- c) następstwa nieszczęśliwych wypadków doznane przez rodzica Ubezpieczonego,
- d) zdrowie Ubezpieczonego,

- e) dobro osobiste Ubezpieczonego w postaci dobrego imienia lub prawa do prywatności,
- f) odpowiedzialność cywilna Ubezpieczonego w życiu prywatnym, z zastrzeżeniem pkt 2.5,

g) świadczenia zdrowotne,
Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy następujące zdarzenia, w zależności od wybranego przez Ciebie wariantu:

- a) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego,
- b) śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu, zawału serca,
- c) uszkodzenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku,
- d) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- e) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu nie będący następstwem nieszczęśliwego wypadku,
- f) zwrot kosztów leczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- g) zwrot kosztów rehabilitacji w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- h) zwrot kosztów nabycia protez, nabycia lub wypożyczenia innych środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- i) śmierć rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- j) zdiagnozowanie poważnego zachorowania,
- k) ukąszenie przez kleszcza,
- l) organizacja i pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych w postaci Telekonsultacji,
- m) organizacja i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki lub ratownika medycznego.

Wszelkie wątpliwości oraz szczegóły dotyczące istoty świadczenia możesz wyjaśnić z naszym pracownikiem call center, dzwoniąc pod numer +48 22 599 95 22 (koszt połączenia według taryfy operatora) bądź odwiedzając stronę internetową uniqa.pl.

1.4. Składka ubezpieczeniowa, która powinna zostać nam zapłacona, wyliczana jest bądź przez doradcę w trakcie trwania rozmowy telefonicznej, naszego agenta ubezpieczeniowego, bądź we własnym zakresie z wykorzystaniem kalkulatora dostępnego na stronie internetowej. Składka wyliczana jest na podstawie deklaracji ryzyka, a w szczególności informacji przekazanych podczas zawierania umowy ubezpieczenia oraz zgodnie z taryfą, z uwzględnieniem aktualnych promocji.

1.5. Składka płatna jest jednorazowo. Składkę należy opłacić w terminie i w sposób określony podczas zawierania umowy ubezpieczenia.

1.6. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres wskazany w polisie, w którym to okresie, w zamian za zapłacenie składki, zapewniamy ochronę ubezpieczeniową w zakresie wynikającym z zawartej umowy ubezpieczenia.

1.7. Przysługuje Ci prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia poinformowania Cię o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia aktualnie przekazywanych informacji – jeżeli jest to termin późniejszy. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia możesz nam przekazać w dowolnej formie, tj. na piśmie, ale także telefonicznie lub elektronicznie. W przypadku składania oświadczenia na piśmie termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.

W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia istnieje obowiązek zapłacenia wyłącznie części składki obliczonej proporcjonalnie za każdy dzień świadczonej przez nas ochrony ubezpieczeniowej.

1.8. Koszt połączenia z numerem infolinii Ubezpieczyciela (+48 22 599 95 22) lub naszego Centrum Alarmowego (+48 22 599 91 86), Partnera Medycznego (tel. +48 22 357 40 47) jest ponoszony przez dzwoniącego, zgodnie z taryfą danego operatora.

1.9. Informacja o wysokości składki ustalona w trakcie rozmowy z naszym doradcą, agentem ubezpieczeniowym lub wyliczona przy użyciu kalkulatora dostępnego na stronie uniqa.pl jest aktualna

przez okres 30 dni, nie później jednak niż do dnia wskazanego w ofercie zawarcia umowy ubezpieczenia jako dzień jej ważności, o ile do tego czasu nie nastąpiły istotne zmiany wpływające na szacowanie ryzyka w zakresie danych podanych podczas zawierania umowy ubezpieczenia.

- 1.10. W każdym przypadku osoba zainteresowana może wnosić do nas skargi, reklamacje i zażalenia. Szczegółowe zasady zgłaszania reklamacji, skarg lub zażaleń dostępne są w ogólnych warunkach ubezpieczenia, jak również na stronie uniqa.pl. Możliwe jest również skierowanie pisemnej skargi do Rzecznika Finansowego oraz Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumentów. Ponadto informujemy, że istnieje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów między konsumentami a przedsiębiorcami drogą elektroniczną, za pośrednictwem platformy internetowej ODR Unii Europejskiej. Platforma umożliwia dochodzenie roszczeń wynikających z umów zawieranych przez Internet (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE) między konsumentami mieszkającymi w UE a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w UE. Platforma znajduje się na stronie: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.
- 1.11. Informujemy, że Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny działa na zasadach określonych w ustawie z dnia 22 maja 2003 r.

o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

- 1.12. Językiem stosowanym w relacjach z konsumentem jest język polski.
- 1.13. Prawem właściwym, stanowiącym podstawę naszych stosunków z konsumentem przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak również właściwym dla zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, jest prawo polskie.
- 1.14. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa; www.rf.gov.pl).
- 1.15. Wszelkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia będą rozpatrywane na następujących zasadach: powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia; 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.

ZAŁĄCZNIK NR 1 – TABELA USZKODZEŃ CIAŁA

A. USZKODZENIA GŁOWY		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
1. Uszkodzenia powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):		
a) rany skóry owłosionej głowy od 2 do 6 cm długości	1	
b) rany powyżej 6 do 10 cm długości	3	
c) rany powyżej 10 cm długości	8	
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) powyżej 10 do 50 cm ²	10	
d) powyżej 50 cm ²	20	
4. Rozpoznane wstrząśnienie mózgu w następstwie urazu czaszkowo-mózgowego:		
a) z hospitalizacją od 1 do 2 dni	1	
b) z hospitalizacją od 3 do 5 dni	2	
c) z hospitalizacją od 6 do 10 dni	5	
d) z hospitalizacją powyżej 10 dni	10	
5. Urazy śródczaszkowe		
a) krwiak śródczaszkowy pourazowy, potwierdzony w badaniach obrazowych mózgu (TK, RM) leczony zachowawczo	10	
b) krwiak śródczaszkowy pourazowy leczony operacyjnie	20	
c) krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o czasowej niezdolności do pracy na ponad 12 miesięcy	30	
d) krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy	60	
e) krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji	100	
f) zaburzenia mowy związane z urazem czaszkowo-mózgowym – afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agramią i aleksją	80	
g) zaburzenia mowy związane z urazem czaszkowo-mózgowym – afazja całkowita motoryczna	60	
6. Uszkodzenia nerwów ruchowych:		
a) błoczkowy, dodatkowy, podjęzykowy	2	
b) okoruchowy, odwodzący, trójdzielny, twarzowy, błędny, językowo-gardłowy	3	
B. USZKODZENIA TWARZY		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
7. Uszkodzenia powłok twarzy (rany i ubytki):		
a) rany skóry twarzy od 2 do 5 cm długości	1	

b) rany skóry twarzy powyżej 5 do 10 cm długości	3
c) rany skóry twarzy powyżej 10 cm długości	10
d) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	5
8. Uszkodzenia nosa:	
a) złamanie kości nosa i przegrody nosa wieloodłamowe, z przemieszczeniem	5
b) złamanie kości przegrody nosa i przegrody nosa z przemieszczeniem	2
c) inne złamania kości przegrody nosa lub przegrody nosa bez przemieszczenia	1
d) utrata części nosa operowana rekonstrukcyjnie	7
e) utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	30
9. Utrata zębów stałych	
a) utrata siekaczy i kłów (za każdy ząb)	
i) co najmniej korona	3
ii) utrata częściowa	1
b) utrata pozostałych zębów	
i) co najmniej korona	1
ii) utrata częściowa	0,5
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	1
b) częściowa utrata języka	3
c) całkowita utrata języka	50
C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU	
Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
15. Porażenia nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
a) jednego oka	15
b) obu oczu	30
16. Uszkodzenia gałki ocznej wskutek urazów tępych, drążących, urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:	

a) bez zaburzeń ostrości wzroku – z potwierdzeniem dodatniego testu barwienia rogówki (fluoresceiną lub innym barwnikiem) lub koniecznością leczenia okulistycznego z minimum 3 wizytami u specjalisty okulisty	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 (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 (NIE PODLEGAJĄ SUMOWANIU)	
Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
23. Urazy małżowiny usznej:	
a) rany	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. Uszkodzenia ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, ucha wewnętrznego:	
a) bez utraty słuchu, jednostronne	1

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. POURAZOWE USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZĘŁYKU	
Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
26. Uszkodzenia gardła, tchawicy leczone operacyjnie	
	7
27. Uszkodzenie krtani:	
a) pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawicznej	5
b) powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawicznej	30
28. Uszkodzenie przełyku:	
a) leczone operacyjnie	7
b) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	35
29. Uszkodzenia skóry szyi:	
a) rany skóry do 2 cm długości	0,5
b) rany skóry od 2 do 7 cm długości	1
c) rany skóry powyżej 7 cm długości	3
d) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	2
F. USZKODZENIA KŁATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA	
Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
30. Uszkodzenia części miękkich klatki piersiowej, plevców, grzbietu:	
a) rany skóry od 5 do 10 cm długości	1
b) rany skóry powyżej 10 cm długości	2
c) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	1
31. Uszkodzenia 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
32. 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

33. Złamania mostka:	
a) bez przemieszczenia, wygojone bez deformacji	1
b) bez przemieszczenia, wygojone z deformacją	2
c) z przemieszczeniem	4
d) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem	6
34. Uszkodzenia 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
35. Uszkodzenia serca lub osierdzia:	
a) uszkodzenia serca wymagające nakłucia osierdzia	10
b) uszkodzenia serca lub osierdzia leczone operacyjnie	30
36. Uszkodzenia przepony leczone operacyjnie	10
G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
37. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej:	
a) rany skóry od 5 do 10 cm długości	1
b) rany skóry powyżej 10 cm długości	2
c) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	1
d) rany brzucha leczone operacyjnie z otwarciem jamy otrzewnowej	5
38. Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:	
a) leczone operacyjnie, bez utraty narządów jamy brzusznej	5
b) utrata części żołądka, jelita cienkiego lub grubego	10
39. Uszkodzenia 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
40. Uszkodzenia odbytnicy, odbytu, zwieracza odbytu:	
a) uszkodzenia zaopatrzone chirurgicznie lub operacyjnie	4
b) uszkodzenia wymagające odbytu sztucznego	15
41. Uszkodzenia śledziony:	
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata całkowita śledziony	15
42. Uszkodzenia 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
43. Uszkodzenia 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, przy działającej prawidłowo drugiej nerce	25
e) utrata całkowita nerki, przy działającej z zaburzeniami drugiej nerce	30
f) utrata obu nerek	100
44. Uszkodzenie moczowodu:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone endoskopowo, operacyjnie	5
c) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
45. Uszkodzenia pęcherza moczowego:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone operacyjnie	10
c) utrata całkowita pęcherza	50
46. Uszkodzenia cewki moczowej:	
a) leczone zachowawczo	1
b) leczone endoskopowo	5
c) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
47. Uszkodzenia prącia:	
a) rany	2
b) uszkodzenia leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	5
c) częściowa utrata prącia	20
d) całkowita utrata prącia	40
48. Uszkodzenia 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
49. Utrata macicy	30
50. Pourazowe uszkodzenia krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy:	
a) rany skóry	2
b) uszkodzenia mięśni lub powięzi, zaopatrzone chirurgicznie	7
c) uszkodzenia leczone operacyjnie lub rekonstrukcyjnie	15
I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
51. Uszkodzenia kręgosłupa szyjnego:	
a) skręcenie bez unieruchomienia	1
b) skręcenie z unieruchomieniem	2

c) zwichnięcie	4
d) złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
e) złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
f) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%.	
52. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th10):	
a) skręcenie	1
b) zwichnięcie	2
c) złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	4
d) złamanie trzonów lub 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%.	
53. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11–L5):	
a) skręcenie	2
b) zwichnięcie	4
c) złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
d) złamanie trzonów lub 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%.	
54. Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	
a) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), leczone zachowawczo	10
b) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), leczone operacyjnie	20
c) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o czasowej niezdolności do pracy na ponad 12 miesięcy	30
d) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy	60
e) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji	100
J. USZKODZENIA MIEDNICY Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
55. Rozejście się spojenia łonowego	5
56. Zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego	10

57. Złamania miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe:	
a) w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa lub kulszowa)	2
b) w odcinku przednim – kość łonowa i kulszowa lub obustronnie	5
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne’a) bez przemieszczenia	10
d) w odcinku przednim i tylnym z przemieszczeniem	20
58. Złamanie panewki stawu biodrowego, zwichnięcie:	
a) tylnej kolumny, tylnej krawędzi	15
b) przedniej kolumny, przedniej krawędzi	5
c) zwichnięcie centralne I°	7
d) zwichnięcie centralne II°	15
e) zwichnięcie centralne III°/IV°	30
f) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
59. 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	1
g) złamanie kości ogonowej z przemieszczeniem	3
K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
ŁOPATKA	
60. Złamania łopatki:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	1
OBOJCZYK	
61. Złamania obojczyka:	
a) złamania wieloodłamowe	5
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	3
c) inne złamania	2
62. Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego:	
a) zwichnięcie I°	1
b) zwichnięcie II°	3
c) zwichnięcie III°	5

BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY	
63. Uszkodzenia stawu ramiennio-łopatkowego (skręcenia, zwichnięcia, złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku:	
a) skręcenie	1
b) zwichnięcie bez repozycji (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	1
c) zwichnięcie wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	3
d) uszkodzenia, zerwanie ścięgna, przyczepów barku leczone operacyjnie	4
e) uszkodzenia, zerwanie ścięgna, przyczepów barku leczone zachowawczo	2
f) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
g) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
h) inne złamania	2
i) złamania leczone protezoplastyką	15
64. Utrata kończyny w stawie ramiennio-łopatkowym	65
65. Utrata kończyny wraz z łopatką	70
RAMIĘ	
66. Złamanie trzonu kości ramiennej:	
a) wieloodłamowe	7
b) złamanie otwarte	10
c) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
d) inne złamania	2
67. Izolowane uszkodzenia części miękkich ramienia, skóry, mięśni, ścięgien:	
a) rany skóry od 2 do 5 cm długości	0,5
b) rany skóry powyżej 5 cm długości	1
c) uszkodzenie mięśnia dwugłowego leczone operacyjnie (szycie)	4
d) uszkodzenie innych mięśni i ścięgien ramienia zaopatrzone chirurgicznie	3
e) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	1
68. Utrata kończyny w obrębie ramienia	60
STAW ŁOKCIOWY	
69. Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
c) inne złamania	2
70. Inne uszkodzenia łokcia:	
a) skręcenie z unieruchomieniem	1
b) skręcenie bez unieruchomienia	0,5
c) zwichnięcie	3
PRZEDRAMIĘ	
71. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia:	

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	3
c) inne złamania	1
72. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, lub złamania Monteggia, Galeazziego	9
b) złamanie otwarte	7
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
d) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	3
e) inne złamania	1
73. Izolowane uszkodzenia części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien:	
a) rany skórny powyżej 7 cm długości	1
b) uszkodzenia mięśni zaopatrzone chirurgicznie	2
c) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	1
d) uszkodzenia ścięgien zaopatrzone chirurgicznie (każde)	2
74. Utrata kończyny w obrębie przedramienia	55
NADGARSTEK	
75. Uszkodzenia nadgarstka:	
a) złamania mnogie kości nadgarstka z przemieszczeniem	7
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
d) zwichnięcie	5
e) skręcenie bez unieruchomienia	0,5
f) skręcenie z unieruchomieniem	1
76. Utrata ręki na poziomie nadgarstka	50
ŚRÓDRĘCZE	
77. Złamania kości śródręcza:	
a) I kość śródręcza:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
ii) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
iii) inne złamania	2
b) II kość śródręcza:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	4
ii) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii) inne złamania	1
c) III, IV, V kość śródręcza:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	2
ii) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii) inne złamania	1
78. Inne uszkodzenie dłoni i śródręcza:	1
a) rany dłoni i śródręcza powyżej 3 cm długości (z wyjątkiem palców)	1
b) rany dłoni i śródręcza do 3 cm długości (z wyjątkiem palców)	0,5
c) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	5

KCIUK	
79. Utrata w zakresie kciuka:	
a) utrata całkowita opuszki	1
a) utrata częściowa opuszki	0,5
b) utrata paliczka paznokciowego	6
c) utrata obu paliczków bez kości śródręcza	10
d) utrata obu paliczków z kością śródręcza	15
80. Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
d) rany powyżej 2 cm długości	1
e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f) skręcenie bez unieruchomienia	0,5
g) skręcenie z unieruchomieniem	1
h) zwichnięcie	2
PALEC WSKAZUJĄCY	
81. Utrata w obrębie wskaziciela w zależności od poziomu utraty:	
a) utrata całkowita opuszki	1
b) utrata częściowa opuszki	0,5
c) utrata paliczka paznokciowego	2
d) utrata paliczka środkowego	8
e) utrata trzech paliczków	10
f) utrata wskaziciela z kością śródręcza	11
82. Inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (złamania, zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia części miękkich):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
d) rany powyżej 3 cm długości	1
e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f) skręcenie bez unieruchomienia	0,5
g) skręcenie z unieruchomieniem	1
h) zwichnięcie	1
PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY	
83. 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 śródręcza	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 śródręcza	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 śródręcza	4
m) utrata częściowa lub całkowita opuszki, utrata częściowa paliczka paznokciowego (każdy)	0,5
84. Inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V – złamania, zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia części miękkich:	
a) palec III:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
ii) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii) inne złamania	1
iv) rany powyżej 3 cm długości, uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
v) skręcenie bez unieruchomienia	0,5
vi) skręcenie z unieruchomieniem	1
vii) zwichnięcie	1
b) palec IV:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
ii) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii) inne złamania	1
iv) rany powyżej 3 cm długości, uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
v) skręcenie bez unieruchomienia	0,5
vi) skręcenie z unieruchomieniem	1
vii) zwichnięcie	1
c) palec V:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
ii) inne złamania	1
iii) rany powyżej 2 cm długości, uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
iv) skręcenie bez unieruchomienia	0,5
v) skręcenie z unieruchomieniem	1
vi) zwichnięcie	1
Uwaga: Wartość świadczenia związana z uszkodzeniem skóry, mięśni, 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. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu amputacji paliczków świadczenie opisane w punktach 80, 82, 84 nie jest należne.	
L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
STAW BIODROWY	
85. Utrata kończyny dolnej:	
a) przez wyluszczenie jej w stawie biodrowym	70
b) amputacja na poziomie uda	60

86. Uszkodzenia stawu biodrowego (złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	15
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	10
c) inne złamania	8
d) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
UDO	
87. Złamanie trzonu kości udowej:	
a) złamania wieloodłamowe	15
b) złamanie otwarte	12
c) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
d) inne złamania	3
88. Inne uszkodzenia tkanek miękkich – skóry, mięśni, ścięgien, naczyń:	
a) rany skóry uda lub pośladka do 6 cm długości	1
b) rany skóry uda lub pośladka powyżej 6 cm długości	2
c) uszkodzenia mięśni, ścięgien zaopatrzone chirurgicznie	3
d) uszkodzenia naczyń leczone operacyjnie	8
e) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	1
KOLANO	
89. Złamania kości tworzących staw kolanowy (dalszej nasady kości udowej, bliższej nasady kości piszczelowej, głowy kości strzałkowej i guzowatości piszczeli, kłykcia bocznego oraz przyśrodkowego):	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	20
b) złamania wieloodłamowe	10
c) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d) inne złamania	3
90. Złamania rzepki:	
a) złamania skutkujące usunięciem rzepki	10
b) złamania wieloodłamowe	8
c) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d) inne złamania	3
91. Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego (sumarycznie maksymalnie do 25%):	
a) skręcenie z unieruchomieniem	2
b) skręcenie bez unieruchomienia	1
c) uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej	3
d) uszkodzenie łąkotki bocznej	3
e) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego przedniego – ACL	5
f) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego tylnego – PCL	4
g) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego bocznego – LCL	4
h) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego przyśrodkowego – MCL	4

i) zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	4
92. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50
PODUDZIE	
93. Złamania trzonu kości podudzia (kość strzałkowa, kość piszczelowa):	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	15
b) złamanie otwarte	12
c) złamania wieloodłamowe	10
d) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e) inne złamania	3
94. Izolowane złamanie trzonu kości strzałkowej:	
a) złamania wieloodłamowe	3
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
95. Inne uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, ścięgna Achillesa i innych ścięgien:	
a) rany skóry powyżej 6 cm długości	2
b) rany skóry do 6 cm długości	1
c) całkowite uszkodzenie mięśnia trójgłowego łydki	10
d) uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone zachowawczo	2
e) uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	5
f) uszkodzenie innych mięśni i ścięgien leczone zachowawczo	1
g) uszkodzenie innych mięśni i ścięgien leczone operacyjnie	2
h) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	1
96. 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	
97. Uszkodzenia stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego:	
a) skręcenie	1
b) zwichnięcie	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
98. Złamania kości skokowej:	
a) złamania wieloodłamowe	8
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	5

c) inne złamania	3
99. Złamania kości piętowej:	
a) złamania wieloodłamowe	10
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	8
c) inne złamania	4
100. Utrata kości skokowej i/lub piętowej:	
a) częściowa utrata	25
b) całkowita utrata	40
101. Złamania pozostałych kości stępu – za każdą kość śródstopia (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 10%):	
a) złamania wieloodłamowe	6
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
102. Złamania kości śródstopia – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 15%):	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	6
b) złamanie otwarte	5
c) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
d) inne złamania	2
103. Inne uszkodzenia okolicy stawu skokowego, stępu, śródstopia i stopy:	
a) rany powyżej 5 cm długości (okolice stępu, stawu skokowego, śródstopia, grzbietu stopy)	1
b) rany do 5 cm długości (okolice stępu, stawu skokowego, śródstopia, grzbietu stopy)	0,5
c) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	2
d) rany podeszwy stopy	2
104. Utrata stopy w całości	45
105. Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40
106. Utrata stopy w środkowej części stępu	35
107. Utrata stopy w okolicy stępowo-śródstopnej	25
PALCE STOPY	
108. Uszkodzenia palucha:	
a) częściowa utrata opuszki palucha	0,5
b) całkowita utrata opuszki palucha	1
c) utrata paliczka paznokciowego palucha	4
d) utrata całego palucha	8
e) utrata z kością śródstopia	10
109. Złamania palucha:	
a) złamania wieloodłamowe	4
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
110. 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
111. Utrata palców stopy II–V bez kości śródstopia (każdy)	2

112. Całkowita utrata opuszki palców stopy II–V (każdy)	1
113. Częściowa utrata opuszki palców stopy II–V (każdy)	0,5
114. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)	3
115. Utrata palca V z kością śródstopia	4
116. Uszkodzenia I, II, III, IV i V palca – zwichnięcia, skręcenia, rany, uszkodzenia ścięgien (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 stopy 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	
117. Uszkodzenie częściowe lub całkowite (w zależności od stopnia zaburzeń):	
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	15
b) nerwu piersiowego długiego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	10
c) nerwu pachowego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	20
d) nerwu mięśniowo-skórnego:	
i) częściowe	3
ii) całkowite	15
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) spłotu barkowego części nadobojczykowej (górnej):	
i) częściowe	5
ii) całkowite	20
m) spłotu barkowego części podobojczykowej (dolnej):	
i) częściowe	7
ii) całkowite	40
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego:	
i) częściowe	2
ii) całkowite	15
o) nerwu załonowego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	15
p) nerwu udowego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	30
q) nerwów pośladowych (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
N. OSTRE ZATRUCIA I ICH NASTĘPSTWA Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
118. Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami i produktami chemicznymi:	
a) ze stwierdzoną utratą przytomności, lecz bez wtórnych powikłań	1
b) powodujące uszkodzenie układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych	5
O. ODMROŻENIA – II STOPIEŃ ALBO WYŻSZY Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
119. Odmrożenia jednego palca ręki	1
120. Odmrożenia więcej niż jednego palca ręki	3
121. Odmrożenia jednego palca stopy	1
122. Odmrożenia więcej niż jednego palca stopy	3
123. Odmrożenia nosa	3
124. Odmrożenia małżowiny usznej	1
125. Inne odmrożenia nie wymienione powyżej	0,5

Pojęcia użyte w niniejszej tabeli otrzymują znaczenie określone zgodnie z poniższymi definicjami:

Pobyt w szpitalu – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu na terenie całego świata. Pobyt w szpitalu rozpoczyna się w momencie przyjęcia do szpitala, a kończy w momencie wypisania ze szpitala; wpis i wypis ze szpitala nie mogą mieć miejsca tego samego dnia.

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

Złamanie wieloodłamowe – złamanie, w którym występują minimum 3 odłamy kostne w obrębie kości (lub jedna linia złamania w obrębie kości).

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

Unieruchomienie – metoda leczenia urazu polegająca na zastosowaniu, na zlecenie lekarza, opatrunku gipsowego, ortozy, stabilizatora lub szyny ortopedycznej, kołnierza ortopedycznego przez okres co najmniej 10 dni.

Dane kontaktowe

**Potrzebujesz pomocy w ramach świadczenia
Ukąszenie przez kleszcza lub Hejt w Internecie
– skontaktuj się z Centrum Alarmowym**

- tel. +48 22 599 91 86
(koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)

**Potrzebujesz pomocy w ramach świadczenia
organizacja i pokrycie kosztów świadczeń
zdrowotnych w postaci telekonsultacji, organizacja
i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki lub ratownika
medycznego lub Opieka plus – skontaktuj się
z Partnerem Medycznym**

- tel. +48 22 357 40 47
(koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)
- obsluga@telemedi.com

Chcesz zgłosić szkodę

- napisz na adres:
UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
- wyślij zgłoszenie mejlem na adres: szkody.szkolne@uniqa.pl
- wypełnij formularz zgłoszenia szkody na stronie uniqa.pl

Masz pytania dotyczące ubezpieczenia

- napisz na adres: ubezpieczenia@uniqa.pl
- zadzwoń do nas: tel. +48 22 599 95 22
(koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)

Zgłoszenie reklamacji

- w postaci elektronicznej poprzez formularz na stronie uniqa.pl/reklamacje
- ustnie:
 - telefonicznie pod numerem naszej infolinii +48 22 599 95 22
 - osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie
- na piśmie:
 - osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie
 - przesyłką pocztową na adres: 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51
 - na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w ustawie z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych jako rejestru publicznego prowadzonego przez ministra właściwego do spraw informatyzacji, tj. AE:PL-71235-46013-CSHSF-26

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

To stabilna i wiarygodna firma, za którą stoją liczby:

- ☒ obecna w 18 krajach
- ☒ 16 mln klientów w Europie
- ☒ 5. ubezpieczyciel w Europie Środkowej i Wschodniej
- ☒ jedna z największych grup ubezpieczeniowych w Polsce
- ☒ 5,5 mln klientów w Polsce
- ☒ lider w ubezpieczeniach dla segmentu mieszkalnictwa

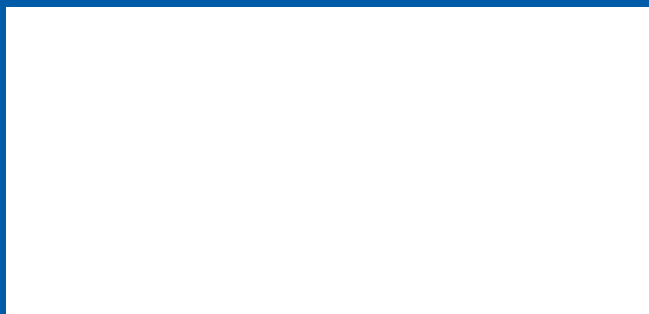
Skontaktuj się z nami:

22 599 95 22

* koszt połączenia według taryfy operatora

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

Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się z agentem.



Lepiej mieć dostęp do usług medycznych na świecie.

Ogólne warunki
ubezpieczenia

Ubezpieczenie na życie z leczeniem
za granicą Medycyna bez Granic



Ten dokument zawiera informacje o ubezpieczeniu Medycyna bez Granic. Pełne informacje, w tym w szczególności dotyczące:

- 1) przedmiotu i zakresu ubezpieczenia,
- 2) ryzyk nieobjętych ochroną,
- 3) okresów, kiedy nasza ochrona jest wyłączona lub ograniczona (w tym karencji),
- 4) sum i limitów ubezpieczenia,

znajdziesz w Ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie z leczeniem za granicą Medycyna bez Granic (OWU), we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz w polisie lub aneksie do polisy.

Charakterystyka produktu

1. Medycyna bez Granic to indywidualne ubezpieczenie na życie o charakterze ochronnym.
2. W ramach produktu, w przypadku wystąpienia u ubezpieczonego poważnego stanu chorobowego, takiego jak nowotwór, przeszczep szpiku kostnego, przeszczep narządów, wszczepienie by-passów, operacja naprawcza zastawki serca lub zabieg neurochirurgiczny, umożliwiamy uzyskanie przez niego: drugiej opinii medycznej, opieki medycznej za granicą, opieki kontrolnej po leczeniu za granicą, a także wsparcia psychologa lub psychiatry. Dodatkowo w przypadku podejrzenia poważnego stanu chorobowego umożliwiamy uzyskanie przez niego szybkiej diagnozy.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia, czyli co obejmuje nasze ubezpieczenie

3. Ubezpieczamy życie i zdrowie ubezpieczonego.
4. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy:
 - 1) śmierć ubezpieczonego w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) podejrzenie u ubezpieczonego poważnego stanu chorobowego określonego w OWU, wskazane w dokumentacji medycznej, w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) wystąpienie u ubezpieczonego poważnego stanu chorobowego określonego w OWU, w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.
5. Przez wystąpienie poważnego stanu chorobowego rozumiemy:
 - 1) potrzebę przeprowadzenia u ubezpieczonego zabiegu lub operacji wymienionych w definicji poważnego stanu chorobowego, powstałą w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej, wynikającą z:
 - a) choroby zdiagnozowanej po raz pierwszy w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej, lub
 - b) nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) zdiagnozowanie u ubezpieczonego po raz pierwszy w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej nowotworu mieszczącego się w definicji poważnego stanu chorobowego.

Kto może zawrzeć z nami umowę i kogo obejmujemy ochroną

6. Umowę ubezpieczenia zawiera z nami ubezpieczający. Ubezpieczającym może być:
 - 1) osoba fizyczna, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła co najmniej 18 lat i ma miejsce zamieszkania w Polsce, albo
 - 2) osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która ma siedzibę w Polsce.
7. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy ubezpieczonego.
8. Ubezpieczonym może być osoba fizyczna, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończyła 65 lat oraz ma miejsce zamieszkania w Polsce.

9. Ubezpieczonym może być:

- 1) ubezpieczający, czyli Ty – jeżeli umowę ubezpieczenia zawierasz jako osoba fizyczna;
- 2) dziecko;
- 3) inna wskazana przez ubezpieczającego osoba, która ukończyła 18. rok życia.

Na jaki okres zawieramy umowę ubezpieczenia, jak długo trwa ochrona ubezpieczeniowa

10. Umowę ubezpieczenia zawieramy na okres jednego roku polisy. Liczymy go od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, którą wskazujemy w polisie.
11. Po upływie każdego roku polisy umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu o kolejny rok polisy na tych samych warunkach, o ile żadna ze stron nie postanowi inaczej.
12. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie, nie wcześniej jednak niż następnego dnia po zapłaceniu składki.
13. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
 - 1) z dniem, w którym ubezpieczający złożył nam oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia;
 - 2) z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym ubezpieczający złożył nam oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia;
 - 3) z upływem ostatniego dnia roku polisy, jeżeli przedstawiliśmy ubezpieczającemu propozycję zmiany warunków umowy ubezpieczenia na kolejny okres, a ubezpieczający nie opłacił w wyznaczonym w propozycji terminie składki w wysokości, którą tam wskazaliśmy;
 - 4) z dniem śmierci ubezpieczonego;
 - 5) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym ubezpieczony ukończył 85 lat;
 - 6) z upływem okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, jeśli jedna ze stron wyrazi wolę jej nieprzedłużenia;
 - 7) w przypadku gdy ubezpieczający nie opłaci składki zgodnie z zasadami i terminem, które określamy w OWU.
14. Ochrona z tytułu ryzyk objętych Medycyną bez Granic, tj. drugiej opinii medycznej, opieki medycznej za granicą oraz opieki kontrolnej po leczeniu za granicą, wygasa z dniem wykorzystania sumy ubezpieczenia z tytułu Medycyny bez Granic.

Jak i kiedy należy opłacać składkę

15. Składkę należy opłacać z góry z częstotliwością zadeklarowaną we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub we wniosku o zmianę umowy ubezpieczenia.
16. Składkę można płacić: miesięcznie, kwartalnie, półrocznie, rocznie.
17. W każdą rocznicę polisy można zmienić częstotliwość płatności składki.
18. Pierwszą składkę należy opłacić na rachunek bankowy, który podajemy we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
19. Kolejne składki należy opłacać na numer rachunku bankowego i w terminach płatności, które podajemy w polisie lub aneksie do polisy.

Rezygnacja z umowy ubezpieczenia

Odstąpienie

20. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia:
 - 1) jeśli ubezpieczający jest konsumentem, może złożyć nam oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia, a jeżeli przed zawarciem umowy ubezpieczenia nie poinformowaliśmy go o prawie odstąpienia, okres 30 dni liczymy od dnia, w którym ubezpieczający dowiedział się o tym prawie;

- 2) jeśli ubezpieczający jest przedsiębiorcą, może złożyć nam oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia;
 - 3) jeżeli ubezpieczający jest konsumentem i zawarliśmy umowę ubezpieczenia na odległość, to od umowy ubezpieczenia może odstąpić bez podania przyczyn w terminie 30 dni:
 - a) od dnia, w którym poinformowaliśmy go o zawarciu umowy ubezpieczenia, lub
 - b) od dnia potwierdzenia informacji, które należy przekazać konsumentowi na podstawie przepisów Ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy;
 - 4) termin, o którym mowa w ppkt 1)–3), uważamy za zachowany, jeżeli przed jego upływem ubezpieczający wysłał do nas oświadczenie o odstąpieniu.
21. Oświadczenie o odstąpieniu można przesłać nam na piśmie lub pocztą elektroniczną.

Wypowiedzenie

22. Umowę ubezpieczenia ubezpieczający może wypowiedzieć w każdym czasie, ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca polisy, w którym złożył nam oświadczenie o wypowiedzeniu. Wypowiedzenie można złożyć na piśmie lub wysłać je nam pocztą elektroniczną.

Główne wyłączenia odpowiedzialności

23. W ubezpieczeniu Medycyna bez Granic występują ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności, czyli sytuacje, w których nasza ochrona jest ograniczona lub wyłączona. Przykłady takich sytuacji to np. leczenie chorób lub następstw nieszczęśliwych wypadków, które powstały w wyniku: wojen, zamieszek, epidemii, powodzi, niezalecanego przez lekarza zażycia leków, narkotyków środków odurzających lub psychotropowych.

24. Nie ponosimy także odpowiedzialności i w związku z tym nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów opieki medycznej za granicą ani kosztów związanych z pozostałymi świadczeniami, jeżeli:
- 1) w momencie wystąpienia poważnego stanu chorobowego ubezpieczony nie miał stałego miejsca zamieszkania w Polsce oraz
 - 2) w ciągu 12 miesięcy przed wystąpieniem poważnego stanu chorobowego ubezpieczony przebywał na terytorium Polski przez okres krótszy niż 183 dni, chyba że powodem pobytu poza terytorium Polski było korzystanie ze świadczeń z tytułu tej umowy.
25. W ubezpieczeniu Medycyna bez Granic określamy także, jakich kosztów leczenia nie pokrywamy. Są to np. koszty poniesione przed wydaniem wstępnego certyfikatu leczenia, koszty z tytułu zakwaterowania lub transportu zorganizowanego samodzielnie przez ubezpieczonego, towarzysza podróży lub dawcę.
26. Pełne informacje o ograniczeniach i wyłączeniach odpowiedzialności znajdziesz w Ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie z leczeniem za granicą Medycyna bez Granic.

Karencja

27. Karencja trwa 3 miesiące od daty początku ochrony ubezpieczeniowej.
28. Karencja nie ma zastosowania do osób, które bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia, o której zawarcie wnioskuje, objęte były ochroną w ramach innej umowy ubezpieczenia Medycyna bez Granic zawartej z UNIQA Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A., w której okres karencji już upłynął, jeśli nie ma przerwy w ochronie ubezpieczeniowej.
29. W przypadku wystąpienia przerwy w ochronie ubezpieczeniowej, ale nieprzekraczającej 6 miesięcy, warunkiem zaliczenia okresu karencji jest pozytywna ocena ryzyka.
30. Karencja nie dotyczy zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w trakcie trwania naszej ochrony.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 2–7, pkt 44, pkt 56–61, pkt 63–66, pkt 67 wraz z tabelą nr 1, pkt 68, pkt 73–79, pkt 81, pkt 84, pkt 86, pkt 90, pkt 93, pkt 97–100, pkt 112, pkt 114–115, pkt 121–124, pkt 130, pkt 132, pkt 167
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 29, pkt 62, pkt 66, pkt 69–72, pkt 76, pkt 82, pkt 85, pkt 88, pkt 91, pkt 96, pkt 117, pkt 134, pkt 136, pkt 141–150

Poznajmy się!

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

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

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

ubezpieczony – osoba, której życie i zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową.

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z leczeniem za granicą Medycyna bez Granic (OWU) zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 5/11/02/2025 z 11 lutego 2025 r. i wchodzi one w życie 21 lutego 2025 r.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie i zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy:
 - 1) śmierć ubezpieczonego w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) podejrzenie u ubezpieczonego poważnego stanu chorobowego, o którym mowa w pkt 67 w tabeli nr 1, wskazane w dokumentacji medycznej, w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) wystąpienie u ubezpieczonego poważnego stanu chorobowego, o którym mowa w pkt 3 i pkt 67 w tabeli nr 1, w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.
3. Przez wystąpienie poważnego stanu chorobowego rozumiemy:
 - 1) potrzebę przeprowadzenia u ubezpieczonego zabiegu lub operacji wymienionych w definicji poważnego stanu chorobowego w pkt 67 w tabeli nr 1, powstałą w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej, wynikającą z:

a) choroby zdiagnozowanej po raz pierwszy w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej lub

b) nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej;

- 2) zdiagnozowanie u ubezpieczonego po raz pierwszy w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej nowotworu mieszczącego się w definicji poważnego stanu chorobowego w pkt 67 w tabeli nr 1.

Kto może zawrzeć umowę ubezpieczenia – czyli kto może być ubezpieczającym

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

Kogo możemy objąć ochroną ubezpieczeniową – czyli kogo możemy ubezpieczyć

5. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy ubezpieczonego.
6. Ubezpieczonym może być osoba fizyczna, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończyła 65 lat oraz ma miejsce zamieszkania w Polsce.
7. Ubezpieczonym może być:
 - 1) ubezpieczający, czyli Ty – jeżeli umowę ubezpieczenia zawierasz jako osoba fizyczna;
 - 2) dziecko;
 - 3) inna wskazana przez Ciebie osoba, która ukończyła 18. rok życia – w tym przypadku przed zawarciem umowy ubezpieczenia powinieś przekazać jej warunki umowy ubezpieczenia.

Zawarcie umowy ubezpieczenia – w jaki sposób ją zawieramy

8. Umowę ubezpieczenia zawieramy na podstawie złożonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
9. Umowę ubezpieczenia zawieramy po łącznym spełnieniu tych warunków:
 - 1) opłacisz składkę w należytnej wysokości;
 - 2) zaakceptujemy złożony przez Ciebie wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 3) ocena ryzyka ubezpieczeniowego względem ubezpieczonego będzie pozytywna.
10. Zawarcie umowy ubezpieczenia potwierdzamy polisą, w której wskazujemy datę początku ochrony ubezpieczeniowej.
11. Możemy nie zaakceptować wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia. Poinformujemy Cię o tym.

Ocena ryzyka ubezpieczeniowego – na czym polega i kogo dotyczy

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

Czas trwania umowy ubezpieczenia – na jaki okres zawieramy umowę

14. Umowę ubezpieczenia zawieramy na okres jednego roku polisy. Liczymy go od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, którą wskazujemy w polisie.
15. Po upływie każdego roku polisy umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu o kolejny rok polisy na tych samych warunkach, o ile żadna ze stron nie postanowi inaczej, z zastrzeżeniem pkt 28 ppkt 5). Jeśli któraś ze stron umowy ubezpieczenia nie będzie chciała jej przedłużyć o kolejny rok polisy, powinna złożyć oświadczenie o tym na piśmie lub przesłać je pocztą elektroniczną nie później niż 30 dni przed rocznicą polisy.

Zmiana warunków umowy ubezpieczenia – czy warunki mogą się zmienić

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

Okres ochrony ubezpieczeniowej – kiedy się rozpoczyna i kończy

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

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia – do kiedy możesz wycofać się z umowy ubezpieczenia

21. Możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia. Jeśli jesteś konsumentem, złóż nam oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia, a jeżeli przed zawarciem umowy ubezpieczenia nie poinformowaliśmy Cię o prawie odstąpienia, okres 30 dni liczymy od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie. Jeśli jesteś przedsiębiorcą, złóż nam oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia.
22. Jeżeli jesteś konsumentem i zawarliśmy umowę ubezpieczenia na odległość, możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia bez podania przyczyn w terminie 30 dni od dnia:
 - 1) w którym poinformowaliśmy Cię o zawarciu umowy ubezpieczenia, lub
 - 2) potwierdzenia informacji, które należy przekazać konsumentowi na podstawie przepisów Ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy.
23. Termin, o którym mowa w pkt 21–22, uważamy za zachowany, jeżeli przed jego upływem wyślesz do nas oświadczenie o odstąpieniu.
24. Oświadczenie o odstąpieniu możesz przesłać nam na piśmie lub pocztą elektroniczną.
25. Jeżeli odstąpisz od umowy ubezpieczenia, zwrócimy Ci wpłaconą składkę. Pomniejszymy ją o kwotę należną za okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia – kiedy i jak możesz zrezygnować z umowy ubezpieczenia

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

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia – kiedy i w jaki sposób umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu

28. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
 - 1) z dniem, w którym złożył nam oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia;
 - 2) z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym złożyłeś nam oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia;
 - 3) z upływem ostatniego dnia roku polisy, jeżeli przedstawiliśmy Ci propozycję zmiany warunków umowy ubezpieczenia na kolejny okres, a Ty nie opłaciłeś w wyznaczonym w propozycji terminie składki w wysokości, którą tam wskazaliśmy;
 - 4) z dniem śmierci ubezpieczonego;
 - 5) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym ubezpieczony ukończył 85 lat;
 - 6) z upływem okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, jeśli jedna ze stron wyrazi wolę jej nieprzedłużenia;
 - 7) w przypadku gdy nie opłacisz składki zgodnie z zasadami i terminem, które określamy w pkt 39.
29. Ochrona z tytułu ryzyk objętych Medycyną bez Granic, tj. drugiej opinii medycznej, opieki medycznej za granicą oraz opieki kontrolnej po leczeniu za granicą, wygasa z dniem wykorzystania sumy ubezpieczenia z tytułu Medycyny bez Granic.

Składka – jak ustalamy jej wysokość i jak należy ją opłacać

30. Składka jest należna za okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej. Wysokość składki ustalamy na podstawie taryfy składek, która będzie miała zastosowanie:
 - 1) w dniu, w którym zostanie złożony wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) w rocznicę polisy.
31. Wysokość składki zależy od wysokości sum ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia oraz wieku ubezpieczonego liczonego:
 - 1) na dzień złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia – w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, albo

- 2) na dzień rocznicy polisy – w przypadku przedłużenia umowy o kolejny rok polisy.
32. Wysokość składki podajemy:
- 1) we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) w propozycji zmiany warunków umowy ubezpieczenia,
 - 3) w polisie.
33. Składkę płacisz z góry, z częstotliwością zadeklarowaną we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub we wniosku o zmianę umowy ubezpieczenia.
34. Składkę możesz płacić:
- 1) miesięcznie,
 - 2) kwartalnie,
 - 3) półrocznie,
 - 4) rocznie.
35. W każdą rocznicę polisy możesz zmienić częstotliwość płatności składki. Wniosek o zmianę przekaż nam nie później niż 30 dni przed rocznicą polisy. Zmianę częstotliwości potwierdzimy w aneksie do polisy.
36. Pierwszą składkę płacisz na numer rachunku bankowego, który podajemy we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
37. Kolejne składki płacisz na numer rachunku bankowego i w terminach płatności, które podajemy w polisie lub aneksie do polisy.
38. Składkę uznajemy za zapłaconą, jeżeli:
- 1) zapłacisz ją w pełnej wysokości podanej w polisie lub w aneksie do polisy oraz
 - 2) wpłacisz ją na nasz numer rachunku bankowego, oraz
 - 3) zapłacisz ją w terminie wymagalności, który podajemy w polisie, aneksie do polisy lub w propozycji zmiany warunków umowy ubezpieczenia.
39. Gdy nie zapłacisz kolejnej raty składki w terminie wymagalności, wysłaliśmy Ci wezwanie o wpłatę raty składki w dodatkowym terminie nie krótszym niż 7 dni od daty otrzymania naszego wezwania. Jeśli nie zapłacisz raty składki we wskazanym dodatkowym terminie, nasza odpowiedzialność ustanie w terminie, który wskażemy w wezwaniu, ale nie zwalnia Cię to z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim udzielaliśmy ochrony.

Obowiązki Twoje i ubezpieczonego – do czego jesteście zobowiązani

40. Masz następujące obowiązki:
- 1) opłacać składkę;
 - 2) jeżeli ubezpieczonym jest inna osoba niż Ty – przekazać jej OWU na piśmie lub, o ile osoba ta wyraziła na to zgodę, na innym trwałym nośniku; OWU należy przekazać przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
 - 3) powiadamiać nas o zmianie danych osobowych Twoich lub ubezpieczonego, w tym danych teleadresowych podanych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 4) przekazywać ubezpieczonemu informacje o zmianie warunków umowy ubezpieczenia lub o zmianie prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia i o wpływie tych zmian na wartość świadczeń z ubezpieczenia oraz sumy ubezpieczenia lub limitów, zanim wyrażisz na nie zgodę.
41. Ubezpieczony ma obowiązek informować nas lub Ciebie jako ubezpieczającego o zmianie danych osobowych i teleadresowych swoich lub wskazanych uposażonych.
42. Ubezpieczony ma obowiązek przekazać Further dokumentację medyczną, którą ma on lub lekarze, szpitale albo inne placówki medyczne odpowiedzialne za leczenie zgłoszonego poważnego stanu chorobowego, do dnia zgłoszenia tego roszczenia.

Nasze obowiązki – do czego się zobowiązujemy

43. Mamy obowiązek:
- 1) doręczyć Ci OWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia na piśmie lub – jeżeli wyrażisz na to zgodę – na innym trwałym nośniku;
 - 2) doręczyć Ci polisę;

- 3) realizować świadczenia zgodnie z zasadami określonymi w umowie ubezpieczenia;
- 4) prawidłowo i terminowo wykonywać inne obowiązki przewidziane w umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa;
- 5) poinformować Ciebie lub osobę występującą z roszczeniem, jeśli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości.

Świadczenia ubezpieczeniowe – na jakich zasadach realizujemy świadczenia z ubezpieczenia

Śmierć ubezpieczonego

44. W przypadku śmierci ubezpieczonego w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej wypłacimy uposażonemu świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia. Sumę ubezpieczenia wskazujemy we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzamy ją w polisie.
45. Ubezpieczony może wskazać jednego uposażonego lub więcej. Jeśli wskaże kilku uposażonych, wypłacimy świadczenie w równych kwotach każdemu z nich, chyba że ubezpieczony inaczej określi podział świadczenia.
46. Wskazanie uposażonego do otrzymania sumy ubezpieczenia staje się bezskuteczne, jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
47. Jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią ubezpieczonego albo utracił prawo do świadczenia w myśl postanowień pkt 46, jego prawo do świadczenia przysługuje pozostałym uposażonym – proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w tym świadczeniu.
48. Jeżeli ubezpieczony nie wskaże uposażonego albo wszyscy uposażeni nie żyją lub utracili prawo do świadczenia – świadczenie przysługuje uposażonemu zastępcemu.
49. Ubezpieczony może wskazać jednego uposażonego zastępczego lub więcej. Jeśli wskaże więcej niż jednego uposażonego zastępczego, wypłacimy świadczenie w równych kwotach każdemu z nich, chyba że ubezpieczony inaczej określi podział świadczenia.
50. Jeśli ubezpieczony nie wskazał uposażonych zastępczych lub gdy oni także utracili prawo do świadczenia, wypłacimy świadczenie w takiej kolejności:
- 1) współmałżonkowi (jeśli nie została orzeczona separacja) – w całości, a w razie jego braku lub orzeczonej separacji,
 - 2) dzieciom – w równych częściach, a w razie ich braku
 - 3) rodzicom – w równych częściach, a w razie ich braku
 - 4) rodzeństwu – w równych częściach, a w razie jego braku
 - 5) spadkobiercom – w częściach, w jakich dziedziczą po ubezpieczonym.
51. Za osobę zmarłą przed śmiercią ubezpieczonego uważamy również osobę, która zmarła jednocześnie z nim.
52. Świadczenie wypłacimy w terminie 21 dni, które liczymy od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o zdarzeniu.
53. Jeśli w terminie 21 dni nie będzie możliwe wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia, świadczenie wypłacimy w terminie 14 dni liczonych od dnia, w którym – przy dochowaniu należytej staranności – wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia wypłacimy w terminie 21 dni.
54. Do wypłaty świadczenia należy przekazać nam dokumenty, które wskazaliśmy we wniosku o wypłatę świadczenia. Wniosek udostępniamy na naszej stronie internetowej unia.pl. Dokumenty należy przekazać nam w formie oryginałów lub kopii, których zgodność z oryginałem poświadczają:
- 1) notariusz;
 - 2) organ, który je wydał;
 - 3) nasz przedstawiciel;
 - 4) upoważniony pracownik przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której ubezpieczony był zarejestrowany i leczony – w przypadku dokumentacji medycznej.
55. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, informujemy o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą występującą z roszczeniem (nie dotyczy świadczenia z tytułu śmierci). W piśmie podamy powód oraz podstawę prawną odmowy wypłaty świadczenia lub jego wypłaty w innej wysokości.

Przekażemy również informacje o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Szybka diagnoza

56. Jeśli w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej lekarz prowadzący leczenie ubezpieczonego wskaże w dokumentacji medycznej podejrzenie jednego z poważnych stanów chorobowych wskazanych w pkt 67 w tabeli nr 1 lub będzie to wynikało z dokumentacji medycznej ubezpieczonego, w celu weryfikacji podejrzenia poważnego stanu chorobowego zorganizujemy i pokryjemy koszty:
 - 1) konsultacji lekarzy specjalistów oraz
 - 2) badań diagnostycznych wskazanych w katalogu badań diagnostycznych, który jest załącznikiem do OWU.
57. Liczbę dostępnych konsultacji lekarzy specjalistów oraz wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu badań diagnostycznych wskazujemy we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzamy w polisie.
58. Konsultacje lekarzy specjalistów i badania diagnostyczne realizujemy wyłącznie na terenie Polski.
59. Ubezpieczony, który chce umówić miejsce i termin konsultacji lub badań, powinien:
 - 1) zadzwonić do Centrum Operacyjnego i podać:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) PESEL albo w przypadku obcokrajowców numer dokumentu tożsamości wskazany we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - c) numer polisy oraz
 - 2) dostarczyć dokumentację medyczną, która zawiera szczegóły dotyczące podejrzenia poważnego stanu chorobowego przez lekarza prowadzącego lub z której wynika podejrzenie stanu chorobowego; niezbędne będzie też skierowanie od lekarza prowadzącego do lekarza specjalisty lub na badania diagnostyczne.
60. Czas oczekiwania na:
 - 1) badania diagnostyczne – wynosi do 10 dni roboczych od zgłoszenia;
 - 2) konsultację lekarza specjalisty – wynosi do 5 dni roboczych od zgłoszenia.
61. Terminy, które podajemy w pkt 60, dotyczą konsultacji u jakiegokolwiek lekarza danej specjalizacji, a nie konsultacji u konkretnego lekarza.
62. Świadczenie obejmuje organizację i pokrycie kosztów konsultacji lekarzy specjalistów oraz badań diagnostycznych, które realizujemy w okresie 12 miesięcy od daty udokumentowanego w dokumentacji medycznej podejrzenia poważnego stanu chorobowego. Obowiązuje limit i wysokość sumy ubezpieczenia, które wskazujemy we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzamy w polisie.

Poważny stan chorobowy – definicja i świadczenia

63. Jeśli w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej u ubezpieczonego wystąpi poważny stan chorobowy, zapewnimy ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów:
 - 1) drugiej opinii medycznej,
 - 2) opieki medycznej za granicą,
 - 3) opieki kontrolnej po leczeniu za granicą,
 - 4) wsparcia psychologa lub psychiatry.
64. Świadczenia, o których mówimy w pkt 63 ppkt 1)–3), łącznie nazywamy Medycyną bez Granic.
65. Świadczenia Medycyny bez Granic realizujemy do wysokości sumy ubezpieczenia, którą wskazujemy we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzamy w polisie. Sumę ubezpieczenia dla świadczeń Medycyny bez Granic podajemy w euro. Wszystkie koszty poniesione w walucie innej niż euro przeliczamy na euro. Do przeliczenia używamy średniego kursu ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski z dnia, w którym ten koszt został poniesiony.
66. Świadczenia, o których mówimy w pkt 63 ppkt 1)–4), realizujemy w okresie realizacji świadczenia, o którym mowa w pkt 69–72.
67. Poważne stany chorobowe, które obejmujemy ubezpieczeniem, dzielimy na cztery grupy – przedstawiamy je wraz z definicjami w tabeli nr 1:

Tabela nr 1

Grupa	Poważny stan chorobowy
1	Nowotwór: – każdy nowotwór złośliwy, w tym białaczka, mięsak i chłoniak, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz naciekaniem tkanek; – każdy rak in situ, który nie przekracza błony podstawnej nabłonka i nie nacieka tkanek otaczających; – wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które na podstawie badań cytologicznych lub histopatologicznych zostały sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia. Ubezpieczenie nie obejmuje: – nowotworów współistniejących z zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS); – nowotworów skóry, z wyjątkiem czerniaka złośliwego, które zgodnie z badaniem histopatologicznym zostały sklasyfikowane jako naciekające poza zewnętrzną warstwę skóry (poza naskórek); – leczenia z wykorzystaniem terapii limfocytami CAR-T.
2	Pomostowanie naczyń wieńcowych (by-pass), rewaskularyzacja mięśnia sercowego – zabieg operacyjny wykonany ze wskazań konsultanta kardiologicznego celem leczenia zwężenia lub niedrożności co najmniej jednego naczynia wieńcowego serca, który polega na wykonaniu omijającego przeszczepu naczyniowego. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów na tętnicach wieńcowych z zastosowaniem innych technik niż pomostowanie wieńcowe, np. angioplastyki balonowej czy stentów. Operacja naprawcza zastawki serca – zabieg operacyjny wykonany ze wskazań kardiologicznych, który polega na wymianie lub plastyce jednej lub więcej zastawek serca.
3	Zabieg neurochirurgiczny – dowolna operacja chirurgiczna mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych lub leczenie operacyjne nowotworów łagodnych rdzenia kręgowego.
4	Przeszczep od żywego dawcy narządów – przeszczep ubezpieczonemu jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: nerki, segmentu płuca wątroby, płuca lub fragmentu trzustki od innego kompatybilnego żywego dawcy. Ubezpieczenie nie obejmuje przeszczepu: – który wynika z alkoholowej choroby wątroby; – z wykorzystaniem komórek macierzystych i autoprzeszczepu; – jeżeli ubezpieczony jest dawcą na rzecz osoby trzeciej, której nie obejmuje to ubezpieczenie; – od zmarłego dawcy; – narządu, który został kupiony od dawcy. Przeszczep szpiku kostnego – przeszczep szpiku kostnego lub komórek macierzystych z krwi obwodowej, które pochodzą od: – ubezpieczonego (przeszczep autologiczny), – kompatybilnego żywego dawcy (przeszczep allogeniczny). Ubezpieczenie nie obejmuje przeszczepu komórek macierzystych przy użyciu krwi pępowinowej.

68. Jeśli poważny stan chorobowy w postaci nowotworu może być jednocześnie zakwalifikowany do grupy 2, 3 lub 4, to zostanie on przyporządkowany do grupy 1.

Okres realizacji świadczenia

69. Okres realizacji świadczenia to okres 36 miesięcy, który rozpoczyna się:
 - 1) w pierwszym dniu pierwszej podróży w ramach opieki medycznej za granicą, jeśli ubezpieczony rozpoczął podróż w okresie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) następnego dnia po zakończeniu okresu ochrony ubezpieczeniowej, jeśli poważny stan chorobowy wystąpił w okresie trwania

ochrony ubezpieczeniowej, a ubezpieczony rozpoczął podróż w ramach opieki medycznej za granicą po zakończeniu okresu ochrony ubezpieczeniowej.

70. Okres realizacji świadczenia ustalamy odrębnie dla każdej grupy poważnych stanów chorobowych.
71. Okres realizacji świadczenia to czas, w którym organizujemy i pokrywamy koszty świadczeń w odniesieniu do wszystkich zasadnych roszczeń, które dotyczą tej samej grupy poważnych stanów chorobowych.
72. Jeśli okres realizacji świadczenia zakończył się, a ubezpieczony jest hospitalizowany lub znajduje się pod opieką placówki medycznej, zgodnie z warunkami wstępnego certyfikatu leczenia, Further zapewni pokrycie kosztów leczenia do najbliższego planowego powrotu do Polski zgodnie z ustalonym planem leczenia.

Druga opinia medyczna

73. Jeśli w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej u ubezpieczonego wystąpi poważny stan chorobowy, może on uzyskać za pośrednictwem Further drugą opinię medyczną.
74. Druga opinia medyczna polega na przygotowaniu przez eksperta medycznego dla ubezpieczonego raportu na temat poważnego stanu chorobowego. Powstaje on na podstawie analizy dokumentacji medycznej dostarczonej przez ubezpieczonego.
75. W ramach drugiej opinii medycznej Further organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń:
- 1) udzielenia ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, która umożliwi przygotowanie raportu eksperta medycznego;
 - 2) w przypadkach uzasadnionych medycznie – ponownej oceny histopatologicznej, co oznacza wykonanie ponownych badań tkanek pobranych od ubezpieczonego;
 - 3) tłumaczenia dokumentacji medycznej, która dotyczy stanu zdrowia ubezpieczonego i jest niezbędna do przygotowania raportu eksperta medycznego;
 - 4) przekazania ekspertowi medycznemu przetłumaczonej dokumentacji medycznej;
 - 5) sporządzenia raportu eksperta medycznego, który zawiera:
 - a) opinię eksperta medycznego na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego leczenia,
 - b) propozycję dalszego postępowania i leczenia zalecanego przez eksperta medycznego,
 - c) odpowiedzi na pytania ubezpieczonego dotyczące jego przypadku medycznego;
 - 6) wydania raportu przez eksperta medycznego;
 - 7) przetłumaczenia raportu eksperta medycznego na język polski;
 - 8) przekazania ubezpieczonemu raportu eksperta medycznego.
76. Further sporządza drugą opinię medyczną raz w ramach jednego poważnego stanu chorobowego.
77. Ubezpieczony może zrezygnować z drugiej opinii medycznej. Further ustala wówczas sposób leczenia poważnego stanu chorobowego na podstawie wiedzy i dokumentacji uzyskanej od ubezpieczonego.
78. Aby uzyskać drugą opinię medyczną, ubezpieczony powinien skontaktować się z naszą infolinią pod numerem telefonu podanym w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczeniowym oraz podać:
- 1) imię i nazwisko,
 - 2) PESEL,
 - 3) numer telefonu do kontaktu,
 - 4) datę wystąpienia poważnego stanu chorobowego, rodzaj poważnego stanu chorobowego oraz datę zdiagnozowania choroby lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku będących przyczyną wystąpienia poważnego stanu chorobowego.
79. Po uznaniu roszczenia Further kontaktuje się z ubezpieczonym, aby poinformować go o czynnościach i wymaganych dokumentach, które są niezbędne do przygotowania raportu eksperta medycznego.
80. Further dostarczy ubezpieczonemu raport eksperta medycznego przygotowany na podstawie otrzymanej od niego dokumentacji medycznej.

Opieka medyczna za granicą

81. Jeśli w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej u ubezpieczonego wystąpi poważny stan chorobowy, Further zorganizuje i po-

kryje koszty opieki medycznej za granicą w związku z tym poważnym stanem chorobowym.

82. Further organizuje i pokrywa koszty świadczenia opieki medycznej za granicą do wysokości sumy ubezpieczenia, którą wskazujemy we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzamy w polisie.
83. Na opiekę medyczną za granicą składają się:
- 1) leczenie za granicą,
 - 2) koszty podróży,
 - 3) koszty zakwaterowania,
 - 4) koszty transportu zwłok ubezpieczonego lub dawcy,
 - 5) świadczenie za pobyt w szpitalu.

Leczenie za granicą

84. Ubezpieczenie pokrywa następujące koszty leczenia za granicą:
- 1) pobytu ubezpieczonego w szpitalu:
 - a) zakwaterowania, wyżywienia i usług opiekuńczych, które Further świadczy w okresie hospitalizacji ubezpieczonego, pobytu ubezpieczonego na oddziale lub na oddziale intensywnej terapii, a także na oddziale obserwacyjnym,
 - b) usług szpitalnych, w tym usług świadczonych przez przychodnię przyszpitalną,
 - c) dodatkowego łóżka związanego z pobylem w szpitalu osoby towarzyszącej, jeżeli szpital udostępnia taką usługę,
 - d) wykonania operacji na sali operacyjnej, w tym opieki anestezyjologicznej;
 - 2) pobytu ubezpieczonego w szpitalu ambulatoryjnym lub ośrodku pomocy, pod warunkiem że poniesione tam koszty obejmowało ubezpieczenie w związku z pobylem ubezpieczonego w szpitalu, o którym mowa w ppkt 1;
 - 3) opieki lekarskiej, jeśli dotyczy badania, leczenia lub operacji;
 - 4) wizyt lekarskich podczas hospitalizacji;
 - 5) znieczulenia i podania środków znieczulających, pod warunkiem że są wykonywane przez anestezjologa;
 - 6) badań laboratoryjnych i diagnostycznych, zdjęć rentgenowskich, które wymagane są do przygotowania leczenia lub w jego trakcie: radioterapii, izotopów promieniotwórczych, chemioterapii, elektrokardiogramów, echokardiografii, mielogramów, elektroencefalogramów, angiogramów ultrasonograficznych, tomografii komputerowej i innych podobnych badań oraz zabiegów niezbędnych w leczeniu poważnego stanu chorobowego, wykonywanych przez lekarza lub pod jego nadzorem;
 - 7) radioterapii – promieniowania wysokoenergetycznego w celu zmniejszenia nowotworów i zabijania komórek rakowych za pomocą promieni rentgenowskich, promieni gamma i naładowanych elektronów; to rodzaje promieniowania stosowane w leczeniu raka dostarczane przez urządzenie poza ciałem (radioterapia wiązką zewnętrzną) lub przez materiał radioaktywny umieszczony w ciele w pobliżu komórek rakowych (radioterapia wewnętrzna, brachyterapia);
 - 8) chirurgii rekonstrukcyjnej, która polega na naprawie lub odbudowie struktury ciała uszkodzonej lub usuniętej w trakcie leczenia za granicą, w celu skorygowania utraconej funkcji;
 - 9) leczenia powikłań lub działań niepożądanych bezpośrednio związanych z procedurami medycznymi zastosowanymi w ramach opieki medycznej za granicą, które wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub w innej placówce medycznej i są niezbędne, zanim ubezpieczony zostanie uznany za zdolnego do podróży do Polski po zakończeniu leczenia za granicą;
 - 10) transfuzji krwi, osocza i podawania surowicy;
 - 11) związane z terapiami z wykorzystaniem tlenu, stosowaniem rozwiązań dożylnych, jak również iniekcji;
 - 12) leków przepisanych przez lekarza po hospitalizacji związanej z leczeniem poważnego stanu chorobowego, poniesione przez ubezpieczonego za granicą w ciągu 30 dni od dnia zakończenia procesu leczenia, pod warunkiem że leki te zostały zakupione przed powrotem do Polski;
 - 13) transferu i transportu medycznego ambulansem naziemnym lub powietrznym, pod warunkiem że został on zalecony przez lekarza oraz zaakceptowany i zorganizowany przez Further;

- 14) związane z hospitalizacją dawcy w przypadku przeszczepu od tego dawcy, w szczególności koszty:
 - a) analizy i testu przeprowadzonego w celu zidentyfikowania odpowiedniego dawcy spośród członków rodziny ubezpieczonego,
 - b) usług szpitalnych świadczonych na rzecz dawcy, w tym zakwaterowania w szpitalu, posiłków, opieki pielęgniarskiej i pozostałego personelu medycznego, badań laboratoryjnych oraz korzystania ze sprzętu i innych obiektów szpitalnych (z wyłączeniem przedmiotów do użytku osobistego, które nie są wymagane podczas procesu pobierania narządu lub tkanki do przeszczepu),
 - c) operacji i usług medycznych, które wiążą się z pobraniem narządu lub części narządu dawcy dla ubezpieczonego;
 - 15) świadczeń medycznych i materiałów wykorzystanych w związku z przeszczepem ubezpieczonemu szpiku kostnego, pod warunkiem że były one poniesione za granicą, po dacie wskazanej we wstępnym certyfikacie leczenia.
85. Jeśli jakakolwiek siła wyższa, ograniczenia logistyczne lub operacyjne nałożone przez władze lokalne lub międzynarodowe uniemożliwiają Further organizowanie opieki medycznej za granicą, Further zorganizuje leczenie i pokryje koszty świadczeń w Polsce. Dotyczy to świadczeń wymienionych w pkt 84, pod warunkiem że te same ograniczenia logistyczne lub operacyjne nie uniemożliwiają organizacji równoważnych świadczeń w Polsce. Opieka medyczna w Polsce będzie dostępna tylko do czasu, gdy Further będzie w stanie zorganizować opiekę medyczną za granicą.
- kto i na jakich zasadach pokrywa koszty podróży**
86. Further organizuje i pokrywa koszty podróży ubezpieczonego, osoby towarzyszącej (lub dwóch osób towarzyszących, jeśli ubezpieczonym jest dziecko) oraz dawcy w przypadku przeszczepu poza granicami Polski, o ile wiążą się z leczeniem u ubezpieczonego poważnego stanu chorobowego w zagranicznej placówce medycznej, wskazanej we wstępnym certyfikacie leczenia. Further pokrywa także koszty podróży powrotnej do Polski.
87. Further jest odpowiedzialny za ustalenie daty podróży na podstawie uzgodnionego planu leczenia.
88. Jeśli ubezpieczony bez uzasadnienia medycznego, bez ważnego powodu osobistego lub bez uzgodnienia z Further zmieni datę podróży, Further zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do ubezpieczonego o zwrot kosztów, które powstały w związku ze zmianą terminu podróży.
89. Jeśli lekarz zdecyduje, że podróż ubezpieczonego powinna odbywać się transportem medycznym, zgodnie z pkt 84 ppkt 13) Further organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego ambulansem naziemnym lub powietrznym.
90. Koszty podróży lub transportu medycznego obejmują:
- 1) transport ubezpieczonego z jego miejsca pobytu na międzynarodowe lotnisko lub dworzec kolejowy, z którego zgodnie z planem podróży będzie zorganizowany transport;
 - 2) bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej do miasta docelowego leczenia i transport do wskazanego hotelu;
 - 3) transport z wyznaczonego hotelu lub szpitala na lotnisko lub międzynarodowy dworzec kolejowy;
 - 4) bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej oraz transport do miejsca pobytu ubezpieczonego.
91. Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów regularnych przejazdów między hotelem a placówką medyczną oraz przejazdów do lekarza prowadzącego.
92. Termin powrotu ustala Further w porozumieniu z lekarzem prowadzącym ubezpieczonego, który stwierdza, czy jest on zdolny do podróży.
- kto i na jakich zasadach pokrywa koszty zakwaterowania**
93. W ramach opieki medycznej za granicą Further organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania ubezpieczonego i osoby towarzyszącej (lub dwóch osób towarzyszących, jeśli ubezpieczonym jest dziecko) oraz dawcy w przypadku przeszczepu w związku z ich pobytem w miejscu leczenia poważnego stanu chorobowego ubezpieczonego poza terytorium Polski.
94. Further ustala okres zakwaterowania w hotelu na podstawie uzgodnionego planu leczenia.
95. Further zapewnia zakwaterowanie w pokoju dwuosobowym w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym, w tym śniadanie. O wyborze hotelu decyduje Further na podstawie odległości od placówki medycznej lub od lekarza prowadzącego, która nie powinna być większa niż 10 km. Podwyższenie standardu hotelu nie jest możliwe, nawet na koszt ubezpieczonego.
96. Further nie pokrywa kosztów posiłków (z wyjątkiem śniadania) i innych kosztów dodatkowych związanych z pobytem w hotelu.
- kto i na jakich zasadach pokrywa koszty transportu zwłok ubezpieczonego lub dawcy**
97. Further organizuje i pokrywa koszty transportu zwłok ubezpieczonego lub dawcy do miejsca pochówku na terytorium Polski, jeżeli śmierć ubezpieczonego lub dawcy nastąpi podczas organizowanej przez Further opieki medycznej za granicą.
98. Koszty transportu zwłok obejmują koszty zakupu trumny przewozonej, balsamowania zwłok oraz koszty ich przewiezienia do Polski.
- jak realizujemy świadczenie za pobyt w szpitalu**
99. Further wypłaci ubezpieczonemu świadczenie za każdy dzień hospitalizacji podczas opieki medycznej za granicą, w wysokości wskazanej w polisie.
100. Further wypłaci świadczenie za okres maksymalnie 60 dni hospitalizacji na każdy poważny stan chorobowy.
101. Further wypłaca z góry 50% świadczenia z tytułu planowanej hospitalizacji przed wyjazdem ubezpieczonego za granicę w celu leczenia poważnego stanu chorobowego. W kalkulacji wysokości świadczenia Further bierze pod uwagę szacowaną liczbę dni, na jaką planowana jest hospitalizacja.
102. Jeśli pobyt ubezpieczonego w szpitalu trwa dłużej niż okres, za który otrzymał świadczenie na podstawie pkt 101, Further wypłaci mu pozostałą część świadczenia pieniężnego z tytułu hospitalizacji w cyklach tygodniowych, w terminie 7 dni po każdym zakończonym tygodniu hospitalizacji za granicą.
- jak realizujemy świadczenie leczenia za granicą**
103. Jeżeli ubezpieczony chce skorzystać z opieki medycznej za granicą, powinien skontaktować się z nami telefonicznie lub mejlowo.
104. Further poinformuje ubezpieczonego o kolejnych krokach niezbędnych do weryfikacji poważnego stanu chorobowego, w tym o konieczności dostarczenia niezbędnej dokumentacji medycznej.
105. Jeżeli ubezpieczony zdecydował się skorzystać z drugiej opinii medycznej, proces uzyskania raportu eksperta medycznego musi zakończyć się przed rozpoczęciem organizacji opieki medycznej za granicą.
106. Po weryfikacji kompletu dokumentacji medycznej Further ostatecznie potwierdzi ubezpieczonemu, czy poważny stan chorobowy jest objęty ochroną.
107. Jeżeli ubezpieczony rozważy leczenie za granicą, Further zweryfikuje obowiązujący okres realizacji świadczenia na rzecz ubezpieczonego. Może to skutkować jednym z następujących scenariuszy:
- 1) pełna dostępność – brak zgłoszonego wcześniej roszczenia z tytułu poważnego stanu chorobowego z danej grupy; Further potwierdzi pełny obowiązujący okres realizacji świadczenia;
 - 2) częściowa dostępność – to skutek wcześniejszej organizacji i poniesienia kosztów leczenia za granicą z poprzedniego roszczenia w ramach poważnego stanu chorobowego z tej samej grupy; Further wskaże dostępny okres realizacji świadczenia;
 - 3) wygaśnięcie obowiązującego okresu realizacji świadczenia – w związku z upływem 36 miesięcy od:
 - a) pierwszego dnia pierwszej podróży w ramach opieki medycznej za granicą, jeśli dotyczyła poważnego stanu chorobowego z tej samej grupy, której dotyczy obecnie zgłaszane roszczenie, lub
 - b) następnego dnia po zakończeniu okresu ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli poważny stan chorobowy został zdiagnozowany lub nieszcześliwy wypadek, który spowodował poważny stan chorobowy, wydarzył się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, a podróż w ramach opieki medycznej za granicą rozpoczęła się po zakończeniu okresu ochrony ubezpieczeniowej.

Przykład

Jeśli u ubezpieczonego zdiagnozowano nowotwór i był on objęty ochroną w momencie wyjazdu na leczenie za granicą, to okres 36 miesięcy liczymy od pierwszego dnia pierwszej podróży ubezpieczonego na leczenie za granicą.

Jeśli u ubezpieczonego wystąpi ponownie poważny stan chorobowy z tej samej grupy, czyli nowotwór:

- 1) przed upływem 36 miesięcy od daty pierwszej podróży, to będzie mógł on korzystać ze świadczeń do upływu 36 miesięcy; jeśli okres ten minie, kiedy ubezpieczony będzie w trakcie hospitalizacji za granicą, to pokryjemy koszty jego leczenia do następnego planowego powrotu do Polski zgodnie z ustalonym planem leczenia;
po upływie 36 miesięcy ubezpieczony nie będzie już miał prawa do żadnych świadczeń związanych z tą grupą poważnych stanów chorobowych;
- 2) po upływie 36 miesięcy od daty wskazanej powyżej ubezpieczony nie będzie miał prawa do świadczeń w zakresie tej grupy poważnych stanów chorobowych.

Jeśli u ubezpieczonego wystąpi poważny stan chorobowy z innej grupy niż nowotwór, np. rewaskularyzacja mięśnia sercowego, to okres realizacji świadczenia będziemy liczyć od nowa dla tej grupy.

108. Further przedstawi propozycję trzech rekomendowanych placówek medycznych, które są w stanie podjąć się leczenia ubezpieczonego. Further nie przedstawi takiej propozycji, jeśli wygaśnie obowiązujący okres realizacji świadczenia.
109. Po wybraniu przez ubezpieczonego jednej z propozycji, o których mowa w pkt 108, Further rozpocznie organizację leczenia w danej placówce medycznej oraz realizację pozostałych świadczeń w ramach opieki medycznej za granicą, o ile leczenie rozpocznie się przed upływem okresu realizacji świadczenia. Ubezpieczony otrzyma plan leczenia i wstępny certyfikat leczenia.
110. Further wydaje listę zalecanych placówek medycznych i wstępny certyfikat leczenia na podstawie aktualnego stanu zdrowia ubezpieczonego. Oba dokumenty są ważne 3 miesiące.
111. Jeśli ubezpieczony nie zdecyduje się na żadną z zaproponowanych placówek medycznych lub nie rozpocznie leczenia w wybranej placówce medycznej w ciągu 3 miesięcy od wystawienia wstępnego certyfikatu leczenia, Further może przedstawić nową listę zalecanych placówek medycznych i tym samym nowy wstępny certyfikat leczenia na podstawie aktualnego stanu zdrowia ubezpieczonego.

Opieka kontrolna po leczeniu za granicą

112. Po zakończeniu opieki medycznej za granicą, jeśli nie upłynął okres realizacji świadczenia, o którym mówimy w pkt 69–72, Further:
 - 1) zwróci ubezpieczonemu koszty leków, które kupił po powrocie do Polski, oraz
 - 2) zapewni zwrot kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą w przypadku realizacji świadczenia w Polsce lub zorganizuje i pokryje koszty kontroli stanu zdrowia za granicą.
113. Further przedstawi ubezpieczonemu wytyczne, jak korzystać ze świadczeń wskazanych w pkt 112. Wytyczne będą wynikać z rekomendacji i planu kontroli stanu zdrowia wydanych przez placówkę medyczną, która prowadziła leczenie za granicą. Plan kontroli stanu zdrowia będzie zawierał odstępy czasu i rodzaje procedur diagnostycznych, które należy wykonać.

– jak realizujemy świadczenie zwrotu kosztów leków

114. Jeśli ubezpieczony był hospitalizowany za granicą w ramach procesu leczenia organizowanego przez Further przez okres dłuższy niż 3 dni, Further zwróci mu koszty poniesione na zakup leków po powrocie do Polski.
115. Zwrot kosztów dotyczy leków:
 - 1) zaleconych przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą jako kontynuacja prowadzonego leczenia;
 - 2) wydanych przez farmaceutę;
 - 3) przepisanych przez lekarza w Polsce;
 - 4) kupionych w Polsce;
 - 5) przepisanych w dawce pozwalającej na przyjmowanie leku przez okres nie dłuższy niż 2 miesiące;

- 6) których recepty zostały wydane przed końcem obowiązującego okresu realizacji świadczenia, o którym mówimy w pkt 69–72.
116. Ubezpieczony sam kupuje lek w Polsce i za niego płaci. Further zwróci ubezpieczonemu poniesione przez niego koszty zakupu leków na podstawie otrzymanych dokumentów: kopii recepty, faktury lub dowodu zapłaty.
117. Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów:
 - 1) leków finansowanych w całości przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
 - 2) procedur medycznych związanych z podawaniem leków;
 - 3) leków zakupionych poza Polską z zastrzeżeniem pkt 119.
118. Jeżeli koszty zakupu leków częściowo sfinansował Narodowy Fundusz Zdrowia, ubezpieczony we wniosku o zwrot poniesionych kosztów zakupu leków powinien wyraźnie rozróżnić koszty, które sam poniósł. Ubezpieczeniem nie obejmujemy tej części kosztów, która została sfinansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
119. Ubezpieczenie pokryje koszty leków kupionych poza Polską, w przypadku gdy Further potwierdzi, że zalecany lek lub zamienny lek o podobnej skuteczności nie jest dopuszczony do obrotu w Polsce lub nie jest dostępny na terenie Polski.
120. W przypadku, o którym mówimy w pkt 119, Further zorganizuje ubezpieczonemu podróż w celu zakupu leków na zasadach określonych jak dla opieki medycznej za granicą.

– jak realizujemy świadczenie kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą

121. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą może się odbyć w zależności od decyzji ubezpieczonego:
 - 1) za granicą – z udziałem placówki medycznej, która prowadziła leczenie za granicą; w tym przypadku Further organizuje tę opiekę i pokrywa koszty z nią związane, na zasadach obowiązujących w przypadku opieki medycznej za granicą – z uwzględnieniem kosztów podróży i zakwaterowania;
 - 2) w Polsce – w tym przypadku ubezpieczony organizuje tę opiekę we własnym zakresie w placówkach medycznych rekomendowanych przez Further, na podstawie otrzymanego planu kontroli stanu zdrowia, oraz ponosi jej koszty; jeśli ubezpieczonym jest dziecko – opiekę kontrolną organizuje i opłaca rodzic lub opiekun prawny.
122. Further zwróci ubezpieczonemu koszty, które wynikają z planu kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą i które ubezpieczony poniósł w Polsce.
123. Further poniesie koszty wszelkich badań diagnostycznych, profilaktycznych, przesiewowych lub konsultacji lekarskich po leczeniu za granicą, stosowanych w celu ustalenia czy stan zdrowia ubezpieczonego ulega lub może ulec pogorszeniu lub czy pojawiają się powikłania leczonego poważnego stanu chorobowego. Badania lub konsultacje lekarskie, o których mówimy w tym punkcie, muszą odbywać się zgodnie z planem kontroli stanu zdrowia wydanym przez placówkę medyczną, która prowadziła leczenie za granicą.
124. Further zwróci ubezpieczonemu koszty, jeżeli:
 - 1) opieka kontrolna zostanie przeprowadzona w jednej z placówek medycznych wskazanych przez Further oraz
 - 2) leczenie w ramach ustalonego przez Further planu kontroli stanu zdrowia jest dostępne w Polsce w czasie i w sposób niezbędny do bieżącej kontroli, oraz
 - 3) kontrola stanu zdrowia jest wykonywana zgodnie z otrzymanym planem kontroli stanu zdrowia, oraz
 - 4) przedstawione faktury, rachunki lub dowody wpłaty związane z kontrolą stanu zdrowia mają datę wcześniejszą niż koniec obowiązującego okresu realizacji świadczenia, o którym mówimy w pkt 69–72.
125. Further zwróci ubezpieczonemu koszty po otrzymaniu faktury, rachunku lub dowodu wpłaty.
126. Further zwróci koszty opieki kontrolnej, o których mówimy w pkt 123, których nie sfinansował Narodowy Fundusz Zdrowia.
127. Ubezpieczony we wniosku o zwrot kosztów powinien wyraźnie odróżnić poniesione przez siebie koszty od części sfinansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
128. Jeśli w trakcie kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą okaże się, że ubezpieczony wymaga kontynuacji tego leczenia, Further wznowi organizację świadczenia opieki medycznej za granicą na zasadach określonych w tych OWU.

129. Jeżeli lekarz prowadzący kontrolę stanu zdrowia ubezpieczonego stwierdzi, że plan leczenia, który został początkowo ustalony przez lekarza międzynarodowego, nie odpowiada jego obecnemu stanowi zdrowia, może ustalić inny plan kontynuacji leczenia. Placówka medyczna, która prowadzi leczenie ubezpieczonego za granicą, musi zweryfikować i zaakceptować nowy plan.

Wsparcie psychologa lub psychiatry

130. Jeśli w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej u ubezpieczonego wystąpi poważny stan chorobowy i ubezpieczony będzie korzystał z opieki medycznej za granicą, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji:

- 1) ubezpieczonego z psychiatrą,
- 2) ubezpieczonego z psychologiem lub psychoterapeutą,
- 3) osoby bliskiej ubezpieczonego z psychiatrą lub psychologiem.

131. Konsultacje, o których mówimy w pkt 130, nazywamy łącznie wsparciem psychologa lub psychiatry.

132. Ze wsparcia psychologa lub psychiatry ubezpieczony lub jego osoba bliska mogą korzystać od momentu wydania ubezpieczonemu wstępnego certyfikatu leczenia do upływu okresu realizacji świadczenia w ramach danej grupy poważnych stanów chorobowych.

133. Wsparcie psychologa lub psychiatry przyznajemy do każdego poważnego stanu chorobowego, w związku z którym ubezpieczony korzysta z opieki medycznej za granicą, z zachowaniem zasad, które dotyczą okresu realizacji świadczenia wskazanego w pkt 69–72.

134. Wsparcie psychologa lub psychiatry realizujemy do wyczerpania limitów, które wskazujemy we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzamy w polisie.

135. Z konsultacji z psychiatrą lub psychologiem dla osoby bliskiej ubezpieczonego mogą korzystać: partner życiowy, rodzic, dziecko, siostra, brat lub inna osoba, którą wskaże ubezpieczony. Limit jest łączny dla wszystkich wymienionych osób.

136. Wsparcie psychologa lub psychiatry realizujemy wyłącznie na terenie Polski.

137. Aby skorzystać ze świadczenia wsparcia psychologa lub psychiatry, ubezpieczony lub osoba bliska powinni skontaktować się z Centrum Operacyjnym i podać:

- 1) imię i nazwisko,
- 2) PESEL albo w przypadku obcokrajowców numer dokumentu tożsamości,
- 3) numer polisy.

138. Czas oczekiwania na konsultację wynosi do 5 dni roboczych od zgłoszenia.

139. Termin, który podajemy w pkt 138, dotyczy konsultacji u jakiegokolwiek psychiatry, psychologa lub psychoterapeuty, a nie konsultacji u konkretnego specjalisty.

140. Konsultacje organizujemy w formie wizyty stacjonarnej lub telekonsultacji. Nie organizujemy telekonsultacji z psychiatrą dla osób poniżej 18. roku życia. Wybór formy konsultacji należy do ubezpieczonego lub osoby bliskiej ubezpieczonego.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa lub nasza odpowiedzialność jest ograniczona

Karencja

141. Karencja to okres, w którym nasza odpowiedzialność jest ograniczona lub wyłączona. Okres karencji określamy w polisie.

142. Karencji nie stosujemy, jeżeli poważny stan chorobowy powstał w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.

Wyłączenia

143. Nie wypłacimy świadczenia z tytułu śmierci, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe jest następstwem:

- 1) wojny, działań wojennych i zbrojnych;
- 2) świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;

4) samobójstwa ubezpieczonego popełnionego w okresie 2 lat od daty zawarcia umowy.

144. Nie ponosimy odpowiedzialności w związku z:

- 1) leczeniem chorób, których nie obejmuje ubezpieczenie;
- 2) chorobami lub następstwami nieszczęśliwych wypadków, które:
 - a) powstały w wyniku wojen, aktów terroryzmu, ruchów sejsmicznych, zamieszek, rozruchów, powodzi, wybuchów wulkanów,
 - b) są następstwem reakcji jądrowych lub katastroficznych,
 - c) wiążą się z oficjalnie ogłoszonymi epidemiami;
- 3) niezależnym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych, lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
- 4) leczeniem następstw, które wynikają z prób samobójczych lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę;
- 5) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który spełnia ustawowe znamiona przestępstwa.

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

- 1) nie zapewnimy ochrony ubezpieczeniowej,
- 2) nie wypłacimy świadczeń, lub
- 3) nie zapewnimy innych korzyści z tytułu umowy ubezpieczenia, w zakresie, w jakim spełnienie tych świadczeń mogłoby skutkować złamaniem przez nas sankcji gospodarczych, handlowych, finansowych lub embarga, wynikających z prawa polskiego lub międzynarodowego, w tym przyjętych przez Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych, a także przez Stany Zjednoczone Ameryki lub inne państwa, chyba że jest to sprzeczne z przepisami prawa (w tym krajowego lub Unii Europejskiej), które nas obowiązują.

146. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym Further nie organizuje i nie pokrywa kosztów opieki medycznej za granicą ani kosztów związanych z pozostałymi świadczeniami, jeżeli:

- 1) w momencie wystąpienia poważnego stanu chorobowego ubezpieczony nie miał stałego miejsca zamieszkania w Polsce oraz
- 2) w ciągu 12 miesięcy przed wystąpieniem poważnego stanu chorobowego ubezpieczony przebywał na terytorium Polski przez okres krótszy niż 183 dni, chyba że powodem pobytu poza terytorium Polski było korzystanie ze świadczeń z tytułu tej umowy.

147. Nie ponosimy odpowiedzialności w związku z:

- 1) leczeniem eksperymentalnym, jak również tymi procedurami diagnostycznymi, terapeutycznymi lub chirurgicznymi, których bezpieczeństwo nie zostało udowodnione naukowo;
- 2) procedurami medycznymi wymaganymi w związku z AIDS, HIV lub w związku z chorobami związanymi z tymi chorobami (w tym mięsak Kaposiego) lub leczeniem AIDS lub HIV;
- 3) usługami, które nie są niezbędne z medycznego punktu widzenia do leczenia poważnego stanu chorobowego ubezpieczonego;
- 4) opłatami za organizację i leczenie poważnych stanów chorobowych, które obejmuje nasze ubezpieczenie, w inny sposób niż rekomendowany w raporcie eksperta medycznego, jeżeli jako sposób leczenia rekomenduje on w nim przeszczep narządu;
- 5) organizacją i pokryciem kosztów świadczeń lub leczenia, które wiążą się z komplikacjami po transplantacji wykonanej nie w ramach opieki medycznej za granicą;

148. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym Further nie organizuje i nie pokrywa kosztów opieki medycznej za granicą ani kosztów związanych z pozostałymi świadczeniami, jeżeli ubezpieczony przed, w trakcie lub po weryfikacji roszczenia:

- 1) nie postępuje zgodnie z zaleceniami lub planem leczenia ustalonym przez lekarza prowadzącego lub
- 2) odmawia poddania się leczeniu, dodatkowej analizie diagnostycznej lub testom niezbędnym do ustalenia ostatecznej diagnozy lub planu leczenia.

Koszty, których nie obejmujemy ubezpieczeniem

149. Nie ponosimy odpowiedzialności w związku z:

- 1) kosztami poniesionymi na organizację i pokrycie kosztów leczenia w Polsce, z wyjątkiem zakupu leków po powrocie do Polski oraz opieki kontrolnej po leczeniu za granicą – nie dotyczy to organizacji leczenia w Polsce zgodnie z postanowieniem pkt 85;

- 2) kosztami poniesionymi:
- a) przed datą wskazaną we wstępnym certyfikacie leczenia,
 - b) w innym szpitalu niż ten, do którego został skierowany ubezpieczony,
 - c) w związku z opieką domową po rekonwalescencji, pobytem w domu opieki zdrowotnej lub usługami świadczonymi w ośrodku rekonwalescencji lub podobnej instytucji, uzdrowisku, hospicjum lub domu starców,
 - d) na zakup lub wynajem dowolnego typu protezy lub przyrządów ortopedycznych, protez zębowych, gorsetów, bandażi, kul, sztucznych członków lub organów, peruk, obuwia ortopedycznego, urządzeń lub przedmiotów, z wyjątkiem protez piersi po mastektomii i protez zastawek serca wymaganych w związku z operacją wykonaną w ramach świadczenia opieki medycznej za granicą,
 - e) na zakup lub wynajem wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych, oczyszczaczy powietrza ani przedmiotów lub sprzętu służących do rehabilitacji lub rekonwalescencji lub leczenia,
 - f) na organizację i leczenie z wykorzystaniem terapii genowej, terapii komórkami somatycznymi, inżynierii tkankowej i terapii limfocytami CAR-T,
 - g) na tłumacza, z wyjątkiem tłumaczenia zorganizowanego przez Further, które dotyczyło procesu leczenia prowadzonego w ramach opieki medycznej za granicą,
 - h) na rozmowy telefoniczne oraz opłaty w odniesieniu do przedmiotów osobistego użytku lub które nie są natury medycznej, lub z tytułu usług świadczonych osobie towarzyszącej,
 - i) przez ubezpieczonego lub krewnych, lub osoby towarzyszące ubezpieczonemu, z wyjątkiem kosztów objętych ubezpieczeniem;
- 3) leczeniem z wykorzystaniem medycyny alternatywnej, a także procedurami diagnostycznymi, terapeutycznymi lub chirurgicznymi, których bezpieczeństwo i skuteczność nie zostały potwierdzone naukowo i medycznie;
- 4) zakupem leków, których nie wydał farmaceuta lub które są dostępne bez recepty;
- 5) organizacją ani pokryciem kosztów:
- a) leczenia z wykorzystaniem medycyny alternatywnej nawet, jeśli zalecił ją lekarz podczas leczenia poważnego stanu chorobowego,
 - b) leczenia wszystkich chorób spowodowanych procedurami medycznymi zorganizowanymi i opłaconymi przez Further, z wyjątkiem przypadków, w których dana choroba została sklasyfikowana jako poważny stan chorobowy; wyłączenia, o którym mowa, nie stosujemy do sytuacji wskazanej w pkt 84 pkt 9),
 - c) znalezienia dawcy poza członkami rodziny ubezpieczonego,
 - d) świadczeń dostępnych w ramach opieki medycznej za granicą w przypadku niezdolności ubezpieczonego do wyjazdu z powodu niespełnienia przez niego obowiązku wizowego kraju, w którym znajduje się wybrana przez ubezpieczonego placówka medyczna;
- 6) pokryciem kosztów świadczeń, jeżeli nie organizuje ich Further;
- 7) jakimikolwiek kosztami poniesionymi poza obowiązującym okresem realizacji świadczenia;
- 8) leczeniem długoterminowych skutków ubocznych, łagodzeniem przewlekłych objawów lub rehabilitacją (w tym fizjoterapia, rehabilitacja ruchowa oraz terapia językowa i mowy);
- 9) świadczeniem opieki zdrowotnej, która z medycznego punktu widzenia nie jest niezbędna do leczenia poważnego stanu chorobowego;
- 10) kosztami z tytułu zakwaterowania lub transportu zorganizowanego samodzielnie przez ubezpieczonego, towarzysza podróży lub dawcę.
150. Nie ponosimy również odpowiedzialności w przypadku, gdy poza leczeniem w ramach opieki medycznej za granicą ubezpieczony ma potrzebę leczenia związanego z demencją lub zaburzeniami poznawczymi, niezależnie od stopnia ich zaawansowania.
- ## Reklamacje
- ### – jak złożyć reklamację, skargę lub zażalenie i jak je rozpatrujemy
151. Reklamację można wnieść w każdym przypadku, o ile jesteś:
- 1) osobą fizyczną, która jest ubezpieczającym, ubezpieczonym, inną osobą uprawnioną z umowy ubezpieczenia lub spadkobiercą, który ma interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, a także
 - 2) osobą prawną lub spółką nieposiadającą osobowości prawnej, która jest ubezpieczającym lub poszukuje ochrony ubezpieczeniowej.
152. W przypadku osób fizycznych za reklamację uważamy wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, które osoby fizyczne kierują do nas jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia, które zawierają zastrzeżenia w zakresie niezwiązanym z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową, składane przez osoby fizyczne, które są klientami:
- 1) brokera ubezpieczeniowego lub
 - 2) agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające, którzy wykonują czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
153. W przypadku osób prawnych lub spółek, które nie posiadają osobowości prawnej, za reklamację uważamy wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, które podmioty te kierują do nas, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia, które zawierają zastrzeżenia w zakresie niezwiązanym z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową i które dotyczą:
- 1) brokerów ubezpieczeniowych lub
 - 2) agentów ubezpieczeniowych lub agentów, którzy oferują ubezpieczenia uzupełniające, którzy wykonują czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
154. Reklamacje wnosi się do zarządu naszej spółki. Reklamację można złożyć w każdej naszej jednostce, która obsługuje klientów.
155. Reklamacje na świadczone przez nas usługi można złożyć:
- 1) elektronicznie – poprzez formularz na stronie unika.pl/reklamacje;
 - 2) ustnie:
 - a) telefonicznie pod numerem naszej infolinii +48 22 599 95 22,
 - b) osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie;
 - 3) na piśmie:
 - a) osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie,
 - b) przesyłką pocztową na adres: UNIKA TU na Życie S.A., 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51,
 - c) na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w Ustawie z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych jako rejestr publiczny prowadzony przez ministra właściwego do spraw informatyzacji, tj. AE:PL-75623-64271-BRDJV-27.
156. Odpowiedzi na reklamację udzielimy na piśmie albo w przypadku reklamacji wniesionej przez osobę fizyczną – pocztą elektroniczną, jeżeli osoba fizyczna, która składa reklamację, złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek tej osoby, potwierdzimy pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt złożenia reklamacji.
157. Odpowiedzi na reklamację udzielimy bezzwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.
158. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć reklamacji i udzielić na nią odpowiedzi w terminie 30 dni, poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
159. Jeżeli osoba fizyczna, która składa reklamację, nie zgadza się z naszym stanowiskiem wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, a ponadto może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko nam według właściwości określonej w OWU.

160. Klient, który jest konsumentem, może również zwrócić się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
161. Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
162. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla UNIQA TUNŻ S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa; www.rf.gov.pl).
163. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami pkt 151–153, przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażaleń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie postanowienia pkt 154–157 i 160, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć skargi lub zażalenia i udzielić odpowiedzi w terminie 30 dni, osobę, która je złożyła, poinformujemy w tym terminie o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na skargę lub zażalenie udzielimy nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

Właściwość sądów

– do którego sądu wnieść powództwo

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

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWU

167. W OWU używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:

- 1) **Centrum Operacyjne** – jednostka, która zajmuje się organizacją oraz realizacją konsultacji lekarzy specjalistów i badań diagnostycznych, w przypadku podejrzenia poważnego stanu chorobowego, oraz wsparcia psychologa lub psychiatry; numer telefonu do Centrum Operacyjnego znajduje się w polisie;
- 2) **dni robocze** – dni od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy;
- 3) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione ubezpieczającego, które w dniu złożenia wniosku nie ukończyło 18. roku życia;
- 4) **dzień złożenia wniosku** – dzień złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przez ostatnią z osób dokonujących uwierzytelnienia;
- 5) **ekspert medyczny** – lekarz, który działa za granicą Polski, wyznaczony do współpracy w celu sporządzenia raportu; specjalność oraz doświadczenie lekarza odpowiadają specyfice stanu zdrowia ubezpieczonego;
- 6) **Further** – Further Underwriting International S.L.U., podmiot, który organizuje i realizuje na naszą rzecz i w naszym imieniu świadczenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach OWU;
- 7) **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu, który znajduje się za granicą, trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny;
- 8) **inżynieria tkankowa** – postępowanie z użyciem zmodyfikowanych komórek lub tkanek, które wykorzystuje się do naprawy, regeneracji lub wymiany tkanki ludzkiej;
- 9) **konsultant kardiologiczny** – lekarz specjalista, który jest oficjalnie uznawany za kardiologa przez lokalną komisję lekarską w zakresie diagnozowania i leczenia chorób serca i naczyń krwionośnych;
- 10) **leczenie eksperymentalne** – leczenie, procedura, przebieg leczenia, sprzęt, lek lub produkt farmaceutyczny, przeznaczone do użytku medycznego lub chirurgicznego, które:
 - a) nie są powszechnie akceptowane jako bezpieczne, skuteczne i odpowiednie w leczeniu chorób lub urazów przez różne organizacje naukowe uznane przez międzynarodową społeczność medyczną, lub

b) są przedmiotem badań, testów lub znajdują się na dowolnym etapie eksperymentów klinicznych;

- 11) **lekarz specjalista** – lekarz uwzględniony w wykazie specjalizacji lekarskich w załączniku do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 maja 2023 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów;
- 12) **leki** – każda substancja lub połączenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane ubezpieczonemu w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji funkcji fizjologicznych organizmu, poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne, lub w celu postawienia diagnozy; możliwe do użycia wyłącznie na receptę wystawioną przez lekarza i wydawane przez licencjonowanego farmaceutę; lekiem jest również zamiennik wskazanego w receptce leku, jeżeli ma te same składniki aktywne, siłę i dawkowanie;
- 13) **medycyna alternatywna** – metoda leczenia, praktyka lub produkt medyczny albo farmaceutyczny, które obecnie nie są uważane za część medycyny konwencjonalnej lub standardowych metod leczenia, w tym między innymi: akupunktura, aromaterapia, medycyna chiropraktyczna, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna;
- 14) **miesiąc polisy** – miesiąc, który rozpoczyna się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca; jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- 15) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia ubezpieczonego;
- 16) **placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot leczniczy, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za placówkę medyczną nie uważamy: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa;
- 17) **polisa** – dokument, który potwierdza zawarcie i warunki umowy ubezpieczenia;
- 18) **proteza** – urządzenie, które zastępuje całość lub część narządu lub zastępuje całość lub część upośledzonej jego funkcji;
- 19) **rocznica polisy** – każda rocznica początku ochrony ubezpieczeniowej, a jeżeli w danym roku kalendarzowym nie ma takiego dnia, to ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym rocznica ta przypada;
- 20) **rok polisy** – 12-miesięczny okres, który rozpoczyna się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdą rocznicę polisy, a kończy się w dniu bezpośrednio poprzedzającym rocznicę polisy;
- 21) **suma ubezpieczenia** – wskazana we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz w polisie kwota, na podstawie której ustalamy wysokość świadczenia, stanowiąca górną granicę naszej odpowiedzialności;
- 22) **szpital** – podmiot leczniczy, który świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz działa zgodnie z wymogami prawa państwa, w którym się znajduje;
- 23) **terapia genowa** – postępowanie z użyciem genów, które powodują efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny; polega na wstawieniu rekombinowanych genów do organizmu, zwykle w celu leczenia różnych chorób, w tym zaburzeń genetycznych, raka lub chorób przewlekłych; rekombinowany gen to odcinek DNA lub RNA, który jest tworzony w laboratorium poprzez łączenie DNA lub RNA z różnych źródeł;
- 24) **terapia komórkami somatycznymi** – postępowanie z zastosowaniem genów komórek lub tkanek, które poddano modyfikacji w celu zmiany ich właściwości biologicznych, lub komórek albo tkanek nieprzeznaczonych do stosowania w tych samych podstawowych funkcjach w ciele; komórki lub tkanki mogą być stosowane do leczenia, diagnozowania lub zapobiegania chorobom;
- 25) **terapia limfocytami CAR-T (terapia z użyciem limfocytu T z chimerycznymi receptorami antygenowymi)** – rodzaj leczenia, w którym limfocyty T pacjenta (rodzaj komórek układu odpor-

nościowego) są modyfikowane w laboratorium, aby zaatakowały komórki rakowe; komórki T są pobierane z krwi pacjenta;

- 26) **trwały nośnik** – materiał lub narzędzie, które umożliwiają ubezpieczającemu lub ubezpieczonemu przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niego, w sposób który zapewnia dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, i które pozwalają odtworzyć przechowywane informacje w niezmienionej postaci;
- 27) **umowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie tych OWU;
- 28) **uposażony** – osoba wskazana przez ubezpieczonego do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci;
- 29) **usługi niezbędne z medycznego punktu widzenia** – usługi opieki zdrowotnej lub zaopatrzenia, które są:
 - a) przepisane ubezpieczonemu w celu leczenia poważnego stanu chorobowego oraz
 - b) uznane za skuteczne w poprawie wyników zdrowotnych po przebiegu leczenia według planu leczenia, które są zgodne pod względem rodzaju, częstotliwości i czasu trwania z diagnozą, zgodnie z opublikowaną recenzowaną literaturą medyczną (taką jak PubMed) lub naukowo popartymi wytycznymi USA, Wielkiej Brytanii i Europy (w szczególności NCCN – wytyczne dotyczące praktyki klinicznej w onkologii będą stosowane w odniesieniu do raka), oraz
 - c) opłacalne w porównaniu z alternatywnymi metodami leczenia, które dają podobne wyniki, w tym brak leczenia, oraz
 - d) wymagane z powodów innych niż wygoda ubezpieczonego lub jego lekarza;oceny tego, co z medycznego punktu widzenia jest niezbędne, dokonuje Further, uwzględniając zakres ubezpieczenia, rekomendację eksperta zawartą w drugiej opinii medycznej, a także we współpracy z lekarzem, który prowadzi leczenie za granicą, zgodnie z literaturą medyczną i wytycznymi medycznymi określonymi w lit. b);
- 30) **uwierzytelnienie** – w zależności od sposobu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia:
 - a) złożenie własnoręcznego podpisu na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - b) złożenie własnoręcznego podpisu na karcie podpisów do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,

c) potwierdzenie woli zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową wraz ze wszystkimi zgodami i oświadczeniami, w sposób który wskazujemy w przesłanej przez nas informacji mejlowej, oraz potwierdzenie tożsamości za pomocą mojejD;

- 31) **wniosek o zawarcie umowy** – dokument, w którym deklarujesz chęć zawarcia z nami umowy ubezpieczenia;
- 32) **wstępny certyfikat leczenia** – pisemna zgoda wydana przez Further w naszym imieniu na pokrycie kosztów opieki medycznej za granicą w celu leczenia poważnego stanu chorobowego we wskazanej, zaakceptowanej przez ubezpieczonego placówce medycznej, która znajduje się za granicą Polski;
- 33) **zaburzenia poznawcze** – zaburzenia, które znacznie upośledzają funkcję poznawczą jednostki do tego stopnia, że normalne funkcjonowanie w społeczeństwie jest niemożliwe bez leczenia, zgodnie z najnowszą wersją „Diagnostycznego i statystycznego podręcznika zaburzeń psychicznych (DSM-V)”;
- 34) **złożenie wniosku ubezpieczeniowego** – uwierzytelnienie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokonane przez ubezpieczającego, a w przypadku gdy ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego – dokonane również przez ubezpieczonego.

Postanowienia końcowe – co jeszcze jest ważne

- 168. W sprawach nieuregulowanych w OWU do umowy ubezpieczenia stosuje się przepisy prawa polskiego.
- 169. Strony mogą składać oświadczenia i zawiadomienia, które dotyczą umowy ubezpieczenia, z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, o ile OWU nie wymagają zachowania innej formy.
- 170. Integralną część tych OWU stanowi Formularz do OWU, czyli informacje sporządzone zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
- 171. Sprawozdania o naszej wypłacalności i kondycji finansowej publikujemy na naszej stronie internetowej.
- 172. Zasady opodatkowania podatkiem dochodowym kwot otrzymanych przez osoby fizyczne tytułu ubezpieczeń na życie określa Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.

Lista badań dla dorosłego

1) ALAT	26) fT_3	49) potas
2) anty-HBs	27) fT_4	50) proteinogram
3) anty-HCV	28) gazometria	51) próba tuberkulinowa
4) arteriografia	29) GFR	52) przeciwciała p. Borrelia – IgG
5) ASPAT	30) GGTP	53) przeciwciała p. Borrelia – IgM
6) audiogram	31) glukoza	54) PSA
7) badanie bakteriologiczne (posiewy)	32) HIV	55) rezonans magnetyczny
8) badanie grupy krwi	33) INR	56) rozmaz szpiku
9) badanie kału na krew utajoną	34) insulina (stężenie)	57) RP
10) badanie mikroskopowe	35) kolonoskopia	58) RTG
11) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego	36) koronarografia	59) scyntygrafia
12) białko całkowite	37) kreatynina	60) sigmoidoskopia
13) bilirubina	38) kwas foliowy,	61) spirometria
14) biopsja	39) kwas moczowy	62) sód
15) CRP	40) lipidogram (cholesterol całkowity, cholesterol HDL i LDL)	63) testy serologiczne
16) cytologia	41) magnez	64) tomografia komputerowa
17) echo serca	42) markery nowotworowe	65) trójglicerydy
18) EEG	43) markery sercowe (troponina, kinaza kreatynowa, CK-MB mass, mioglobina)	66) TSH
19) EKG spoczynkowe	44) mocznik	67) USG
20) EKG wysiłkowe	45) morfologia	68) USG Doppler naczyń
21) elektroforeza	46) OB	69) wapń
22) elektrolity	47) ogólne badanie moczu	70) witamina B ₁₂
23) EMG	48) PAP	71) witamina F
24) endoskopia		72) witamina P
25) enteroskopia		

Lista badań dla dziecka

1) ALAT	11) echo serca	21) mocznik
2) anty-HBs	12) EMG	22) morfologia
3) anty-HCV	13) endoskopia	23) OB
4) ASPAT	14) GFR	24) rezonans magnetyczny
5) audiogram	15) GGTP	25) rozmaz szpiku
6) badanie bakteriologiczne	16) glukoza	26) scyntygrafia
7) badanie grupy krwi	17) hemoglobina glikowana	27) tomografia komputerowa
8) badanie mikroskopowe	18) insulina (stężenie)	28) USG
9) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego	19) kolonoskopia	
10) biopsja	20) kreatynina	

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

To stabilna i wiarygodna firma, za którą stoją liczby:

- ☒ obecna w 17 krajach
- ☒ 17 mln klientów w Europie
- ☒ jedna z największych grup ubezpieczeniowych w Polsce
- ☒ 6 mln klientów w Polsce
- ☒ lider w ubezpieczeniach dla segmentu mieszkalnictwa

Skontaktuj się z nami:

22 599 95 22

* koszt połączenia według taryfy operatora

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

Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się z agentem.



Lepiej mieć plan ochronny.

Ogólne warunki
ubezpieczenia

Indywidualne ubezpieczenie na życie
Plan Ochronny



Spis treści

Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Ochronny 1

Tabela limitów 9

Obowiązki informacyjne UNIQA Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. 10

FORMULARZ DO OWU

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Ochronny – indeks PO/23/04/24

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 § 6 ust. 1 § 30
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 6 ust. 4 i 5 § 12 ust. 2 § 18 ust. 8 § 23

Rozdział I

Postanowienia ogólne

§ 1 OWU

1. Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Ochronny (dalej: OWU) stosuje się do umów ubezpieczenia na życie zawieranych z Towarzystwem.
2. OWU wraz z dokumentami wskazanymi przez Towarzystwo kształtują treść umowy ubezpieczenia, w szczególności prawa i obowiązki stron tej umowy (Towarzystwa i Ubezpieczającego), jak również Ubezpieczonego, Uposażonego i innych uprawnionych z umowy ubezpieczenia.
3. Załącznikiem do OWU, stanowiącym ich integralną część, jest Tabella limitów.

Rozdział II

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej jest życie Ubezpieczonego Głównego.
2. Zakres ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej obejmuje śmierć Ubezpieczonego Głównego w okresie ubezpieczenia.
3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia mogą zostać rozszerzone poprzez zawarcie umów dodatkowych:
 - 1) jednocześnie z umową podstawową lub
 - 2) w terminach wymagalności składki łącznej.
4. Rozszerzony zakres ubezpieczenia może obejmować życie i zdrowie Ubezpieczonego Głównego i Ubezpieczonego, będącego współmałżonkiem lub partnerem Ubezpieczonego Głównego.

Rozdział III

Zawarcie i rozwiązanie umowy ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 3 Zawarcie umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie złożonego wniosku ubezpieczeniowego i zaakceptowanego przez Towarzystwo.
2. W celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem umowy ubezpieczenia Towarzystwo może żądać od Ubezpieczonego przedstawienia dokumentacji medycznej potwierdzającej stan jego zdrowia lub poddania się na koszt Towarzystwa badaniu medycznemu, z wyłączeniem badań genetycznych. Towarzystwo wystąpi z takim żądaniem w terminie 30 dni od dnia przedstawienia przez Ubezpieczonego oświadczenia o stanie jego zdrowia.
3. Po dokonaniu analizy ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo może:
 - 1) podjąć decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia na warunkach określonych we wniosku ubezpieczeniowym i OWU albo
 - 2) odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia, albo
 - 3) zaproponować Ubezpieczającemu zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach odmiennych od zawartych we wniosku ubezpieczeniowym lub OWU.

§ 4 Skutki podania nieprawdziwych informacji

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 razie 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 zawarcia umowy ubezpieczenia, nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.

4. Powyższe postanowienia stosuje się odpowiednio przy podwyższeniu sumy ubezpieczenia – w zakresie, w jakim suma ubezpieczenia została podwyższona.

§ 5 Okres ubezpieczenia

1. Umowa podstawowa jest zawierana na czas określony, do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego Głównego 75. roku życia.
2. Jeżeli rocznica polisy przypada w dniu ukończenia przez Ubezpieczonego Głównego 75. roku życia, umowa podstawowa ulega rozwiązaniu z tym dniem.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się z datą zawarcia umowy podstawowej wskazanej w polisie, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej w wymaganej wysokości.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej;
 - 2) odstąpienia od umowy podstawowej.

§ 6 Ochrona tymczasowa

1. Towarzystwo udziela ochrony tymczasowej, której zakres obejmuje śmierć Ubezpieczonego Głównego w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Nieszczęśliwy wypadek oraz śmierć Ubezpieczonego Głównego w jego wyniku muszą zaistnieć w okresie udzielania przez Towarzystwo ochrony tymczasowej.
2. Ochrona tymczasowa rozpoczyna się od następnego dnia po dniu złożenia wniosku ubezpieczeniowego oraz opłaceniu wstępnie obliczonej pierwszej składki łącznej.
3. Towarzystwo udziela ochrony tymczasowej osobie wskazanej we wniosku ubezpieczeniowym o zawarcie umowy podstawowej jako Ubezpieczony Główny.
4. Ochrona tymczasowa wygasa z dniem zajścia wcześniejszego ze zdarzeń:
 - 1) zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - 2) upływu ostatniego dnia do złożenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu, jeżeli dokument ubezpieczenia zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty;
 - 3) upływu 60. dnia od daty rozpoczęcia ochrony tymczasowej;
 - 4) odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia.
5. Świadczenie wypłacone z tytułu śmierci Ubezpieczonego Głównego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w okresie udzielania przez Towarzystwo ochrony tymczasowej stanowi łączną wartość sum ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej i wskazanych w ust. 6 umów dodatkowych, określonych we wniosku ubezpieczeniowym, nie więcej jednak niż 50 000 zł.
6. Ochrona tymczasowa w zakresie śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku udzielana jest z tytułu następujących umów dodatkowych:
 - 1) na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) terminowej na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
 - 3) na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego, pod warunkiem że śmierć Ubezpieczonego Głównego spowodowana została wypadkiem komunikacyjnym, o ile we wniosku ubezpieczeniowym zostały one wskazane jako rozszerzające zakres ubezpieczenia umowy podstawowej.
7. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Głównego, który wskazał więcej niż jednego Uposażonego, a łączna wysokość sum ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej i umów dodatkowych, z tytułu których udzielana jest ochrona tymczasowa, jest wyższa niż 50 000 zł, Towarzystwo wypłaci każdemu z Uposażonych świadczenie w proporcji, w jakiej kwota świadczenia, którą otrzymałby po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, pozostaje do łącznej kwoty świadczeń, które zostałyby wypłacone Uposażonym po tym dniu.
8. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego Głównego jest następstwem:
 - 1) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub pro-

wadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;

- 2) niezaleconego przez lekarza zażycia przez Ubezpieczonego leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych;
 - 3) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 4) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka;
 - 5) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania danym pojazdem i używania go lub pojazd ten nie miał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 6) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
 - 7) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych;
 - 8) utraty przytomności poprzedzającej fizyczne obrażenia ciała, w tym napadów padaczkowych;
 - 9) wojny, działań wojennych i zbrojnych;
 - 10) świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach.
9. Towarzystwo nie jest zobowiązane do spełnienia jakichkolwiek świadczeń, w tym zapewnienia ochrony ubezpieczeniowej, zapłaty jakichkolwiek środków z tytułu roszczeń lub zapewnienia jakichkolwiek korzyści na podstawie niniejszej umowy w zakresie, w jakim spełnienie tych świadczeń mogłoby skutkować złamaniem przez Towarzystwo sankcji, zakazów lub ograniczeń wynikających z prawa polskiego lub międzynarodowego, w tym przyjętych przez Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych, a także przez Stany Zjednoczone Ameryki, Wielką Brytanię lub inne państwa, chyba że jest to sprzeczne z przepisami prawa obowiązującymi Towarzystwo.

§ 7 Odstąpienie od umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy podstawowej, składając Towarzystwu oświadczenie o odstąpieniu w terminie 45 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 15 dni od dnia zawarcia umowy podstawowej. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 45 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
2. Jeżeli Ubezpieczający jest konsumentem, a umowa została zawarta bez jednoczesnej obecności obu stron z użyciem środków porozumiewania się na odległość, Ubezpieczający może odstąpić od umowy w terminie 45 dni:
 - 1) od dnia, w którym informujemy go o zawarciu umowy, lub
 - 2) od dnia doręczenia mu informacji, które należy przekazać konsumentowi na podstawie przepisów dotyczących zawierania umów na odległość, jeżeli jest to termin późniejszy.Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem Ubezpieczający wyśle do Towarzystwa oświadczenie o odstąpieniu.
3. W przypadku odstąpienia od umowy podstawowej Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą składkę podstawową, pomniejszoną o kwotę należną za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. Wypłata następuje w terminie 14 dni roboczych od dnia złożenia Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu od umowy podstawowej.

§ 8 Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
 - 1) z upływem okresu obowiązywania umowy podstawowej;
 - 2) z dniem śmierci Ubezpieczonego Głównego;
 - 3) z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia umowy podstawowej przez Ubezpieczającego;
 - 4) z dniem zakończenia okresu prolongaty, jeżeli Ubezpieczający, pomimo wezwania do zapłaty, w okresie, w którym nie przysługuje mu prawo do zawieszenia opłacania składki łącznej, nie opłacił zaległych składek łącznych w terminie wskazanym w wezwaniu, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania;
 - 5) z upływem okresu zawieszenia opłacania składki łącznej, jeżeli Ubezpieczający nie wznowił opłacania składek łącznych w tym

terminie, pomimo wezwania do zapłaty składek łącznych w terminie wskazanym w wezwaniu, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania.

2. Niezależnie od postanowień ust. 1, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w dniu poprzedzającym najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu, w którym wysokość składki łącznej uległa obniżeniu poniżej minimalnej wysokości określonej w Tabeli limitów, chyba że wysokość składki łącznej uległa obniżeniu na skutek wypowiedzenia lub odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy dodatkowej – w takim przypadku umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy dodatkowej.
3. Umowa ubezpieczenia nie ulega rozwiązaniu w związku ze śmiercią Ubezpieczonego Głównego, jeżeli Ubezpieczony, będący współmałżonkiem lub partnerem Ubezpieczonego Głównego, przejął prawa i obowiązki Ubezpieczającego w trybie opisanym w § 25.
4. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć umowę podstawową, składając Towarzystwu oświadczenie o wypowiedzeniu. Umowa podstawowa rozwiązuje się z ostatnim dniem okresu, za który została opłacona składka łączna, jednak nie później niż w dniu poprzedzającym najbliższą rocznicę polisy.
5. Jeżeli umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona składka łączna, Towarzystwo dokonuje zwrotu składki łącznej za niewykorzystany okres ochrony.

Rozdział IV Prawa i obowiązki Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Towarzystwa

§ 9 Ubezpieczający, jego prawa i obowiązki

1. Ubezpieczającym może być osoba fizyczna, która w dniu złożenia wniosku ubezpieczeniowego ukończyła 18. rok życia, a także osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej.
2. Ubezpieczający ma obowiązek:
 - 1) opłacać składkę łączną, co stanowi główne świadczenie Ubezpieczającego;
 - 2) powiadamiać Towarzystwo o zmianie danych kontaktowych oraz danych identyfikacyjnych podanych we wniosku ubezpieczeniowym.
3. Ubezpieczający jest uprawniony do:
 - 1) zawarcia umów dodatkowych zgodnie z § 2 ust. 3;
 - 2) odstąpienia od umowy podstawowej zgodnie z § 7;
 - 3) wypowiedzenia umowy podstawowej zgodnie z § 8 ust. 4;
 - 4) indeksacji składki łącznej zgodnie z § 17;
 - 5) zawieszenia i wznowienia opłacania składki łącznej zgodnie z § 18 i § 19;
 - 6) składania reklamacji, skarg i zażaleń zgodnie z § 26.

§ 10 Ubezpieczony i jego prawa

1. Ubezpieczonym Głównym może być osoba fizyczna, która w dniu złożenia wniosku ubezpieczeniowego ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 71. roku życia.
2. Ubezpieczony ma prawo do wskazania Uposażonych i ich zmiany. W przypadku wskazania więcej niż jednego Uposażonego Ubezpieczony może określić procentowy udział każdej z tych osób w świadczeniu. W przypadku nieokreślenia procentowych udziałów Uposażonych w świadczeniu lub określenia procentowych udziałów, których suma nie stanowi 100%, Towarzystwo przyjmuje, że udziały Uposażonych są równe.

§ 11 Obowiązki Towarzystwa

1. Towarzystwo jest zobowiązane do:
 - 1) wypłaty świadczeń zgodnie z zasadami określonymi w umowie ubezpieczenia, co stanowi główne świadczenia Towarzystwa;
 - 2) spełnienia innych obowiązków wynikających z umowy ubezpieczenia oraz przepisów prawa.
2. Towarzystwo jest zobowiązane ustalić składki w wysokości, która powinna co najmniej zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań z umowy ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej.

Rozdział V

Suma ubezpieczenia i zmiana sumy ubezpieczenia

§ 12 Wysokość sumy ubezpieczenia

1. Sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego Głównego, z zastrzeżeniem ust. 2, stanowi kwota wskazana w polisie.
2. Sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego Głównego w okresie prolongaty stanowi kwota określona w polisie, pomniejszona o składkę łączną należną z tytułu umowy ubezpieczenia za okres od pierwszego dnia okresu prolongaty do końca miesiąca polisy, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego Głównego.
3. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia jest możliwa w każdym terminie wymagalności składki łącznej.
4. W celu dokonania zmiany Ubezpieczający powinien złożyć Towarzystwu wniosek co najmniej na 12 dni roboczych przed terminem wymagalności składki łącznej, od którego ma obowiązywać zmiana sumy ubezpieczenia.
5. Podwyższenie wysokości sumy ubezpieczenia jest możliwe pod warunkiem uzyskania pozytywnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W tym celu Towarzystwo może żądać od Ubezpieczającego przed wyrażeniem zgody na podwyższenie sumy ubezpieczenia:
 - 1) złożenia oświadczenia dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego lub
 - 2) przedstawienia dokumentacji medycznej stwierdzającej stan zdrowia Ubezpieczonego, lub
 - 3) poddania się przez Ubezpieczonego badaniu medycznemu, o którym mowa w § 3 ust. 2.
6. Po dokonaniu analizy ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:
 - 1) zaproponowania innej wysokości sumy ubezpieczenia albo
 - 2) niewyrażenia zgody na dokonanie zmiany wysokości sumy ubezpieczenia.
7. Towarzystwo określa wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki łącznej w dokumencie potwierdzającym zgodę Towarzystwa na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia albo w propozycji zmiany wysokości sumy ubezpieczenia na inną kwotę.
8. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 10 dni roboczych od dnia doręczenia propozycji, o której mowa w ust. 7, nie zawiadomi Towarzystwa o odmowie jej przyjęcia, wówczas będzie obowiązywała wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki łącznej zaproponowana przez Towarzystwo.
9. W okresie zawieszenia opłacania składki łącznej Ubezpieczającemu nie przysługuje prawo do zmiany sumy ubezpieczenia.
10. Ubezpieczającemu nie przysługuje prawo do zmiany sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej.

Rozdział VI

Składki z tytułu umowy ubezpieczenia

§ 13 Składka podstawowa

1. Ubezpieczający może opłacać składkę podstawową z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną.
2. Wysokość składki podstawowej ustalana jest na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu złożenia wniosku ubezpieczeniowego.
3. Wysokość składki podstawowej potwierdzona jest w polisie.
4. Pierwsza składka podstawowa powinna być wpłacona na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa w wysokości wskazanej we wniosku ubezpieczeniowym lub w przypadku określonym w § 3 ust. 3 pkt 3) – w innym dokumencie Towarzystwa. Kolejne składki podstawowe powinny być wpłacane na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa w wysokości i w terminach określonych w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia. W razie zaległości w opłaceniu składki podstawowej Towarzystwo zalicza otrzymaną wpłatę z tytułu składki podstawowej w pierwszej kolejności na poczet zaległej składki najwcześniej wymagalnej.
5. Minimalna wysokość składki podstawowej wskazana jest w Tabeli limitów.

§ 14 Składka dodatkowa

1. W przypadku zawarcia umów dodatkowych Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek dodatkowych.

2. Składka dodatkowa płatna jest jednocześnie ze składką podstawową w terminach wymagalności składki podstawowej, na rachunek bankowy Towarzystwa wskazany dla składki łącznej.

§ 15 Prolongata zapłaty składki łącznej

1. Prolongata jest to odroczenie zapłaty składki łącznej.
2. Okres prolongaty rozpoczyna się w dniu wymagalności pierwszej nieopłaconej składki łącznej i trwa 2 miesiące polisy.
3. Prolongata nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia należnych i wymagalnych składek łącznych i nie skutkuje zmianą terminu wymagalności składki łącznej.
4. W okresie prolongaty Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej i umów dodatkowych.

Rozdział VII

Zmiany dotyczące opłacania składki

§ 16 Zmiana częstotliwości opłacania składki łącznej

1. Ubezpieczający może dokonać zmiany częstotliwości opłacania składki łącznej. Po każdej zmianie częstotliwości opłacania składki łącznej co najmniej jeden termin wymagalności składki łącznej w roku polisy powinien przypadać w rocznicę polisy.
2. Warunkiem zmiany częstotliwości opłacania składki łącznej jest opłacenie wszystkich składek łącznych wymagalnych do dnia złożenia wniosku o zmianę częstotliwości opłacania składki łącznej.
3. Towarzystwo określa nowe terminy opłacania składki łącznej w dokumencie potwierdzającym wyrażenie zgody na zmianę częstotliwości opłacania składki łącznej.

§ 17 Indeksacja

1. W każdym roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie składki łącznej, tzw. indeksację.
2. Indeksacja następuje poprzez podwyższenie wysokości składek dodatkowych opłacanych przez Ubezpieczającego:
 - 1) w ramach następujących umów dodatkowych:
 - a) ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego,
 - b) dodatkowego ubezpieczenia terminowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego,
 - c) ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - d) ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego,
 - e) ubezpieczenia dodatkowego na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego (z wyjątkiem rozszerzenia zakresu o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji lekarzy specjalistów w związku z poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego),
 - f) ubezpieczenia dodatkowego na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu,
 - g) ubezpieczenia dodatkowego na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego,
 - h) ubezpieczenia dodatkowego na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - i) ubezpieczenia dodatkowego na wypadek osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego,
 - j) ubezpieczenia dodatkowego na wypadek osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - k) innych ubezpieczeń dodatkowych, o ile indeksację przewidyują ogólne warunki tych ubezpieczeń dodatkowych;
 - 2) o wskaźnik ustalony przez Towarzystwo na podstawie 12-miesięcznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych opublikowanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego nie później niż na 3 miesiące przed rocznicą polisy, nie mniej jednak niż o 3%.
3. Niezależnie od indeksacji składki dodatkowe w ramach poszczególnych ubezpieczeń dodatkowych ulegają zmianie w daną rocznicę polisy, zgodnie z ogólnymi warunkami tych ubezpieczeń dodatkowych.

4. Towarzystwo przesyła Ubezpieczającemu, w ramach informacji rocznej do polisy, propozycję indeksacji nie później niż w terminie 30 dni przed rocznicą polisy.
5. W przypadku indeksacji Towarzystwo podwyższa sumy ubezpieczenia odrębnie dla każdej umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo w wysyłanej do Ubezpieczającego informacji rocznej do polisy w ramach propozycji indeksacji wskazuje wskaźnik, o którym mowa w ust. 2 pkt 2), oraz odrębnie dla każdej umowy dodatkowej – podwyższone sumy ubezpieczenia.
7. Ubezpieczający może nie przyjąć propozycji Towarzystwa dotyczącej indeksacji.
8. W przypadku niewyrażenia zgody na propozycję indeksacji Ubezpieczający jest zobowiązany doręczyć Towarzystwu zawiadomienie o odmowie zgody na propozycję indeksacji nie później niż w terminie 14 dni przed rocznicą polisy, od której podwyższenie wysokości składki łącznej ma być dokonane. Niedoręczenie Towarzystwu zawiadomienia o odmowie zgody na propozycję indeksacji w terminie określonym w zdaniu poprzedzającym oznacza akceptację propozycji Towarzystwa.
9. Brak zgody Ubezpieczającego na podwyższenie wysokości przynajmniej jednej składki dodatkowej objętej indeksacją oznacza brak zgody na indeksację.
10. Indeksacja nie jest stosowana w okresie zawieszenia opłacania składki łącznej.

§ 18 Zawieszenie opłacania składki łącznej

1. Zawieszenie opłacania składki łącznej może nastąpić, począwszy od 2. rocznicy polisy, pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego wszystkich składek łącznych należnych i wymagalnych do 2. rocznicy polisy oraz o ile od ostatniego wznowienia opłacania składki łącznej upłynął co najmniej 5-letni okres.
2. Zawieszenie opłacania składki łącznej następuje:
 - 1) na wniosek Ubezpieczającego lub
 - 2) automatycznie po upływie okresu prolongaty, jeżeli Ubezpieczający nie opłacił wymagalnej składki łącznej.
3. Zawieszenie opłacania składki łącznej na wniosek Ubezpieczającego następuje od najbliższego terminu wymagalności składki łącznej po złożeniu tego wniosku. W przypadku złożenia wniosku w tej sprawie w okresie prolongaty, zawieszenie opłacania składki łącznej następuje od najbliższego terminu wymagalności najwcześniej wymagalnej, nieopłaconej składki łącznej.
4. Zawieszenie opłacania składki łącznej w trybie opisanym w ust. 2 pkt 1) następuje na okres wskazany przez Ubezpieczającego we wniosku o zawieszenie opłacania składki łącznej, nie dłuższy niż okres wskazany w Tabeli limitów.
5. Zawieszenie opłacania składki łącznej w trybie opisanym w ust. 2 pkt 2) następuje na okres wskazany w Tabeli limitów.
6. Ubezpieczający, za zgodą Towarzystwa, ma prawo do skrócenia okresu zawieszenia opłacania składki łącznej.
7. Zawieszenie opłacania składki łącznej powoduje zmianę częstotliwości jej opłacania na miesięczną, jeżeli przed zawieszeniem obowiązywała inna częstotliwość opłacania składki. Zmiana częstotliwości opłacania składki łącznej następuje od terminu wymagalności pierwszej nieopłaconej składki łącznej.
8. W okresie zawieszenia opłacania składki łącznej ochrona ubezpieczeniowa udzielana na podstawie umowy podstawowej i wszystkich umów dodatkowych ulega zawieszeniu.

§ 19 Wznowienie opłacania składki łącznej

1. Wznowienie opłacania składki łącznej następuje po upływie okresu zawieszenia.
2. Wznowienie opłacania składki łącznej możliwe jest pod warunkiem:
 - 1) opłacenia składki łącznej nie później niż w dniu wymagalności przypadającym bezpośrednio po upływie okresu zawieszenia, w wysokości wynikającej ze zmiany częstotliwości jej opłacania, o której mowa w § 18 ust. 7;
 - 2) opłacenia w powyższym terminie składki łącznej wymagalnej za okres prolongaty, jeżeli zawieszenie nastąpiło w trybie, o którym mowa w § 18 ust. 2 pkt 2).

3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy podstawowej i umów dodatkowych jest wznowiana od daty wznowienia opłacania składki łącznej, o którym mowa w ust. 2.

Rozdział VIII Świadczenia

§ 20 Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego Głównego

Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego Głównego stanowi suma ubezpieczenia, o której mowa w § 12.

§ 21 Osoby uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego Głównego

1. Świadczenie wypłacane jest na rzecz Uposażonych w częściach określonych przez Ubezpieczonego Głównego.
2. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego Głównego lub jednocześnie z Ubezpieczonym Głównym albo jeżeli Uposażony utracił prawo do świadczenia, jego prawo przypada pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w świadczeniu.
3. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego Głównego nie ma Uposażonych lub wszyscy Uposażeni utracili prawo do świadczenia, uprawnionymi do otrzymania świadczenia są wymienione niżej osoby w następującej kolejności:
 - 1) małżonek – w całości, a w razie jego braku
 - 2) dzieci – w równych częściach w przypadku braku małżonka, a w razie ich braku
 - 3) rodzice – w równych częściach w przypadku braku małżonka i dzieci, a w razie ich braku
 - 4) rodzeństwo – w równych częściach, w przypadku braku małżonka, dzieci i rodziców, a w razie jego braku
 - 5) spadkobiercy – w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym Głównym w przypadku braku małżonka, dzieci, rodziców i rodzeństwa.
4. Towarzystwo nie wypłaci świadczenia osobie, która swoim umyślnym działaniem lub zaniechaniem przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego. W takim przypadku prawa do tej części świadczenia przypadają innym osobom, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2–3.

§ 22 Zasady i terminy wypłat świadczeń

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
2. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Towarzystwu dokumentów wskazanych we właściwym formularzu wniosku o wypłatę świadczenia. Wnioski znajdują się na stronie internetowej www.unia.pl.
3. Dokumenty wskazane we właściwym wniosku powinny zostać złożone w oryginałach lub kopiach, których zgodność z oryginałem została poświadczona przez notariusza, organ, który je wydał, lub przedstawiciela Towarzystwa. Zgodność dokumentacji medycznej z oryginałem może być poświadczona także przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym. Dokumenty sporządzone w języku obcym przed złożeniem Towarzystwu powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 21 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zda-

zenia objętego zakresem ubezpieczenia. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie wskazanym w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

5. Jeżeli wypłata świadczenia nie jest możliwa w terminach określonych w ust. 4, Towarzystwo zawiadomi na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaci bezsporną część świadczenia.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

§ 23 Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia jest następstwem:
 - 1) wojny, działań wojennych i zbrojnych;
 - 2) świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach;
 - 3) samobójstwa w okresie dwóch lat od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową.
2. Towarzystwo nie jest zobowiązane do spełnienia jakichkolwiek świadczeń, w tym zapewnienia ochrony ubezpieczeniowej, zapłaty jakichkolwiek środków z tytułu roszczeń lub zapewnienia jakichkolwiek korzyści na podstawie niniejszej umowy w zakresie, w jakim spełnienie tych świadczeń mogłoby skutkować złamaniem przez Towarzystwo sankcji, zakazów lub ograniczeń wynikających z prawa polskiego lub międzynarodowego, w tym przyjętych przez Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych, a także przez Stany Zjednoczone Ameryki, Wielką Brytanię lub inne państwa, chyba że jest to sprzeczne z przepisami prawa obowiązującymi Towarzystwo.

Rozdział IX

Umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek

§ 24

1. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu przed wyrażeniem zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową OWU – na piśmie lub jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku.
2. Ponadto w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, na piśmie lub – jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku, informacje o:
 - 1) zmianach warunków umowy lub prawa właściwego dla zawartej umowy wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy – przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy 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;
 - 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 przekazaniu ich przez Towarzystwo Ubezpieczającemu.
3. Ubezpieczony ma prawo do żądania udzielenia mu informacji o postanowieniach umowy ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków, oraz do składania reklamacji, skarg i zażaleń zgodnie z § 26.

4. Ubezpieczony ma obowiązek powiadamiać Towarzystwo o zmianie danych kontaktowych oraz danych identyfikacyjnych podanych we wniosku ubezpieczeniowym.

Rozdział X

Zmiana Ubezpieczającego

§ 25 Zmiana Ubezpieczającego

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Głównego będącego jednocześnie Ubezpieczającym, jeżeli zakresem ubezpieczenia na podstawie umowy dodatkowej objęte jest życie lub zdrowie współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego Głównego, przejmuje on prawa i obowiązki Ubezpieczonego Głównego z dniem jego śmierci i staje się Ubezpieczającym i Ubezpieczonym Głównym w rozumieniu niniejszych OWU, pod warunkiem że wyraził na to zgodę.
2. W przypadku zmiany Ubezpieczającego współmałżonek lub partner wstępujący w prawa i obowiązki Ubezpieczającego zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy podstawowej, poczynwszy od dnia następującego po dniu śmierci Ubezpieczonego Głównego.
3. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego Głównego nastąpiła w okresie prolongaty, współmałżonek lub partner wstępujący w prawa dotychczasowego Ubezpieczającego zobowiązany jest opłacić składkę łączną należną za okres prolongaty.
4. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego Głównego nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania składki łącznej, warunkiem wznowienia opłacania składki łącznej jest opłacenie przez współmałżonka lub partnera wstępującego w prawa dotychczasowego Ubezpieczającego składki łącznej należnej za okres prolongaty oraz składki łącznej wymagalnej w dniu wymagalności kolejnej składki łącznej, przypadającej bezpośrednio po upływie okresu zawieszenia opłacania składki łącznej.
5. Umowy dodatkowe, w których przedmiotem ubezpieczenia było zdrowie lub życie Ubezpieczonego Głównego, ulegają rozwiązaniu z dniem jego śmierci.

Rozdział XI

Zasady składania reklamacji, właściwość sądów, prawo właściwe

§ 26 Reklamacje, skargi i zażalenia

1. W każdym przypadku osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, inną osobą uprawnioną z umowy ubezpieczenia lub spadkobiercą posiadającym interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamację.
2. W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (dalej: Towarzystwo) jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień składanych przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
3. W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień dotyczących brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.

4. Reklamacje można składać Towarzystwu w następujący sposób:
 - 1) elektronicznie poprzez formularz na stronie unika.pl/reklamacje;
 - 2) ustnie:
 - a) telefonicznie pod numerem naszej infolinii +48 22 599 95 22,
 - b) osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie;
 - 3) na piśmie:
 - a) osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie,
 - b) wysłana przesyłką pocztową na adres: 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51,
 - c) wysłana na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w ustawie z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych jako rejestru publicznego prowadzonego przez ministra właściwego do spraw informatyzacji, tj. AE:PL-75623-64271-BRDJV-27.
5. Reklamacje wnosi się do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
6. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
7. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona na piśmie albo w przypadku reklamacji wniesionej przez osobę fizyczną – pocztą elektroniczną, jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
8. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, a w przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej – nazwę firmy oraz imię i nazwisko osoby do kontaktu, a także w obu przypadkach adres do korespondencji, adres e-mail (w razie wyboru takiej formy kontaktu).
9. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
10. 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.
11. Jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, a ponadto może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu według właściwości określonej w § 27.
12. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
14. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla UNIQA TUNŻ S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa; www.rf.gov.pl).
15. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami ust. 1–3, przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażeń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ust. 4–9 i 12, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub zażeń i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie poinformuje osobę składającą skargę lub zażalenie o przyczynie niemożności ich rozpatrzenia, i w takim przypadku odpowiedź na skargę lub zażalenie zostanie udzielona nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

§ 27 Właściwość sądów, prawo właściwe

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, 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.
3. W sprawach nieuregulowanych w OWU do umowy ubezpieczenia stosuje się przepisy prawa polskiego.

Rozdział XII Postanowienia końcowe

§ 28 Doręczenia

Korespondencja wysyłana przez Towarzystwo do Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego będzie przekazywana pisemnie pod ostatni wskazany adres Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony lub przewidzianej przez przepisy prawa.

§ 29 Informacja o przepisach podatkowych

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. 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.
2. 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.

§ 30 Definicje

1. **data rozpoczęcia ochrony** – określony w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia dzień, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy podstawowej lub dodatkowej;
2. **dokument ubezpieczenia** – polisa lub każdy inny wystawiony przez Towarzystwo dokument potwierdzający zawarcie oraz warunki umowy ubezpieczenia;
3. **dzień złożenia wniosku ubezpieczeniowego** – dzień złożenia wniosku ubezpieczeniowego przez ostatnią z osób dokonujących uwierzytelnienia;
4. **miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się z datą rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy podstawowej, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
5. **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego; zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, jak również następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia Ubezpieczonego nie uważa się za nieszczęśliwy wypadek;
6. **OWU** – niniejsze Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Ochronny;
7. **OWUD** – ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, stanowiące podstawę zawarcia umowy dodatkowej;
8. **partner** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym Głównym w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej, której przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie partnera, w związku pozamajątkowym i prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Ubezpieczonym Głównym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia. Osobę spełniającą powyższe warunki uznaje się za partnera, pod warunkiem że zarówno Ubezpieczony Główny, jak i ta osoba nie pozostają w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;

9. **polisa** – dokument wystawiany przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
10. **rocznica polisy** – dzień w każdym roku kalendarzowym obowiązywania umowy ubezpieczenia, odpowiadający dacie zawarcia umowy, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony (np. jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta 29 lutego, w niektórych latach rocznica polisy przypadnie 28 lutego);
11. **rok polisy** – 12-miesięczny okres rozpoczynający się z datą rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy podstawowej oraz każdy kolejny 12-miesięczny okres rozpoczynający się od daty rocznicy polisy;
12. **składka dodatkowa** – składka z tytułu umowy dodatkowej;
13. **składka łączna** – składka podstawowa powiększona o składki dodatkowe;
14. **składka podstawowa** – składka z tytułu umowy podstawowej;
15. **sporty wysokiego ryzyka** – sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia, w szczególności sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
16. **Tabela limitów** – tabela stanowiąca integralną część OWU, określająca limity finansowe obowiązujące w ramach umowy ubezpieczenia;
17. **Towarzystwo** – UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie;
18. **Ubezpieczony** – Ubezpieczony Główny, współmałżonek lub partner, na rzecz których Ubezpieczający zawarł umowę dodatkową;
19. **Ubezpieczony Główny** – osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę podstawową, która w dniu złożenia wniosku ubezpieczeniowego ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 71. roku życia;
20. **umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie OWUD, rozszerzająca zakres umowy podstawowej;
21. **umowa podstawowa** – umowa zawarta na podstawie OWU;
22. **umowa ubezpieczenia** – umowa podstawowa wraz z umowami dodatkowymi;
23. **Uposażony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
24. **uwierzytelnienie** – w zależności od sposobu złożenia wniosku ubezpieczeniowego:
 - 1) złożenie własnoręcznego podpisu na wniosku ubezpieczeniowym;
 - 2) złożenie własnoręcznego podpisu na karcie podpisów do wniosku ubezpieczeniowego o zawarcie umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Ochronny;
 - 3) potwierdzenie woli zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową wraz ze wszystkimi zgodami i oświadczeniami w sposób wskazany w przesłanej przez Towarzystwo informacji mejlowej oraz potwierdzenie tożsamości za pomocą mojejID;
25. **wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia, liczona w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy podstawowej; w każdą rocznicę polisy liczba ta zwiększana jest o 1 (jeden);
26. **wniosek ubezpieczeniowy** – formularz wniosku ubezpieczeniowego wraz z innymi dokumentami Towarzystwa niezbędnymi do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i zawarcia umowy ubezpieczenia.
27. **współmałżonek** – osoba, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej, której przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie współmałżonka, pozostawała z Ubezpieczonym Głównym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
28. **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
 - 1) 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;
 - 2) rowerzystą;
 - 3) pieszy;
29. **złożenie wniosku ubezpieczeniowego** – uwierzytelnienie wniosku ubezpieczeniowego dokonane przez Ubezpieczającego, a w przypadku gdy Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia na rzecz Ubezpieczonych – dokonane również przez Ubezpieczonych.

§ 31 Publikacja sprawozdań o wypłacalności i kondycji finansowej

Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane będą na stronie internetowej Towarzystwa.

§ 32 Obowiązki OWU

Niniejsze Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Ochronny zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 28 marca 2023 r.

1. Minimalna wysokość składki łącznej

1) dla częstotliwości miesięcznej	55 zł
2) dla częstotliwości kwartalnej	165 zł
3) dla częstotliwości półrocznej	300 zł
4) dla częstotliwości rocznej	550 zł

**2. Minimalna wysokość składki łącznej po przejęciu przez współmałżonka/partnera
praw i obowiązków Ubezpieczającego po jego śmierci**

1) dla częstotliwości miesięcznej	45 zł
2) dla częstotliwości kwartalnej	135 zł
3) dla częstotliwości półrocznej	245 zł
4) dla częstotliwości rocznej	450 zł

3. Maksymalny okres zawieszenia opłacania składki łącznej na wniosek Ubezpieczającego

6 miesięcy polisy

4. Okres zawieszenia opłacania składki łącznej w trybie automatycznym

6 miesięcy

Niniejsza Tabela limitów została zatwierdzona uchwałą Zarządu z 11 maja 2021 r. i ma zastosowanie do umów zawieranych od 1 czerwca 2021 r.

Działając na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, Towarzystwo informuje, że:

1. Towarzystwo ma siedzibę w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa, i jest wpisane do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy – XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000041216. Towarzystwo uzyskało zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej zezwoleniem Ministra Finansów z nr BS/1252/U-KP/635/93, DU/419/AU/AP/97, DU/417/AU/JJ/98.
2. Dane agenta ubezpieczeniowego pośredniczącego przy zawieraniu umowy ubezpieczenia każdorazowo podawane są przez tego agenta przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
3. Umowę ubezpieczenia regulują Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Ochronny zatwierdzone uchwałą Zarządu z dnia 28 marca 2023 r. (dalej: OWU), a w przypadku rozszerzenia przedmiotu i zakresu ubezpieczenia również ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego (dalej: OWUD).
4. Istotą ubezpieczeń na życie jest ochrona życia lub zdrowia ludzkiego (przedmiot ubezpieczenia) przez wypłatę, w przypadku ziszczenia się warunków określonych w OWU lub w OWUD, świadczeń w wysokości sum ubezpieczenia lub innej wysokości określonej zgodnie z OWU lub OWUD lub organizacja świadczeń opiekuńczych/medycznych ustalonych na wypadek określonych w umowie ubezpieczenia zdarzeń (zakres ubezpieczenia). Przedmiot i zakres ubezpieczenia zależą od wybranego zakresu ochrony w ramach wybranych umów dodatkowych. Wszelkie wątpliwości oraz szczegóły dotyczące istoty świadczenia można wyjaśnić z pracownikiem Call Center Towarzystwa, dzwoniąc pod numer +48 22 599 95 22 (koszt połączenia według taryfy operatora), agentem ubezpieczeniowym Towarzystwa bądź odwiedzając stronę internetową uniqa.pl.
5. Wysokość składki łącznej wyliczana jest w oparciu o deklarację ryzyka, a w szczególności w oparciu o informacje przekazane we wniosku ubezpieczeniowym oraz na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu złożenia wniosku ubezpieczeniowego, a w przypadku zawarcia umów dodatkowych w późniejszym czasie – również na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia tych umów. Wysokość składki łącznej może ulegać zmianie, w szczególności wraz z wiekiem Ubezpieczonego.
6. Pierwsza składka łączna powinna być wpłacona w wysokości wskazanej we wniosku ubezpieczeniowym lub w innym dokumencie Towarzystwa. Kolejne składki łączne powinny być wpłacane w wysokości i w terminach określonych w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia. Składka łączna jest płatna na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo.
7. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony, do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego Głównego 75. roku życia.
8. Warunki świadczenia ochrony ubezpieczeniowej, wyłączenia, prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia są szczegółowo opisane w OWU i OWUD.
9. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia bez podania jakiegokolwiek przyczyny w terminie 45 dni:
 - 1) od dnia, w którym poinformujemy go o zawarciu umowy, lub
 - 2) od dnia doręczenia mu niniejszego obowiązku informacyjnego.Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem Ubezpieczający wyśle do Towarzystwa oświadczenie o odstąpieniu.

Oświadczenie o odstąpieniu należy przesać na adres: UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa lub mejlowo na adres: umowy.ubezpieczenia@uniqa.pl. W przypadku składania oświadczenia na piśmie termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia istnieje obowiązek zapłacenia składki łącznej wyłącznie za okres świadczonej przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.

10. Koszt połączenia z numerem infolinii Towarzystwa (+48 22 599 95 22) jest ponoszony przez dzwoniącego, zgodnie z taryfą danego operatora.
11. W każdym przypadku osoba zainteresowana może wnosić skargi, reklamacje i zażalenia do Towarzystwa. Szczegółowe zasady zgłaszania reklamacji, skarg lub zażaleń dostępne są na stronie uniqa.pl/reklamacje, jak również w OWU. Możliwe jest również skierowanie pisemnej skargi do Rzecznika Finansowego oraz Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
12. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich Towarzystwo informuje, że podmiotem uprawnionym dla Towarzystwa do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa; www.rf.gov.pl). Ponadto Towarzystwo informuje, że istnieje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów między konsumentami a przedsiębiorcami drogą elektroniczną, za pośrednictwem platformy internetowej ODR Unii Europejskiej. Platforma umożliwia dochodzenie roszczeń wynikających z umów zawieranych przez Internet (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE) między konsumentami mieszkającymi w UE a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w UE. Platforma znajduje się na stronie: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.
13. Wszelkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia będą rozpatrywane na następujących zasadach: powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia; 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.
14. Informujemy o istnieniu Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego (www.ufg.pl). Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny jest instytucją, do której zadań należy między innymi zaspokajanie roszczeń z tytułu umów ubezpieczenia na życie w przypadkach i wysokości określonych w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.
15. Językiem stosowanym w relacjach z konsumentem jest język polski.
16. Prawem właściwym, stanowiącym podstawę stosunków Towarzystwa z konsumentem przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak również właściwym dla zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, jest prawo polskie.

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

To stabilna i wiarygodna firma, za którą stoją liczby:

- ☒ obecna w 18 krajach
- ☒ 16 mln klientów w Europie
- ☒ 5. ubezpieczyciel w Europie Środkowej i Wschodniej
- ☒ jedna z największych grup ubezpieczeniowych w Polsce
- ☒ 5,5 mln klientów w Polsce
- ☒ lider w ubezpieczeniach dla segmentu mieszkalnictwa

Skontaktuj się z nami:

22 599 95 22

* koszt połączenia według taryfy operatora

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

Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się z agentem.



SPIS TREŚCI

Zakres ubezpieczenia dla Ubezpieczonego	Indeks	Strona
1) Śmierć Ubezpieczonego	GNF/16/02/01	3
2) Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNFWU/16/05/01	9
3) Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	GNFWK/16/05/01	10
4) Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy	GNFPŚ/16/05/01	11
5) Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	GNFZU/16/05/01	12
6) Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego	GNFOD/16/05/01	13
7) Uszczerbek lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNFUUC/16/05/01	14
8) Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	GNFUZ/16/05/01	15
9) Niezdolność Ubezpieczonego do pracy	GNFNU/16/05/01	17
10) Niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNFWN/16/05/01	18
11) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu	GNFCP/16/05/01	19
12) Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	GNFCU/16/05/01	22
13) Operacja medyczna Ubezpieczonego	GNFOM/16/05/01	25
Zakres ubezpieczenia dla współmałżonka		
14) Śmierć współmałżonka	GNFSW/16/05/01	26
15) Śmierć współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNFSWW/16/05/01	27
16) Śmierć współmałżonka w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	GNFSWZ/16/05/01	28
17) Uszczerbek lub uszkodzenia ciała współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNFUUCW/16/05/01	29
18) Uszczerbek na zdrowiu współmałżonka w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	GNFUWZ/16/05/01	30
19) Pobyt współmałżonka w szpitalu	GNFPW/16/05/01	31
20) Poważne zachorowanie współmałżonka	GNFCW/16/05/01	34
21) Operacja medyczna współmałżonka	GNFOMW/16/05/01	37
Zakres ubezpieczenia dla dziecka		
22) Śmierć dziecka	GNFSD/16/05/01	38
23) Śmierć dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNFWD/16/05/01	39
24) Uszczerbek lub uszkodzenia ciała dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNFUUCD/16/05/01	40
25) Pobyt dziecka w szpitalu	GNFPWD/16/02/01	41
26) Poważne zachorowanie dziecka	GNFCD/16/02/01	43
27) Urodzenie się dziecka	GNFUD/16/05/01	46
28) Urodzenie się dziecka wymagającego leczenia	GNFUDL/16/05/01	48
29) Urodzenie się martwego noworodka	GNFSB/16/05/01	50
Zakres ubezpieczenia dla rodziców Ubezpieczonego lub rodziców współmałżonka		
30) Śmierć rodziców Ubezpieczonego	GNFSR/16/05/01	51
31) Śmierć rodziców Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNFWSR/16/05/01	52
32) Śmierć rodziców współmałżonka	GNFST/16/05/01	53
33) Śmierć rodziców współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNFWST/16/05/01	54

Świadczenia opiekuńcze i medyczne

34) Świadczenia opiekuńcze dla Ubezpieczonego oraz jego rodziny Opieka24 i Opieka24 Plus	GNFŚO/16/02/01	55
35) Świadczenia medyczne i opiekuńcze dla Ubezpieczonego oraz jego rodziny MediPomoc	GNFAM/16/05/01	59

Załączniki

Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała	65
Tabela uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	72
Wykaz poważnych zachorowań	74
Tabela operacji medycznych	78
Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka	84
Tabela procedur medycznych	91

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem

INDEKS GNF/16/02/01

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 ust. 2, 3, 4 § 12; § 38
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 10 ust. 2 pkt 1) § 15 ust. 1 w zw. z postanowieniami polisy § 16; § 17 § 26 ust. 2, 3

I. UMOWA UBEZPIECZENIA

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Umowa ubezpieczenia

§ 2

Na treść umowy ubezpieczenia składają się następujące dokumenty:

- wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem, zwany dalej wnioskiem;
- OWU;
- polisa ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem, zwana dalej polisą;
- każdy inny dokument złożony do Towarzystwa przez Ubezpieczającego, który został zaakceptowany przez Towarzystwo jako część umowy ubezpieczenia.

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

Kto może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową i za co Towarzystwo odpowiada

§ 3

- Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która spełnia warunki określone w definicji Ubezpieczonego.
- 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 ubezpieczenia, zwanych dalej OWUD.

W jaki sposób zawierana jest umowa ubezpieczenia

§ 4

- Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Towarzystwo przekazuje Ubezpieczającemu OWU oraz OWUD.
- Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie złożonego przez Ubezpieczającego, poprawnie wypełnionego, pisemnego wniosku na formularzu Towarzystwa, stanowiącego ofertę zawarcia umowy.
- Ubezpieczający jest zobowiązany do złożenia wniosku najpóźniej w dniu poprzedzającym wnioskowaną datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej oraz do opłacenia składki we wskazanym przez Towarzystwo terminie.

! Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest poprawnie wypełniony wniosek.

- 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.
- Towarzystwo zastrzega sobie prawo do dalszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
- W przypadku akceptacji wniosku Towarzystwo wystawia polisę, w której potwierdzona zostaje data początku ochrony ubezpieczeniowej i przekazuje ją Ubezpieczającemu.

! Towarzystwo może poprosić Ubezpieczającego o uzupełnienie wniosku oraz, z uwagi na zawarte w nim informacje, dodatkowo zweryfikować ryzyko ubezpieczeniowe. Wniosek może zostać niezaakceptowany przez Towarzystwo. Towarzystwo potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia polisą.

Od kiedy jest świadczona ochrona względem Ubezpieczonego

§ 5

- Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po łącznym spełnieniu następujących warunków:
 - została opłacona składka w należnej wysokości;
 - został przekazany do Towarzystwa poprawnie wypełniony wniosek;
 - została dokonana ocena ryzyka ubezpieczeniowego względem Ubezpieczonego.
- Początek ochrony ubezpieczeniowej potwierdzony jest w polisie.

! Początek ochrony rozpoczyna się od pierwszego dnia wskazanego w polisie, pod warunkiem że najpóźniej w dniu poprzedzającym początek ochrony ubezpieczeniowej zostanie opłacona składka oraz zostaną spełnione pozostałe warunki, o których jest mowa powyżej.

Jak przebiega i na czym polega ocena ryzyka ubezpieczeniowego

§ 6

- Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym żądania:
 - udzielenia informacji o stanie zdrowia w zakresie zawartym we wniosku oraz ankiecie medycznej;
 - dostarczenia dodatkowych dokumentów dotyczących stanu zdrowia;
 - skierowania na badania medyczne, z wyłączeniem badań genetycznych. Koszty badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
- Po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:
 - odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - określenia daty, od której ochrona ubezpieczeniowa może być świadczona;
 - określenia warunków objęcia ochroną ubezpieczeniową, tj. proponowania zmiany zakresu ubezpieczenia, podwyższenia składki, obniżenia sumy ubezpieczenia w ramach umowy podstawowej lub poszczególnych umów dodatkowych.

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

§ 7

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty początku ochrony ubezpieczeniowej określonej w polisie.
2. Po upływie każdego rocznego okresu trwania umowy ubezpieczenia ulega ona 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 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 oświadczenia w tej sprawie drugiej Stronie.

W jaki sposób ustalana jest wysokość składki i sumy ubezpieczenia

§ 8

1. Wysokość składki ustala się na podstawie taryfy składek obowiązującej w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku. Wysokość składki określa Towarzystwo w zależności od:
 - 1) wysokości sumy ubezpieczenia;
 - 2) zakresu ubezpieczenia;
 - 3) wieku osoby obejmowanej ochroną ubezpieczeniową;
 - 4) informacji o ryzyku ubezpieczeniowym, zawartej we wniosku i innych dokumentach ubezpieczeniowych.
2. Wysokość składki jest określana w polisie.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazana jest w polisie.

! Wysokość składki zależy od wielu czynników i jest określona w polisie.

W jaki sposób opłacana jest składka

§ 9

1. Ubezpieczający opłaca składkę z częstotliwością miesięczną. Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa składka może być opłacana z inną częstotliwością.
2. Składka opłacana jest przez Ubezpieczającego w pełnej wymaganej kwocie z góry w terminie wskazanym przez Towarzystwo potwierdzonym w polisie. Składka jest należna za okres, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej.
3. Obowiązek opłacania składki istnieje przez cały czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
4. Składka płatna jest na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa.

! Należy pamiętać o terminowym opłaceniu składki.

Jakie są konsekwencje nieopłacenia składki

§ 10

1. Składkę uważa się za nieopłaconą, gdy:
 - 1) wysokość opłaconej składki jest niższa od składki należnej;
 - 2) składka nie została opłacona na właściwy rachunek Towarzystwa wskazany przez Towarzystwo;
 - 3) składka nie została opłacona w terminie wymagalności wskazanym w polisie.
2. W przypadku niezapłacenia całości lub części składki w terminie wymagalności, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia zaległości składki, wskazując w wezwaniu co najmniej 7-dniowy dodatkowy termin na dokonanie zapłaty składki oraz informując o skutkach nieopłacenia składki w dodatkowym terminie, to jest:
 - 1) ustaniu odpowiedzialności Towarzystwa z upływem terminu dodatkowego;
 - 2) uznaniu umowy ubezpieczenia za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.

! Należy pamiętać o terminowym opłaceniu składek. W przypadku nieopłacenia należnej składki w terminie Towarzystwo wezwie do jej opłacenia. W przypadku nieopłacenia składki w dodatkowym co najmniej 7-dniowym terminie ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.

Czy warunki ubezpieczenia mogą ulec zmianie

§ 11

1. Towarzystwo może zaproponować zmianę warunków umowy ubezpieczenia.
2. Propozycję zmiany warunków umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy, na kolejny rok polisy Towarzystwo przedstawi Ubezpieczającemu pisemnie lub jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, nie później niż 30 dni przed rocznicą polisy, wyznaczając Ubezpieczającemu 14-dniowy termin na złożenie oświadczenia o niewyrażeniu zgody na zaproponowane warunki.
3. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 14 dni niełoży pisemnego oświadczenia o niewyrażeniu zgody na zaproponowane przez Towarzystwo warunki ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na nowych warunkach.
4. Jeśli Ubezpieczający złoży oświadczenie o niewyrażeniu zgody na zaproponowane warunki ubezpieczenia w terminie 14 dni, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w ostatnim dniu roku polisy.

! Przed każdą rocznicą polisy Towarzystwo może zaproponować zmianę warunków umowy ubezpieczenia. Jeśli Ubezpieczający nie zaakceptuje nowych warunków, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w ostatnim dniu roku polisy.

5. 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, umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana 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 nie złoży takiego upoważnienia, a Towarzystwo proponuje zmianę warunków ubezpieczenia przed rocznicą polisy, wówczas umowa ubezpieczenia zostanie rozwiązana. Jeśli jednak Ubezpieczony złoży oświadczenie na 15 dni przed rocznicą polisy, ochrona ubezpieczeniowa ulegnie wobec niego przedłużeniu.

II. ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE

Świadczenie z tytułu umowy podstawowej

§ 12

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

§ 13

1. Ubezpieczony może wskazać jednego lub więcej Uposażonych do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.
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 umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.
4. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo utracił prawo do świadczenia w myśl postanowień ust. 3, jego prawo do świadczenia przysługujące pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w tym świadczeniu.
5. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych albo wskazanie Uposażonego stało się bezskuteczne w myśl postanowień ust. 3, prawo do świadczenia przysługujące spadkobiercom ustawowym Ubezpieczonego.
6. Za osobę zmarłą przed śmiercią Ubezpieczonego uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z Ubezpieczonym.

Wypłata świadczenia

§ 14

1. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu OWU i OWUD jest przedstawienie Towarzystwu dokumentów wskazanych we właściwym wniosku o wypłatę świadczenia. Towarzystwo udostępnia formularze wniosków o wypłatę świadczenia na stronie internetowej www.uniqa.pl.
2. Dokumenty wskazane we właściwym wniosku o wypłatę świadczenia powinny zostać złożone w oryginałach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza, organ, który je wydał, lub przedstawiciela Towarzystwa. Dokumentacja medyczna może być poświadczona za zgodność z oryginałem także przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym.
3. Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem Towarzystwu, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
4. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego – w zakresie umów dodatkowych, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, a osobę zgłaszającą roszczenie pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła 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 – w zakresie umów dodatkowych, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, podając przyczyny późniejszego terminu spełnienia świadczenia.
8. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 21 dni.
9. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego w zakresie umów dodatkowych, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą odmowę wypłaty świadczenia lub wypłacenie go w innej wysokości niż wynikająca ze zgłoszonego roszczenia.

! Towarzystwo informuje osobę zgłaszającą roszczenie, jakie dokumenty są niezbędne do wypłaty świadczenia. Świadczenie wypłacone jest w terminie 21 dni od poinformowania Towarzystwa o zdarzeniu, a jeśli wyjaśnienie dodatkowych okoliczności nie jest możliwe w tym terminie, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 21 dni.

III. 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

§ 15

1. *Karencja* określona jest w *polisie*.
2. *Karencji* nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane zostało *nieszczęśliwym wypadkiem*.

Kiedy świadczenie nie zostanie wypłacone

§ 16

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie umowy podstawowej oraz umów dodatkowych, nastąpi wskutek:
 - 1) działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) popełnionego przez Ubezpieczonego samobójstwa, w okresie dwóch lat od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie umów dodatkowych nastąpi wskutek:

- 1) samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 2) choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego i radioaktywnego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli *nieszczęśliwy wypadek* będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia na podstawie umów dodatkowych jest następstwem:
 - 1) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³; niezaleconego przez lekarza zażycia leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych; poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 2) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 3) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: wszelkich sportów lotniczych, wspinaczki, speleologii, skoków na linie, nurkowania z użyciem specjalistycznego sprzętu, sportów motorowych i motorowodnych, sportów spadochronowych, sportów walki (nie dotyczy rekreacyjnego uprawiania sportów walki) oraz udziału Ubezpieczonego we wszelkiego rodzaju wyścigach, 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 miał wymaganego przepisami świadectwa kwalifikacyjnego.
 4. Wyłączenia, o których mowa w ust. 3, stosuje się również w odniesieniu do umowy podstawowej oraz wszystkich umów dodatkowych, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w okresie *karencji*.
 5. W przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie umowy podstawowej lub umów dodatkowych spowodowane zostało *nieszczęśliwym wypadkiem*, świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że zdarzenie to wystąpiło przed upływem 12 miesięcy od daty *nieszczęśliwego wypadku*.
 6. W przypadku gdy przedmiotem ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej jest życie lub zdrowie innych osób niż Ubezpieczony, postanowienia ust. 1–5 stosuje się odpowiednio do: *współmałżonka*, *rodziców Ubezpieczonego*, *rodziców współmałżonka*, *dziecka*.
 7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeśli wypłata świadczenia lub świadczenie usługi wynikającej z umowy ubezpieczenia mogłyby narazić Towarzystwo na sankcje, zakazy lub restrykcje wynikające z rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub na jakiegokolwiek sankcje handlowe lub gospodarcze wynikające z prawa Unii Europejskiej, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Stanów Zjednoczonych Ameryki lub Polski.

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

Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji

§ 17

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

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

IV. OBOWIĄZKI

Jakie są obowiązki Ubezpieczającego względem Towarzystwa § 18

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.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do terminowego opłacenia składek.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we wniosku lub innych dokumentach umowy ubezpieczenia. Jeżeli Towarzystwo zawarło umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

5. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje osobom zainteresowanym, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia oraz przed wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu składki, na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku OWU, OWUD wraz z załącznikami.
6. Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, na piśmie lub – jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku informacje o:
- 1) zmianach warunków umowy lub prawa właściwego dla zawartej umowy wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy – przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy 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.

! Do obowiązków Ubezpieczającego należy w szczególności:

- 1) informowanie o zmianach swoich danych kontaktowych i adresowych;
- 2) opłacanie składki zgodnie z warunkami zawartej umowy;
- 3) udzielanie odpowiedzi na pytania Towarzystwa zawarte we wniosku i innych dokumentach;
- 4) w przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, przekazywanie osobom zainteresowanym przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia oraz przed wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu składki, gdy Ubezpieczony finansuje składkę, warunków umowy ubezpieczenia.

Jakie są obowiązki Towarzystwa

§ 19

Towarzystwo jest zobowiązane do:

- 1) doręczenia Ubezpieczającemu OWU i OWUD;
- 2) doręczenia Ubezpieczającemu polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 3) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

Jakie są obowiązki Ubezpieczonego

§ 20

1. Przed przystąpieniem do ubezpieczenia Ubezpieczony zobowiązany jest do zapoznania się z OWU, OWUD oraz zakresem ubezpieczenia (w tym sumami ubezpieczenia).
2. Ubezpieczony jest zobowiązany do informowania Towarzystwa o zmianach danych osobowych, kontaktowych i adresowych zawartych we wniosku.

V. REZYGNAcja, WYPowiedzenie, Rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia

Kiedy Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia

§ 21

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki 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.

Kiedy Ubezpieczony może zrezygnować z umowy ubezpieczenia

§ 22

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

! Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym momencie, składając oświadczenie o rezygnacji.

Kiedy ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a umowa ubezpieczenia rozwiązuje się

§ 23

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:

- 1) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy podstawowej;
- 2) z dniem śmierci Ubezpieczonego;
- 3) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 69. rok życia, chyba że polisa wskazuje inaczej;
- 4) z upływem ostatniego dnia roku polisy, jeżeli Ubezpieczony nie wyraził zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia;
- 5) z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym wysokość składki uległa obniżeniu poniżej minimalnej wysokości składki określonej w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik do niniejszych OWU;
- 6) z ostatnim dniem miesiąca polisy, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia;
- 7) w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia, z upływem okresu, za jaki opłacono ostatnią składkę;
- 8) z upływem okresu, na jaki została zawarta, jeżeli jedna ze Stron wyrazi wolę nieprzedłużenia umowy na kolejny okres.

Kiedy umowa ubezpieczenia zostaje uznana za wypowiedzianą

§ 24

1. Ubezpieczający może w dowolnym momencie trwania umowy wypowiedzieć umowę. Rozwiązanie Umowy następuje na podstawie pisemnego i podpisanego wniosku doręzonego Towarzystwu ze skutkiem na koniec miesiąca polisy.
2. Umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego w przypadku nieopłacenia składki w terminie wymagalności, mimo uprzedniego wezwania Ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania.

Zmiana umowy ubezpieczenia

§ 25

Wszelkie zmiany w umowie ubezpieczenia są dokonywane w drodze negocjacji Stron, w trybie ofertowym bądź w inny przewidziany ogólnie obowiązującymi przepisami prawa sposób i potwierdzane w formie pisemnej lub na innym trwałym nośniku, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę.

Zmiana zakresu, sum ubezpieczenia i częstotliwości opłacania składki

§ 26

1. Ubezpieczający, za zgodą Ubezpieczonego, ma możliwość zmiany zakresu, sum ubezpieczenia i częstotliwości opłacania składki. Wniosek o dokonanie zmian Ubezpieczający zgłasza Towarzystwu najpóźniej w terminie 30 dni poprzedzających rocznicę polisy. Towarzystwo może określić dodatkowe warunki zmiany zakresu, sum ubezpieczenia i częstotliwości opłacania składki, wskazując je w polisie.
2. W przypadku gdy w wyniku zmiany zakresu i sum ubezpieczenia zakres ochrony ubezpieczeniowej zostaje rozszerzony o nowe umowy dodatkowe, w stosunku do tych umów dodatkowych stosuje się karencję, która wskazywana jest w polisie.
3. W przypadku gdy zmiana zakresu i sum ubezpieczenia wiąże się z podwyższeniem sumy ubezpieczenia, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie karencji, świadczenie ograniczone jest do wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej przed zmianą zakresu i sum ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że karencji nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane zostało *nieszczęśliwym wypadkiem*.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zmiany zakresu i sum ubezpieczenia.

! Zmiana zakresu i sum ubezpieczenia jest możliwa, o ile Towarzystwo wyraziło na to zgodę. W przypadku zmiany zakresu i sum ubezpieczenia mogą mieć zastosowanie karencje.

VI. 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

§ 27

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

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

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

§ 28

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się po spełnieniu warunków opisanych w § 5 OWU.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa odpowiednio z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, w trybie określonym w umowie podstawowej, a ponadto:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej;
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej.

Kiedy można wypowiedzieć umowę dodatkową

§ 29

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

§ 30

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

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

§ 31

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

Kiedy ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona

§ 32

1. W umowach dodatkowych zastosowanie mają karencje, które są określone w polisie.
2. Karencji nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane zostało nieszczęśliwym wypadkiem.

Postanowienia końcowe

§ 33

W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

VII. REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA

Reklamacje, skargi i zażalenia

§ 34

1. Reklamację może wnieść w każdym przypadku osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, inną osobą uprawnioną z umowy ubezpieczenia lub spadkobiercą posiadającym interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej.
2. W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo. Wyjątek stanowią wystąpienia składane

przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające, wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierające zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie, który niezwiązany jest z udzielaną przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową.

3. W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez Towarzystwo usług. Wyjątek stanowią wystąpienia dotyczące brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające, wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierające zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie, który niezwiązany jest z udzielaną przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową.
4. Reklamacje można składać Towarzystwu w następujący sposób:
 - 1) elektronicznie – poprzez formularz na stronie unika.pl/reklamacje;
 - 2) ustnie:
 - a) telefonicznie pod numerem infolinii +48 22 599 95 22,
 - b) osobiście w jednostce obsługującej klientów lub siedzibie Towarzystwa;
 - 3) na piśmie:
 - a) osobiście w jednostce obsługującej klientów lub siedzibie Towarzystwa,
 - b) przesyłką pocztową na adres: 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51,
 - c) na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w ustawie z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych jako rejestru publicznego prowadzonego przez ministra właściwego do spraw informatyzacji, tj. AE:PL-75623-64271-BRDJV-27.
5. Reklamacje wnosi się do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej naszej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
6. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
7. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona na piśmie albo w przypadku reklamacji wniesionej przez osobę fizyczną – pocztą elektroniczną, jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek tej osoby, potwierdzimy pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt złożenia reklamacji.
8. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bezzwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.
9. 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.
10. Jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, a ponadto może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu według właściwości określonej w § 35 ust. 1 i 2.
11. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
12. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
13. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla Towarzystwa do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa; www.rf.gov.pl).
14. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami ust. 1–3, przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażeń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ust. 4–8 i 11, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie poinformuje osobę składającą skargę lub zażalenie o przyczynie niemożności ich rozpatrzenia, i w takim przypadku odpowiedź na skargę lub zażalenie zostanie udzielona nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

Sąd właściwy do rozpatrywania sporów

§ 35

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, 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.

VIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE ORAZ INFORMACJA O PRZEPISACH PODATKOWYCH

Postanowienia końcowe

§ 36

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.
3. O ile OWU nie stanowią inaczej, 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

§ 37

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 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.

IX. DEFINICJE

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 38

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

- 1) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18. roku życia; w zakresie dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka w szpitalu pod pojęciem dziecka rozumie się dziecko, które ukończyło 1. rok życia i nie ukończyło 18. roku życia; powyższe ma zastosowanie pod warunkiem, że zapisy polisy nie stanowią inaczej;
- 2) **dzień wymagalności składki** – określony w polisie dzień, w którym należna jest Towarzystwu składka;

- 3) **karencja** – okres, w którym odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona; okres karencji uwzględniany jest w wyliczeniu wysokości składki;
- 4) **miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, określonym w polisie, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- 5) **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 dziecka, rodzica Ubezpieczonego, rodzica współmałżonki; zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, nie uważa się za nieszczęśliwy wypadek; za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się także następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia;
- 6) **polisa** – dokument wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia oraz warunki tej umowy, w tym wysokości sum ubezpieczenia;
- 7) **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;
- 8) **rok polisy** – okres rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdą rocznicę polisy, a kończący się w dniu bezpośrednio poprzedzającym rocznicę polisy;
- 9) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia;
- 10) **trwały nośnik** – materiał lub narzędzie umożliwiające Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu przechowywanie informacji kierowanych osobie do niego, w sposób zapewniający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, pozwalające na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienniej postaci;
- 11) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacania składek;
- 12) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
- 13) **Uprawniony** – podmiot wskazany przez Ubezpieczającego jako uprawniony do żądania spełnienia przez Towarzystwo świadczenia, w tym Uposażony lub inna osoba uprawniona;
- 14) **umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia (OWUD) jako rozszerzenie umowy podstawowej;
- 15) **umowa podstawowa** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU;
- 16) **umowa ubezpieczenia** – umowa podstawowa, a w przypadku gdy została ona rozszerzona o umowy dodatkowe, wówczas obejmuje również te umowy dodatkowe;
- 17) **Uposażony** – osoba wskazana jako uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r. i zmienione uchwałą nr 1/25/03/2025 z 25 marca 2025 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpiezonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GNFWU/16/05/01

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	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01 § 1 § 2 ust. 2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01

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

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

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

! Definicja *nieszczęśliwego wypadku* znajduje się w § 38 OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku śmierci *Ubezpiezonego* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* Towarzystwo wypłaci *Uposażonemu* 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 *Ubezpiezonego*.

! W przypadku śmierci *Ubezpiezonego* 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 *Ubezpiezonego*.

Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 16 OWU.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

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

INDEKS GNFWK/16/05/01

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	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01 § 1 § 2 ust. 2 § 3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU 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 § 3 niniejszych OWUD.

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 § 16 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 3

wypadek komunikacyjny – *nieszczęśliwy* wypadek w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ *Ubezpieczony* jako:

- a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, a także motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem morskim lub pasażerskim statkiem powietrznym,
- b) rowerzystą,
- c) pieszy.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

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

INDEKS GNFPŚ/16/05/01

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	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFP/16/02/01 § 1 § 2 ust. 2 § 3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFP/16/02/01

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU 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 § 3 niniejszych OWUD.

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 § 16 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 3

wypadek przy pracy – *nieszczęśliwy* wypadek, który nastąpił w związku z pracą:

- a) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem zwykłych czynności lub poleceń przełożonych oraz w trakcie trwania podróży służbowej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych zadań,
- b) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia,
- c) w czasie pozostawania w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
- d) 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,
- e) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje zawodowe lub uczestniczeniu w organizowanych przez nie czynach społecznych.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

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

INDEKS GNZU/16/05/01

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	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNZ/16/02/01 § 1 § 2 ust. 2 § 3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNZ/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNZ/16/02/01

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU 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 § 3 niniejszych OWUD.

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 § 16 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 3

- 1) *śmierć w następstwie udaru mózgu* – śmierć w następstwie udaru niedokrwinnego, udaru krwotocznego, krwotoku podpajęczynówkowego na skutek pęknięcia tętniaka wewnątrzczaszkowego, co zostało wskazane jako pierwotna przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcijnego;
- 2) *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.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego

INDEKS GNFO/16/05/01

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	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 1 § 2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01

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

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

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

! Definicja *dziecka*
• znajduje się w § 38 OWU.

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 § 16 oraz § 17 OWU.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

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

INDEKS GNFUUC/16/05/01

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	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 1 § 3 Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 2 ust. 2 § 3 ust. 2

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU 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* znajduje się w § 4 niniejszych OWUD. Definicja *nieszczęśliwego wypadku* znajduje się w § 38 OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

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

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

W jaki sposób ustalana jest kwota świadczenia

§ 3

1. Procent *uszczerbku lub uszkodzenia ciała* ustalany jest zgodnie z Tabelą uszczerbków lub uszkodzeń ciała, 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. 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.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

uszczerbek lub uszkodzenie ciała – następstwa *nieszczęśliwego wypadku* wymienione w Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

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

INDEKS GNFUZ/16/05/01

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	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 1 § 2 ust. 2 § 4 Tabela uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 2 ust. 3 § 3 ust. 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU 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 § 4 niniejszych OWUD.

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 Ubezpieczonego* 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.

Jeżeli *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 § 16 i § 17 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

- 1) **uszczerbek na zdrowiu** – trwałe naruszenie sprawności organizmu, powodujące upośledzenie czynności organizmu wymienione w Tabeli uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu;
- 2) **udar mózgu** – nagłe, 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 zawału nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika, przebytego bezobjawowo udaru mózgu, rozpoznanego na podstawie badań obrazowych;
- 3) **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, ze współlistniejącym 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.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności Ubezpieczonego do pracy

INDEKS GNFNU/16/05/01

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	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01 § 1 § 2 ust. 1 § 4
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01 § 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU 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 § 4 niniejszych OWUD.

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 § 16 i § 17 OWU.

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa

§ 3

Poza przypadkami wskazanymi w § 23 OWU ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD wygasa z dniem wypłaty świadczenia z tytułu niniejszych OWUD.

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

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

- 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) **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.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

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

INDEKS GNFWN/16/05/01

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	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01 § 1 § 2 ust. 1 § 4
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01 § 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU 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* znajduje się w § 4 niniejszych OWUD; definicja *nieszczęśliwego wypadku* znajduje się w § 38 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 § 16 OWU.

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa

§ 3

Poza przypadkami wskazanymi w § 23 OWU ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD wygasa z dniem wypłaty świadczenia z tytułu niniejszych OWUD.

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

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

niezdolność do pracy – całkowita niezdolność *Ubezpieczonego* do wykonywania jakiejkolwiek 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.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu

INDEKS GNFCP/16/05/01

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

§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFCP/16/02/01

§ 1; § 3 ust. 2; § 4 ust. 1, 2, 4, 5, 10; § 6

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

§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFCP/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy

§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFCP/16/02/01

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

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU 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, w celu leczenia:
 - 1) *choroby*, która została zdiagnozowana lub z powodu której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u *Ubezpieczonego* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;
 - 2) *obrażeń ciała*, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, spowodowanych *nieszczęśliwym wypadkiem*, a także *wypadkiem komunikacyjnym* i *wypadkiem przy pracy*.

! Definicja *szpitala*, *choroby* oraz *obrażeń ciała* znajduje się w § 6 niniejszych OWUD.

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.

! Definicja *OIOM/OIT*, *rekonwalescencji* i *sanatorium* znajduje się w § 6 niniejszych OWUD.

Rozszerzenie zakresu potwierdzone jest w *polisie*.

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*.
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. Towarzystwo wypłaci świadczenie maksymalnie za 180 dni pobytu *Ubezpieczonego w szpitalu*. *Pobyt w szpitalu*, który rozpoczął się w danym roku *polisy* i kontynuowany jest nieprzerwanie w kolejnym roku *polisy*, wliczany jest do limitu roku *polisy*, w którym 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*.
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 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*, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.unia.pl. Informacje o aktualnym wykazie placówek medycznych, należących do sieci *Partnera Medycznego*, można uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej, udostępnionej niezwłocznie po przyznaniu świadczenia w związku z co najmniej 10-dniowym pobytem *Ubezpieczonego* w szpitalu. Terminy wizyt w placówkach umawiane są wyłącznie za pośrednictwem infolinii.

! Dostęp do aktualnego wykazu placówek medycznych, w których realizowane są świadczenia ambulatoryjne, można uzyskać na:
– stronie www.unia.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*.

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

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

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

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 5

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

- 6) leczenie wad wrodzonych *Ubezpieczonego*, które zostały zdiagnozowane, rozpoznane przed objęciem ochrony ubezpieczeniowej.
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 § 16 i § 17 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 6

- 1) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną *pobyt w szpitalu* trwający nieprzerwanie co najmniej:
- 1 dzień w przypadku *pobytu w szpitalu* wyłącznie w celu leczenia doznanych obrażeń ciała,
 - 4 dni w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby lub pobytu związanego z ciążą, wyłączając *pobyt w szpitalu* w wyniku porodu fizjologicznego,
 - 10 dni od dnia porodu w przypadku pobytu w związku z powikłaniami poporodowymi,
- w rozumieniu niniejszych OWUD okres *pobytu w szpitalu* rozpoczyna się w dniu przyjęcia *Ubezpieczonego* do szpitala, a kończy się w dniu wypisania *Ubezpieczonego* ze szpitala; wpis i wypis ze szpitala nie mogą mieć miejsca tego samego dnia;
- 2) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 3) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej/Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub jakiegokolwiek kraju Unii Europejskiej, wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru; w rozumieniu OWUD za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK) rozumiany jako wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny funkcjonujący w obrębie oddziału, kliniki kardiologicznej lub oddziału internistycznego o profilu kardiologicznym, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań kardiologicznych; w rozumieniu OWUD za OIOK uznaje się również samodzielną jednostkę organizacyjną (oddział), jeżeli funkcjonuje w obrębie monoprofilowanych

kardiologicznych jednostek opieki zdrowotnej o najwyższym stopniu referencyjności (instytuty). Pobyt na OIOK/OINK powinien być udokumentowany w karcie wypisu ze szpitala bądź poświadczony przez właściwego kierownika kliniki lub oddziału szpitalnego; w rozumieniu OWUD za OIOK/OINK nie uważa się: sali „R”, oddziału rehabilitacji kardiologicznej oraz sal nadzoru pooperacyjnego, znajdujących się w obrębie oddziałów klinik kardiochirurgicznych;

- 4) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów powstałe w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*;
- 5) **Partner Medyczny** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach *umowy ubezpieczenia*;
- 6) **placówka medyczna** – działający 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 od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
- 7) **rekonwalescencja** – okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi *Ubezpieczonego* do zdrowia;
- 8) **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;
- 9) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarstwa i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za *szpital* nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic, ośrodka leczenia uzależnień w szczególności od: alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego ani szpitala rehabilitacji, oddziału i ośrodka rehabilitacji;

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego

INDEKS GNFCU/16/05/01

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	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFCU/16/02/01 § 1; § 3 ust. 1, 2, 7; § 5 Załącznik – Wykaz poważnych zachorowań																																																																														
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFCU/16/02/01 § 4																																																																														
Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.																																																																															
Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia § 1 1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie <i>Ubezpieczonego</i> . 2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pierwszorazowe wystąpienie u <i>Ubezpieczonego</i> <i>poważnego zachorowania</i> , określonego w Wykazie poważnych zachorowań (w ramach katalogu A, katalogu B albo katalogu C), stanowiącym załącznik do niniejszych OWUD, rozumianego jako: 1) zdiagnozowane u <i>Ubezpieczonego</i> choroby lub 2) przeprowadzone u <i>Ubezpieczonego</i> zabiegi, jeżeli w okresie udzielania ochrony z tytułu niniejszych OWUD diagnoza lub zabieg miały miejsce po raz pierwszy lub rozpoczęło się postępowanie diagnostyczno-lecznicze. 3. Ochrona ubezpieczeniowa świadczona na podstawie niniejszych OWUD ma zastosowanie do <i>poważnych zachorowań</i> 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 <i>polisie</i> .																																																																															
Zakres ubezpieczenia																																																																															
<table><thead><tr><th>Katalog A</th><th>Katalog B</th><th>Katalog C</th></tr></thead><tbody><tr><td>1) angioplastyka wieńcowa</td><td>1) angioplastyka wieńcowa</td><td>1) angioplastyka wieńcowa</td></tr><tr><td>2) bakteryjne zapalenie opon mózgowych</td><td>2) bakteryjne zapalenie opon mózgowych</td><td>2) bakteryjne zapalenie opon mózgowych</td></tr><tr><td>3) choroba Alzheimera</td><td>3) choroba Alzheimera</td><td>3) choroba Alzheimera</td></tr><tr><td>4) choroba Creutzfeldta-Jakoba</td><td>4) choroba Creutzfeldta-Jakoba</td><td>4) choroba Creutzfeldta-Jakoba</td></tr><tr><td>5) choroba neuronu ruchowego</td><td>5) choroba neuronu ruchowego</td><td>5) choroba neuronu ruchowego</td></tr><tr><td>6) choroba Parkinsona</td><td>6) choroba Parkinsona</td><td>6) choroba Parkinsona</td></tr><tr><td>7) dystrofia mięśniowa</td><td>7) dystrofia mięśniowa</td><td>7) dystrofia mięśniowa</td></tr><tr><td>8) łagodny guz mózgu</td><td>8) łagodny guz mózgu</td><td>8) łagodny guz mózgu</td></tr><tr><td>9) nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)</td><td>9) nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)</td><td>9) nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)</td></tr><tr><td>10) niedokrwistość aplastyczna</td><td>10) niedokrwistość aplastyczna</td><td>10) niedokrwistość aplastyczna</td></tr><tr><td>11) niewydolność nerek</td><td>11) niewydolność nerek</td><td>11) niewydolność nerek</td></tr><tr><td>12) nowotwór złośliwy</td><td>12) nowotwór złośliwy</td><td>12) nowotwór złośliwy</td></tr><tr><td>13) oparzenia</td><td>13) oparzenia</td><td>13) oparzenia</td></tr><tr><td>14) operacja aorty brzusznej</td><td>14) operacja aorty brzusznej</td><td>14) operacja aorty brzusznej</td></tr><tr><td>15) operacja aorty piersiowej</td><td>15) operacja aorty piersiowej</td><td>15) operacja aorty piersiowej</td></tr><tr><td>16) pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych</td><td>16) pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych</td><td>16) pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych</td></tr><tr><td>17) przeszczep narządów</td><td>17) przeszczep narządów</td><td>17) przeszczep narządów</td></tr><tr><td>18) schyłkowa niewydolność wątroby</td><td>18) schyłkowa niewydolność wątroby</td><td>18) schyłkowa niewydolność wątroby</td></tr><tr><td>19) stwardnienie rozsiane</td><td>19) stwardnienie rozsiane</td><td>19) stwardnienie rozsiane</td></tr><tr><td>20) śpiączka</td><td>20) śpiączka</td><td>20) śpiączka</td></tr><tr><td>21) udar mózgu</td><td>21) udar mózgu</td><td>21) udar mózgu</td></tr><tr><td>22) utrata kończyn</td><td>22) utrata kończyn</td><td>22) utrata kończyn</td></tr><tr><td>23) utrata mowy</td><td>23) utrata mowy</td><td>23) utrata mowy</td></tr><tr><td>24) utrata słuchu</td><td>24) utrata słuchu</td><td>24) utrata słuchu</td></tr><tr><td>25) utrata wzroku</td><td>25) utrata wzroku</td><td>25) utrata wzroku</td></tr></tbody></table>	Katalog A	Katalog B	Katalog C	1) angioplastyka wieńcowa	1) angioplastyka wieńcowa	1) angioplastyka wieńcowa	2) bakteryjne zapalenie opon mózgowych	2) bakteryjne zapalenie opon mózgowych	2) bakteryjne zapalenie opon mózgowych	3) choroba Alzheimera	3) choroba Alzheimera	3) choroba Alzheimera	4) choroba Creutzfeldta-Jakoba	4) choroba Creutzfeldta-Jakoba	4) choroba Creutzfeldta-Jakoba	5) choroba neuronu ruchowego	5) choroba neuronu ruchowego	5) choroba neuronu ruchowego	6) choroba Parkinsona	6) choroba Parkinsona	6) choroba Parkinsona	7) dystrofia mięśniowa	7) dystrofia mięśniowa	7) dystrofia mięśniowa	8) łagodny guz mózgu	8) łagodny guz mózgu	8) łagodny guz mózgu	9) nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)	9) nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)	9) nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)	10) niedokrwistość aplastyczna	10) niedokrwistość aplastyczna	10) niedokrwistość aplastyczna	11) niewydolność nerek	11) niewydolność nerek	11) niewydolność nerek	12) nowotwór złośliwy	12) nowotwór złośliwy	12) nowotwór złośliwy	13) oparzenia	13) oparzenia	13) oparzenia	14) operacja aorty brzusznej	14) operacja aorty brzusznej	14) operacja aorty brzusznej	15) operacja aorty piersiowej	15) operacja aorty piersiowej	15) operacja aorty piersiowej	16) pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych	16) pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych	16) pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych	17) przeszczep narządów	17) przeszczep narządów	17) przeszczep narządów	18) schyłkowa niewydolność wątroby	18) schyłkowa niewydolność wątroby	18) schyłkowa niewydolność wątroby	19) stwardnienie rozsiane	19) stwardnienie rozsiane	19) stwardnienie rozsiane	20) śpiączka	20) śpiączka	20) śpiączka	21) udar mózgu	21) udar mózgu	21) udar mózgu	22) utrata kończyn	22) utrata kończyn	22) utrata kończyn	23) utrata mowy	23) utrata mowy	23) utrata mowy	24) utrata słuchu	24) utrata słuchu	24) utrata słuchu	25) utrata wzroku	25) utrata wzroku	25) utrata wzroku	
Katalog A	Katalog B	Katalog C																																																																													
1) angioplastyka wieńcowa	1) angioplastyka wieńcowa	1) angioplastyka wieńcowa																																																																													
2) bakteryjne zapalenie opon mózgowych	2) bakteryjne zapalenie opon mózgowych	2) bakteryjne zapalenie opon mózgowych																																																																													
3) choroba Alzheimera	3) choroba Alzheimera	3) choroba Alzheimera																																																																													
4) choroba Creutzfeldta-Jakoba	4) choroba Creutzfeldta-Jakoba	4) choroba Creutzfeldta-Jakoba																																																																													
5) choroba neuronu ruchowego	5) choroba neuronu ruchowego	5) choroba neuronu ruchowego																																																																													
6) choroba Parkinsona	6) choroba Parkinsona	6) choroba Parkinsona																																																																													
7) dystrofia mięśniowa	7) dystrofia mięśniowa	7) dystrofia mięśniowa																																																																													
8) łagodny guz mózgu	8) łagodny guz mózgu	8) łagodny guz mózgu																																																																													
9) nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)	9) nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)	9) nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)																																																																													
10) niedokrwistość aplastyczna	10) niedokrwistość aplastyczna	10) niedokrwistość aplastyczna																																																																													
11) niewydolność nerek	11) niewydolność nerek	11) niewydolność nerek																																																																													
12) nowotwór złośliwy	12) nowotwór złośliwy	12) nowotwór złośliwy																																																																													
13) oparzenia	13) oparzenia	13) oparzenia																																																																													
14) operacja aorty brzusznej	14) operacja aorty brzusznej	14) operacja aorty brzusznej																																																																													
15) operacja aorty piersiowej	15) operacja aorty piersiowej	15) operacja aorty piersiowej																																																																													
16) pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych	16) pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych	16) pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych																																																																													
17) przeszczep narządów	17) przeszczep narządów	17) przeszczep narządów																																																																													
18) schyłkowa niewydolność wątroby	18) schyłkowa niewydolność wątroby	18) schyłkowa niewydolność wątroby																																																																													
19) stwardnienie rozsiane	19) stwardnienie rozsiane	19) stwardnienie rozsiane																																																																													
20) śpiączka	20) śpiączka	20) śpiączka																																																																													
21) udar mózgu	21) udar mózgu	21) udar mózgu																																																																													
22) utrata kończyn	22) utrata kończyn	22) utrata kończyn																																																																													
23) utrata mowy	23) utrata mowy	23) utrata mowy																																																																													
24) utrata słuchu	24) utrata słuchu	24) utrata słuchu																																																																													
25) utrata wzroku	25) utrata wzroku	25) utrata wzroku																																																																													

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

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

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

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

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

§ 3

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

! Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty maksymalnie 30 konsultacji *lekarzy specjalistów*, realizowanych w ciągu pierwszych 12 mie-

sięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania prawa do świadczenia w związku z *poważnym zachorowaniem*.

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

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

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

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

6. W celu realizacji świadczenia ubezpieczeniowego *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 wskazań otrzymanych od pracowników placówki medycznej.
7. *Ubezpieczony* ma prawo do skorzystania z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej, pod warunkiem uzyskania zgody Towarzystwa, za pośrednictwem infolinii medycznej, na realizację świadczenia poza siecią podstawową *Partnera Medycznego*. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego, określonego w polisie.
8. W przypadku opisanym w ust. 7 powyżej Towarzystwo zwróci *Ubezpieczonemu* poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego, w terminie 10 dni roboczych, licząc od dnia otrzymania prawidłowo wypełnionych dokumentów, wskazanych w ust. 9.
9. W celu uzyskania zwrotu kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, o których mowa w ust. 7, *Ubezpieczony* zobowiązany jest złożyć u *Partnera Medycznego* wniosek o refundację kosztów (dostępny na www.uniaqa.pl i w siedzibie Towarzystwa), wraz ze wskazanymi w nim dokumentami, oraz oryginał faktury lub rachunku za wykonanie danej konsultacji.

! *Ubezpieczony* może skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej, jeżeli taką zgodę uzyska za pośrednictwem infolinii medycznej Towarzystwa.

Towarzystwo pokrywa poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego, dokonując zwrotu tych kosztów w ciągu 10 dni roboczych od dopełnienia przez *Ubezpieczonego* formalności związanych ze zgłoszeniem.

Ograniczenie odpowiedzialności. W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 4

1. Towarzystwo wypłaca świadczenie za pierwszorazowe wystąpienie u *Ubezpieczonego* poważnego zachorowania w czasie odpowiedzialności z tytułu niniejszych OWUD, z zastrzeżeniem iż w przypadku:
 - 1) angioplastyki wieńcowej, kardiomiopatii, pomostowania (by-pass) naczyń wieńcowych, zawału serca – zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia u *Ubezpieczonego* tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań;
 - 2) bakteryjnego zapalenia opon mózgowych, operacji bąblowca mózgu, boreliozy, choroby neuronu ruchowego, dystrofii mięśniowej, łagodnego guza mózgu, niedowładu (paraliżu), odkleszczowego zapalenia mózgu, poważnego urazu głowy, operacji ropnia mózgu, udaru mózgu, zapalenia mózgu – zostanie wypłacone świadczenie z tytułu wystąpienia u *Ubezpieczonego* tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań;
 - 3) niewydolności nerek, piorunującego zapalenia wątroby, przeszczepu narządów, schyłkowej niewydolności oddechowej, schyłkowej niewydolności wątroby, tocznia rumieniowatego układowego – zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia u *Ubezpieczonego* tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań;
 - 4) niedokrwistości aplastycznej, nowotworu złośliwego – zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia u *Ubezpieczonego* tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań;
 - 5) bakteryjnego zapalenia wsierdza, operacji aorty brzusznej, operacji aorty piersiowej, wymiany lub plastyki zastawki serca – zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia u *Ubezpieczonego* tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań;
 - 6) maszynego 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 maszynny zator tętnicy płucnej le-

czony operacyjnie, sepsa, śpiączka, utrata kończyn, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku wystąpiły wskutek innego poważnego zachorowania, za które Towarzystwo wypłaciło świadczenie;

- 7) nowotworu złośliwego – wypłacane jest tylko jedno świadczenie, niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów.
2. Po wystąpieniu u *Ubezpieczonego* danego poważnego zachorowania odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w zakresie tego poważnego zachorowania.

! Świadczenie wypłacane jest za pierwszorazowe wystąpienie poważnego zachorowania w czasie odpowiedzialności Towarzystwa, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w niniejszych OWUD.

Przykładowo: Jeśli zostało wypłacone świadczenie z tytułu zawału serca, a następnie *Ubezpieczony* zgłosi roszczenie z tytułu udaru mózgu, to – o ile dokumentacja medyczna potwierdzi zasadność takiego zgłoszenia – takie świadczenie zostanie wypłacone. Jeśli jednak *Ubezpieczony*, który zgłosił roszczenie z tytułu zawału serca i wypłacono mu świadczenie z tego tytułu, zgłosi następnie roszczenie z tytułu kardiomiopatii, to takie świadczenie nie zostanie wypłacone.

Ale jeśli *Ubezpieczony*, który zgłosił roszczenie z tytułu zawału serca, zgłosi następnie roszczenie z tytułu śpiączki, to świadczenie zostanie wypłacone, o ile dokumentacja medyczna w sposób jednoznaczny potwierdzi, iż nie doszło do niej wskutek zawału serca, za który Towarzystwo wypłaciło świadczenie.

Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa po wystąpieniu danego poważnego zachorowania w zakresie tego poważnego zachorowania.

3. Prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej zostanie przyznane pod warunkiem, że *Ubezpieczony* pozostał przy życiu przez okres co najmniej 1 miesiąca od daty wystąpienia poważnego zachorowania.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:
 - 1) poważnych zachorowań, które wystąpiły przed upływem 1 miesiąca od daty poprzedniego wystąpienia poważnego zachorowania, w związku z którym Towarzystwo ponosiło odpowiedzialność z tytułu niniejszych OWUD;
 - 2) poważnych zachorowań, które są następstwem choroby AIDS lub zakażenia *Ubezpieczonego* wirusem HIV, chyba że zakażenie nastąpiło w okolicznościach, o których mowa w Wykazie poważnych zachorowań, poz. 26) i 27);
 - 3) poważnych zachorowań będących następstwem zdarzeń wymienionych w § 16 i § 17 OWU.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 16 i § 17 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 5

- 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) **Partner Medyczny** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy ubezpieczenia;
- 3) **placówka medyczna** – działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarstwa lub położnych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego

INDEKS GNFO/16/05/01

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	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFO/16/02/01 § 1; § 4 Tabela operacji medycznych

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFO/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFO/16/02/01 § 2 ust. 2, 4; § 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU 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, która została zdiagnozowana lub z powodu której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u *Ubezpieczonego* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD lub
 - 2) obrażeniami ciała, zaistniałymi w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja operacji medycznej, choroby oraz obrażeń ciała znajduje się w § 4 niniejszych OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku operacji medycznej Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości:
 - 1) 50% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 1 klasy;
 - 2) 30% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 2 klasy;
 - 3) 10% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 3 klasy; zgodnie z Tabelą operacji medycznych, stanowiącą załącznik do niniejszych OWUD.
2. Niezależnie od liczby operacji medycznych, jeżeli zostały przeprowadzone w okresie kolejnych 60 dni, *Ubezpieczonemu* przysługuje tylko jedno najwyższe świadczenie z tytułu przeprowadzonych operacji medycznych, ustalone zgodnie z Tabelą operacji medycznych.
3. Klasa operacji medycznej i data jej przeprowadzenia 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 *Ubezpieczonego* kilka operacji medycznych, wówczas otrzyma on jedno najwyższe świadczenie z tytułu przeprowadzonych operacji medycznych.

Przeprowadzenie operacji medycznej potwierdzone jest na podstawie dokumentacji medycznej lub przeprowadzonych badań medycznych.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 3

1. Świadczenie z tytułu niniejszych OWUD nie zostanie wypłacone w związku z operacją medyczną:
 - 1) w której *Ubezpieczony* był dawcą organów lub narządów;
 - 2) będącą operacją kosmetyczną lub plastyczną z wyjątkiem operacji medycznej niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD lub choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;
 - 3) przeprowadzoną w celu antykoncepcyjnym;
 - 4) przeprowadzoną w celu implantowania zębów;
 - 5) wykonaną w celach diagnostycznych;
 - 6) związaną z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową;
 - 7) będącą następstwem zdarzeń wymienionych w § 16 OWU i w § 17 OWU.
2. Świadczenie z tytułu niniejszych OWUD nie przysługuje, jeżeli *Ubezpieczony* zmarł w trakcie operacji medycznej.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 16 OWU i w § 17 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

- 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) obrażenia ciała – uszkodzenie narządów lub układów narządów powstałe w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*;
- 3) operacja medyczna – zabieg medyczny przeprowadzony przez lekarza w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym, w trakcie pobytu *Ubezpieczonego w placówce medycznej* na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub jakiegokolwiek kraju Unii Europejskiej, wymieniony w Tabeli operacji medycznych; wyróżnia się następujące rodzaje operacji medycznych:
 - a) operacja medyczna metodą endoskopową – zabieg chirurgiczny polegający na takim otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub narządów wewnętrznych, które uniemożliwia czynności, okre-

ślone w terminologii medycznej jako rękocyny, 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 rękocyny, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,
 - c) operacja medyczna metodą zamkniętą – zabieg chirurgiczny bez otwierania jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych (zabiegi przezskórne, przeznaczeniowe, 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.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci współmałżonka

INDEKS GNFSW/16/05/01

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	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFSW/16/02/01 § 1; § 3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFSW/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFSW/16/02/01 § 2 ust. 2

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

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *współmałżonka*.

! Definicja *współmałżonka* znajduje się w § 3 niniejszych OWUD.

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

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

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

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 16 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 3

współmałżonek – osoba pozostająca z *Ubezpieczonym* w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

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

INDEKS GNFSWW/16/05/01

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	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 1; § 2 ust. 2; § 3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 2 ust. 3

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

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *współmałżonka*.

! Definicja *współmałżonka* znajduje się w § 3 niniejszych OWUD.

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

! Definicja *nieszczęśliwego wypadku* znajduje się w § 38 OWU.

dycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy *nieszczęśliwym wypadkiem* i śmiercią *współmałżonka*.

3. Towarzystwo wypłaci maksymalnie jedno świadczenie w danym roku *polis* z tytułu niniejszych OWUD.

! W przypadku śmierci *współmałżonka* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* *Ubezpieczony* otrzyma świadczenie z tytułu niniejszych OWUD.

Należy pamiętać, że świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli istnieje powiązanie przyczynowo-skutkowe pomiędzy *nieszczęśliwym wypadkiem* i śmiercią *współmałżonka*.

Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 16 OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku śmierci *współmałżonka* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.
2. Świadczenie w związku ze śmiercią *współmałżonka* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* zostanie wypłacone pod warunkiem, że z me-

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 3

współmałżonek – osoba pozostająca z *Ubezpieczonym* w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

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

INDEKS GNFSWZ/16/05/01

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	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 1; § 2 ust. 2; § 3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 2 ust. 3

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

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *współmałżonka*.

! Definicja *współmałżonka* znajduje się w § 3 niniejszych OWUD.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *śmierć współmałżonka 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 § 3 niniejszych OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku *śmierci współmałżonka 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 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 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 § 16 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 3

- 1) **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;
- 2) **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;
- 3) **współmałżonek** – osoba pozostająca z *Ubezpieczonym* w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

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

INDEKS GNFUUCW/16/05/01

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	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 1; § 4 Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 2 ust. 2; § 3 ust. 2

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

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *współmałżonka*.

! Definicja *współmałżonka* znajduje się w § 4 niniejszych OWUD.

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

! Definicja *uszczerbku lub uszkodzenia ciała* znajduje się w § 4 niniejszych OWUD; definicja *nieszczęśliwego wypadku* znajduje się w § 38 OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku *uszczerbku lub uszkodzenia ciała współmałżonka*, 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, 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. 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 § 16 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

- 1) **uszczerbek lub uszkodzenie ciała** – następstwa *nieszczęśliwego wypadku* wymienione w Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała
- 2) **współmałżonek** – osoba pozostająca z *Ubezpieczonym* w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

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

INDEKS GNFWWZ/16/05/01

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	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01 § 1; § 2 ust. 2; § 4 Tabela uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01 § 2 ust. 3; § ust. 3
Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.	
Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia § 1 1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie współmałżonka. ! Definicja <i>współmałżonka</i> znajduje się w § 4 niniejszych OWUD. 2. Zakres ubezpieczenia obejmuje <i>uszczerbek na zdrowiu współmałżonka</i>, powstały w następstwie <i>zawału serca</i> lub <i>udaru mózgu</i> zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD. ! Definicja <i>uszczerbku na zdrowiu, zawału serca i udaru mózgu</i> znajduje się w § 4 niniejszych OWUD.	jest możliwe ustalenie procentu <i>uszczerbku na zdrowiu</i>, 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 <i>uszczerbku na zdrowiu</i> w obrębie narządu, którego czynności były upośledzone przed wystąpieniem <i>zawału serca</i> lub <i>udaru mózgu</i>, ustalony procent <i>uszczerbku na zdrowiu</i> pomniejszany jest o procent <i>uszczerbku na zdrowiu</i>, 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 <i>uszczerbek na zdrowiu</i> dotyczy narządu, którego czynności były upośledzone przed <i>zawałem serca</i> lub <i>udarem mózgu</i>, wypłacane świadczenie pomniejszane jest o procent <i>uszczerbku</i>, 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 § 16 i § 17 OWU.
W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe § 2 1. W przypadku <i>uszczerbku na zdrowiu współmałżonka</i> powstałego w następstwie <i>zawału serca</i> lub <i>udaru mózgu</i> Towarzystwo wypłaci <i>Ubezpieczonemu</i> świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD, za każdy 1% <i>uszczerbku na zdrowiu</i> . 2. Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli <i>uszczerbek na zdrowiu</i> nastąpił przed upływem 6 miesięcy od daty wystąpienia <i>zawału serca</i> lub <i>udaru mózgu</i> . 3. Suma świadczeń w danym roku polisy nie może być wyższa niż suma ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD. ! Za każdy 1% <i>uszczerbku na zdrowiu</i> <i>Ubezpieczony</i> otrzyma świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD.	Co oznaczają poszczególne pojęcia § 4 1) uszczerbek na zdrowiu – trwałe naruszenie sprawności organizmu, powodujące upośledzenie czynności organizmu wymienione w Tabeli uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu; 2) udar mózgu – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmoźgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 3 miesięcy od chwili rozpoznania udaru mózgu; rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR); zakres ubezpieczenia nie obejmuje: a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA), b) uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem, c) patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawału nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika, przebytego bezobjawowo udaru mózgu, rozpoznane na podstawie badań obrazowych;
W jaki sposób ustalana jest kwota świadczenia § 3 1. Procent <i>uszczerbku na zdrowiu</i> ustalany jest zgodnie z Tabelą uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu stanowiącą załącznik do niniejszych OWUD. 2. Procent <i>uszczerbku na zdrowiu</i> ustalany jest na podstawie dokumentacji medycznej po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, nie wcześniej jednak niż po upływie 4 miesięcy od daty wystąpienia <i>zawału serca</i> lub <i>udaru mózgu</i> . Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie	

- 3) **współmałżonek** – osoba pozostająca z *Ubezpieczonym* w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia;
- 4) **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, ze współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
- b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu współmałżonka w szpitalu

INDEKS GNFPW/16/05/01

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

§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFP/16/02/01

§ 1; § 3 ust. 2

§ 4 ust. 1, 2, 4, 5, 10; § 6

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

§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFP/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy

§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFP/16/02/01

§ 2 ust. 1, 2, 3; § 3 ust. 3, 4; § 4 ust. 3; § 5

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

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *współmałżonka*.

! Definicja *współmałżonka* znajduje się w § 4 niniejszych OWUD.

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

- 1) *choroby*, która została zdiagnozowana lub z powodu której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u *współmałżonka* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;
- 2) *obrażeń ciała*, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, spowodowanych *nieszczęśliwym wypadkiem*, a także *wypadkiem komunikacyjnym* oraz *wypadkiem przy pracy*.

! Definicja *szpitala*, *choroby* oraz *obrażeń ciała* znajduje się w § 6 niniejszych OWUD.

3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:

- 1) *pobyt współmałżonka na OIOM/OIT, rekonwalescencję współmałżonka i pobyt współmałżonka w sanatorium*, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;

- 2) zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych w związku z *pobytem współmałżonka w szpitalu* trwającym co najmniej 10 dni.

! Definicja *OIOM/OIT, rekonwalescencji i sanatorium* znajduje się w § 6 niniejszych OWUD.

Rozszerzenie zakresu potwierdzone jest w *polisie*.

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

§ 2

1. W przypadku *pobytu współmałżonka w szpitalu* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* za każdy dzień *pobytu w szpitalu*, w zależności od przyczyny pobytu, jedno świadczenie wskazane w *polisie*.
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. Towarzystwo wypłaci świadczenie maksymalnie za 180 dni pobytu *Ubezpieczonego* w szpitalu. *Pobyt w szpitalu*, który rozpoczął się w danym roku *polisy* i kontynuowany jest nieprzerwanie w kolejnym roku *polisy*, wliczany jest do limitu roku *polisy*, w którym się rozpoczął.
4. Świadczenie wypłacane jest po zakończeniu *pobytu współmałżonka w szpitalu*. W przypadku *pobytu w szpitalu* trwającego co najmniej 1 miesiąc, na wniosek *Ubezpieczonego* Towarzystwo wypłaci część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu.

5. W celu ustalenia prawa do świadczenia – w uzasadnionych przypadkach – Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania *współmałżonka* na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

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

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* na OIOM/OIT, rekonwalescencją lub pobytem *współmałżonka* w sanatorium

§ 3

1. W przypadku pobytu na OIOM/OIT, rekonwalescencji lub pobytu w sanatorium Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* jednorazowe świadczenie w wysokości wskazanej w polisie.
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 w sanatorium* potwierdzony został dokumentacją medyczną.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z pobytem *współmałżonka w sanatorium* nie więcej niż za jeden pobyt *współmałżonka w sanatorium* w danym roku polisy z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Niezależnie od liczby pobytów *współmałżonka w sanatorium*, jeżeli *pobyty* te były spowodowane tą samą przyczyną, Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* tylko jedno świadczenie w związku z pobytem *współmałżonka w sanatorium* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

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

§ 4

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

- c) iniekcje dożylnie;
- 4) badania obrazowe:
 - a) RTG,
 - b) MR oraz tomograf,
 - c) USG w tym ECHO serca,
 - d) EKG,
 - e) spirometria.

5. Świadczenia obejmują zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania przez Towarzystwo prawa do świadczenia w związku z *pobytem współmałżonka w szpitalu*, trwającym co najmniej 10 dni.

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

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

! Dostęp do aktualnego wykazu placówek medycznych, w których realizowane są świadczenia ambulatoryjne, można uzyskać na: – stronie www.unia.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*, za pośrednictwem całodobowej infolinii medycznej, o ile *współmałżonek* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia. Konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji realizowane są w ciągu 5 dni roboczych, o ile *współmałżonek* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia. Gwarancja dostępności dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji. Konsultacje specjalistyczne nie wymagają skierowania lekarskiego.

! 3 dni robocze – tyle wynosi czas oczekiwania na 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* zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii miejsce i termin realizacji świadczenia w placówce medycznej należącej do sieci *Partnera Medycznego*.

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

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

www.uniq.pl i w siedzibie Towarzystwa) wraz ze wskazanymi w nim dokumentami oraz oryginał faktury lub rachunku za wykonanie danej konsultacji.

! **Współmałżonek** może skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej, jeżeli taką zgodę uzyska za pośrednictwem infolinii medycznej Towarzystwa.

Towarzystwo pokrywa poniesione koszty świadczeń medycznych, do wysokości *sumy ubezpieczenia*, dokonując zwrotu tych kosztów w ciągu 10 dni roboczych od dopełnienia formalności związanych ze zgłoszeniem.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 5

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

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 16 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 6

- 1) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w *szpitalu* trwający nieprzerwanie co najmniej:
 - a) 1 dzień w przypadku pobytu w *szpitalu* wyłącznie w celu leczenia doznanych *obrażeń ciała*,
 - b) 4 dni w przypadku pobytu w *szpitalu* w celu leczenia *choroby* lub pobytu związanego z ciążą, wyłączając *pobyt w szpitalu* w wyniku porodu fizjologicznego,
 - c) 10 dni od dnia porodu w przypadku pobytu w związku z powikłaniami poporodowymi,w rozumieniu niniejszych OWUD okres *pobytu w szpitalu* rozpoczyna się w dniu przyjęcia *współmałżonka* do *szpitala*, a kończy się w dniu wypisania *współmałżonka* ze *szpitala*; wpis i wypis ze *szpitala* nie mogą mieć miejsca tego samego dnia;
- 2) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;

- 3) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej/Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub jakiegokolwiek kraju Unii Europejskiej, wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru; w rozumieniu OWUD za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK) rozumiany jako wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny funkcjonujący w obrębie oddziału, kliniki kardiologicznej lub oddziału internistycznego o profilu kardiologicznym, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań kardiologicznych; w rozumieniu OWUD za OIOK uznaje się również samodzielną jednostkę organizacyjną (oddział), jeżeli funkcjonuje w obrębie monoprofilowanych kardiologicznych jednostek opieki zdrowotnej o najwyższym stopniu referencyjności (instytut); pobyt na OIOK/OINK powinien być udokumentowany w karcie wypisu ze szpitala bądź poświadczony przez właściwego kierownika kliniki lub oddziału szpitalnego; w rozumieniu OWUD za OIOK/OINK nie uważa się: sali „R”, oddziału rehabilitacji kardiologicznej ani sal nadzoru pooperacyjnego, znajdujących się w obrębie oddziałów klinik kardiochirurgicznych;
- 4) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów powstałe w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*;
- 5) **Partner Medyczny** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach *umowy ubezpieczenia*;
- 6) **placówka medyczna** – działający 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 od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
- 7) **sanatorium** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład lecznictwa zorganizowany w miejscowości uzdrowskiej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom;
- 8) **rekonwalescencja** – okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi *Ubezpieczonego* do zdrowia;
- 9) **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 uzdrowskiego ani szpitala rehabilitacji, oddziału i ośrodka rehabilitacji;
- 10) **współmałżonek** – osoba pozostająca z *Ubezpieczonym* w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka

INDEKS GNFCW/16/05/01

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

§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFCW/16/02/01

§ 1; § 3 ust. 1, 2, 7; § 5

Załącznik – Wykaz poważnych zachorowań

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

§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFCW/16/02/01

§ 4

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

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *współmałżonka*.

! Definicja *współmałżonka* znajduje się w § 5 niniejszych OWUD.

2. Zakres ubezpieczenia, zgodnie z tabelą poniżej w ramach katalogu A, obejmuje pierwszorazowe wystąpienie u *współmałżonka poważnego zachorowania*, określonego w Wykazie poważnych zachorowań, stanowiącym załącznik do niniejszych OWUD, rozumianego jako:
 - 1) zdiagnozowane u *współmałżonka choroby* lub
 - 2) przeprowadzone u *współmałżonka zabiegi*, jeżeli w okresie udzielania ochrony z tytułu niniejszych OWUD diagnoza lub zabieg miały miejsce po raz pierwszy lub rozpoczęło się postępowanie diagnostyczno-lecznicze.

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
- 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

Katalog A

- 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

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

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

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

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

§ 3

1. W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z **poważnym zachorowaniem współmałżonek** 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**.

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

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

! Dostęp do aktualnego wykazu *placówek medycznych*, w których realizowane są konsultacje *lekarzy specjalistów*, można uzyskać na: – stronie www.unia.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**, za pośrednictwem całodobowej infolinii medycznej, o ile **współmałżonek** nie wskaze późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia. Konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji realizowane są w ciągu 5 dni roboczych, o ile **współmałżonek** nie wskaze 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 zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii miejsce i termin realizacji świadczenia w *placówce medycznej*, należącej do sieci podstawowej *Partnera Medycznego*.

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

6. W celu realizacji świadczenia ubezpieczeniowego **współmałżonek** zobowiązany jest:
 - 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się do wskazanej *placówki medycznej*;
 - 2) przedstawić w *placówce medycznej* dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników *placówki medycznej*.
7. **Współmałżonek** ma prawo do skorzystania z dowolnie wybranej przez siebie *placówki medycznej*, pod warunkiem uzyskania zgody Towarzystwa, za pośrednictwem infolinii medycznej, na realizację świadczenia poza siecią podstawową *Partnera Medycznego*. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione koszty konsultacji *lekarzy specjalistów* do wysokości limitu refundacyjnego, określonego w *polisie*.

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

! **Współmałżonek** może skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie *placówki medycznej*, jeżeli taką zgodę uzyska za pośrednictwem infolinii medycznej Towarzystwa.

Towarzystwo pokrywa poniesione koszty konsultacji *lekarzy specjalistów* do wysokości limitu refundacyjnego, dokonując zwrotu tych kosztów w ciągu 10 dni roboczych od dopełnienia przez *Ubezpieczonego* formalności związanych ze zgłoszeniem.

Ograniczenie odpowiedzialności. W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 4

1. Towarzystwo wypłaca świadczenie za pierwszorazowe wystąpienie u **współmałżonka** **poważnego zachorowania** w czasie odpowiedzialności z tytułu niniejszych OWUD, z zastrzeżeniem iż w przypadku:
 - 1) angioplastyki wieńcowej, pomostowania (by-pass) naczyń wieńcowych, zawału serca – zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia u **współmałżonka** tylko jednego z wymienionych **poważnych zachorowań**;
 - 2) bakteryjnego zapalenia opon mózgowych, choroby neuronu ruchowego, dystrofii mięśniowej, łagodnego guza mózgu, udaru mózgu, zapalenia mózgu – zostanie wypłacone świadczenie z tytułu wystąpienia u **współmałżonka** tylko jednego z wymienionych **poważnych zachorowań**;
 - 3) niewydolności nerek, przeszczepu narządów, schyłkowej niewydolności wątroby – zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia u **współmałżonka** tylko jednego z wymienionych **poważnych zachorowań**;
 - 4) niedokrwistości aplastycznej, nowotworu złośliwego – zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia u **współmałżonka** tylko jednego z wymienionych **poważnych zachorowań**;
 - 5) operacji aorty brzusznej, operacji aorty piersiowej – zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia u **współmałżonka** tylko jednego z wymienionych **poważnych zachorowań**;
 - 6) śpiączki, utraty kończyn, utraty mowy, utraty słuchu, utraty wzroku – świadczenie nie jest należne, jeśli dokumentacja medyczna w sposób jednoznaczny potwierdza, iż śpiączka, utrata kończyn, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku wystąpiły wskutek innego **poważnego zachorowania**, za które Towarzystwo wypłaciło świadczenie;
 - 7) nowotworu złośliwego – wypłacane jest tylko jedno świadczenie niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów.
2. Po wystąpieniu u **współmałżonka** danego **poważnego zachorowania**, odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w zakresie tego **poważnego zachorowania**.

! Świadczenie wypłacane jest za pierwszorazowe wystąpienie **poważnego zachorowania** **współmałżonka** w czasie odpowiedzialności Towarzystwa, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w niniejszych OWUD.

Przykładowo: Jeśli zostało wypłacone świadczenie z tytułu zawału serca **współmałżonka**, a następnie zostanie zgłoszone roszczenie z tytułu udaru mózgu **współmałżonka** to – o ile dokumentacja medyczna potwierdzi zasadność takiego zgłoszenia – takie świadczenie zostanie wypłacone. Jeśli jednak zostało zgłoszone uprzednio roszczenie z tytułu zawału serca **współmałżonka** i wypłacono świadczenie z tego tytułu, a następnie zgłoszone zostanie roszczenie z tytułu angioplastyki wieńcowej, to takie świadczenie nie zostanie wypłacone.

Ale jeśli *Ubezpieczony*, który zgłosił roszczenie z tytułu zawału serca **współmałżonka**, zgłosi następnie roszczenie z tytułu śpiączki **współmałżonka**, to świadczenie zostanie wypłacone, o ile dokumentacja medyczna w sposób jednoznaczny potwierdzi iż nie doszło do niej wskutek zawału serca, za który Towarzystwo wypłaciło świadczenie.

Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa po wystąpieniu danego **poważnego zachorowania** w zakresie tego **poważnego zachorowania**.

3. Prawo do świadczenia z tytułu *umowy dodatkowej* zostanie przyznane pod warunkiem, że **współmałżonek** pozostał przy życiu przez okres co najmniej 1 miesiąca od daty wystąpienia **poważnego zachorowania**.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:

- 1) *poważnych zachorowań*, które wystąpiły przed upływem 1 miesiąca od daty poprzedniego wystąpienia *poważnego zachorowania*, w związku z którym Towarzystwo ponosiło odpowiedzialność z tytułu niniejszych OWUD;
- 2) *poważnych zachorowań*, które są następstwem choroby AIDS lub zakażenia *współmałżonka* wirusem HIV, chyba że zakażenie nastąpiło w okolicznościach, o których mowa w Wykazie poważnych zachorowań, poz. 26) i 27);
- 3) *poważnych zachorowań* będących następstwem zdarzeń wymienionych w § 16 OWU.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 16 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 5

- 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) **Partner Medyczny** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach *umowy ubezpieczenia*;
- 3) **placówka medyczna** – działający 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 od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
- 4) **współmałżonek** – osoba pozostająca z *Ubezpieczonym* w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej współmałżonka

INDEKS GNFO MW/16/05/01

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

§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFO/16/02/01

§ 1; § 4

Tabela operacji medycznych

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

§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFO/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy

§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFO/16/02/01

§ 2 ust. 2, 4; § 3

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

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *współmałżonka*.

! Definicja *współmałżonka* znajduje się w § 4 niniejszych OWU.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *operację medyczną* przeprowadzoną u *współmałżonka* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWU, spowodowaną:
 - 1) *chorobą*, która została zdiagnozowana lub z powodu której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u *współmałżonka* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWU lub
 - 2) *obrażeniami ciała*, zaistniałymi w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWU.

! Definicja *operacji medycznej*, *choroby* i *obrażeń ciała* znajduje się w § 4 niniejszych OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku *operacji medycznej* *współmałżonka* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości:
 - 1) 50% *sumy ubezpieczenia* – w przypadku *operacji medycznej* 1 klasy;
 - 2) 30% *sumy ubezpieczenia* – w przypadku *operacji medycznej* 2 klasy;
 - 3) 10% *sumy ubezpieczenia* – w przypadku *operacji medycznej* 3 klasy;zgodnie z Tabelą operacji medycznych, stanowiącą załącznik do niniejszych OWU.
2. Niezależnie od liczby *operacji medycznych* *współmałżonka*, jeżeli zostały przeprowadzone w okresie kolejnych 60 dni, *Ubezpieczonemu* przysługuje tylko jedno najwyższe świadczenie z tytułu przeprowadzonych *operacji medycznych* *współmałżonka*, 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 wy-

- konania 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 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 okresie kolejnych 60 dni przeprowadzono u *współmałżonka* kilka *operacji medycznych*, wówczas należy 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 nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 3

1. Świadczenie z tytułu niniejszych OWU nie zostanie wypłacone w związku z *operacją medyczną*:
 - 1) w której *współmałżonek* był dawcą organów lub narządów;
 - 2) będącą operacją kosmetyczną lub plastyczną z wyjątkiem *operacji medycznej* niezbędnej do usunięcia następstw *nieszczęśliwych wypadków* zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWU lub choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWU;
 - 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 § 16 OWU.
2. Świadczenie z tytułu niniejszych OWU nie przysługuje, jeżeli *współmałżonek* zmarł w trakcie *operacji medycznej*.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 16 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

- 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) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów powstałe w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*;
- 3) **operacja medyczna** – zabieg medyczny przeprowadzony przez lekarza w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym, w trakcie pobytu *Ubezpieczonego w placówce medycznej* na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub jakiegokolwiek kraju Unii Europejskiej, wymieniony w Tabeli operacji medycznych; wyróżnia się następujące rodzaje operacji medycznych:
 - a) operacja medyczna metodą endoskopową – zabieg chirurgiczny polegający na takim otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub narządów wewnętrznych, które uniemożliwia czynności, określone w terminologii medycznej jako rękocyny, 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 rękocyny, 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;
- 4) **współmałżonek** – osoba pozostająca z *Ubezpieczonym* w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka

INDEKS GNFS/16/05/01

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

§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFS/16/02/01
§ 1

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

§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFS/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy
§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFS/16/02/01

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

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *dziecka*.

! Definicja *dziecka* znajduje się w § 38 OWU.

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

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

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 16 OWU.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

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

INDEKS GNFW/16/05/01

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	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01 § 1 § 2 ust. 2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01

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

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *dziecka*.

! Definicja *dziecka*
• znajduje się w § 38 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 § 38 OWU.

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 § 16 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.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

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

INDEKS GNFUUCD/16/05/01

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	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 1 Tabela uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 2 ust. 2 § 3 ust. 2

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

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *dziecka*.

! Definicja *dziecka* znajduje się w § 38 OWU.

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* znajduje się w § 4 niniejszych OWUD. Definicja *nieszczęśliwego wypadku* znajduje się w § 38 OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku *uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka* 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 dziecka, 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 zgłoszenia roszczenia o wypłatę 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 dziecka. 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 § 16 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

uszczerbek lub uszkodzenie ciała – następstwa *nieszczęśliwego wypadku* wymienione w Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka w szpitalu

INDEKS GNFPWD/16/02/01

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	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFPWD/16/02/01 § 1; § 3 ust. 1, 2, 4, 5, 10 § 5
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFPWD/16/02/01 § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFPWD/16/02/01 § 2 ust. 2, 3 § 3 ust. 3 § 4

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

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *dziecka*.

! Definicja *dziecka* znajduje się w § 38 OWU.

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

- 1) *choroby*, która została zdiagnozowana lub z powodu której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u *dziecka* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;
- 2) *obrażeń ciała*, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, spowodowanych *nieszczęśliwym wypadkiem*, a także *wypadkiem komunikacyjnym*.

! Definicje: *szpitala*, *choroby*, *obrażeń ciała*, *wypadku komunikacyjnego* znajdują się w § 5 niniejszych OWUD.

3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych w związku z *pobytem dziecka w szpitalu* trwającym co najmniej 10 dni. Rozszerzenie zakresu potwierdzone jest w *polisie*.

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*.
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. Towarzystwo wypłaci łączne świadczenia za okres nieprzekraczający:

- 30 dni, w przypadku pobytu dziecka w szpitalu w celu leczenia choroby,
- 180 dni, w przypadku pobytu dziecka w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała,

jednak łącznie z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w celu leczenia choroby oraz leczenia obrażeń ciała za okres nieprzekraczający 180 dni *pobytu dziecka w szpitalu*. *Pobyt w szpitalu*, który rozpoczął się w danym roku *polisy* i kontynuowany jest nieprzerwanie w kolejnym roku *polisy*, wliczany jest do limitu roku *polisy*, w którym się rozpoczął.

4. Świadczenie wypłacane jest po zakończeniu *pobytu dziecka w szpitalu*. W przypadku *pobytu w szpitalu* w celu leczenia obrażeń ciała trwającego co najmniej 1 miesiąc, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci wnioskowaną przez Ubezpieczonego część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu.
5. W celu ustalenia prawa do świadczenia – w uzasadnionych przypadkach – Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania *dzieckiem* na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

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

Towarzystwo wypłaci świadczenie maksymalnie za 180 dni *pobytu dziecka w szpitalu*, w tym za maksymalnie:

- 30 dni, w przypadku pobytu dziecka w szpitalu w celu leczenia choroby,
- 180 dni, w przypadku pobytu dziecka w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała.

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

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

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

! Definicja *Uprawnionego* znajduje się w § 5 niniejszych OWUD.
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*.

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

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

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

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 4

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

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej i w § 16 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 5

- 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) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów powstałe w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*;
- 3) **Partner Medyczny** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy ubezpieczenia;

- 4) **placówka medyczna** – działający 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 od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
- 5) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie co najmniej:
- 1 dzień w przypadku *pobytu w szpitalu* wyłącznie w celu leczenia doznanych obrażeń ciała,
 - 4 dni w przypadku *pobytu w szpitalu* w celu leczenia choroby lub pobytu związanego z ciążą, wyłączając *pobyt w szpitalu* w wyniku porodu fizjologicznego;
- w rozumieniu niniejszych OWUD okres *pobytu w szpitalu* rozpoczyna się w dniu przyjęcia dziecka do szpitala, a kończy się w dniu wypisania dziecka ze szpitala; wpis i wypis ze szpitala nie mogą mieć miejsca tego samego dnia;
- 6) **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 ani szpitala rehabilitacji, oddziału i ośrodka rehabilitacji;

- 7) **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*;
- 8) **wypadek komunikacyjny** – *nieszczęśliwy wypadek* w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ *Ubezpieczony* jako:
- a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, a także motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem morskim lub pasażerskim statkiem powietrznym,
 - b) rowerzystą,
 - c) pieszy.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka

INDEKS GNFC/16/02/01

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	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFC/16/02/01 § 1; § 2 ust. 3, 4; § 3 ust. 1, 2, 7; § 5
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFC/16/02/01 § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFC/16/02/01 § 2 ust. 2; § 4

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

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *dziecka*.

! Definicja *dziecka* znajduje się w § 38 OWU.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pierwszorazowe wystąpienie u dziecka *poważnego zachorowania* określonego w § 5 niniejszych OWUD, rozumianego jako:
 - 1) zdiagnozowane u *dziecka choroby* lub
 - 2) przeprowadzone u *dziecka zabiegi*, jeżeli w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD diagnoza lub zabieg miały miejsce po raz pierwszy lub rozpoczęło się postępowanie diagnostyczno-lecznicze.

3. 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*.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku zdiagnozowania u *dziecka choroby* lub przeprowadzenia u *dziecka* zabiegu Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.
2. Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie za jedno *poważne zachorowanie dziecka* w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
3. Prawo do świadczenia w związku z zdiagnozowaniem u *dziecka* cukrzycy zostanie przyznane pod warunkiem, że cukrzyca została zdiagnozowana przed ukończeniem przez *dziecko* 18. roku życia, a rodzice *dziecka* nie są diabetykami.

4. Prawo do świadczenia z tytułu niniejszych OWUD zostanie przyznane pod warunkiem, że *dziecko* pozostawało przy życiu przez okres co najmniej 1 miesiąca od daty:
 - 1) zdiagnozowania *choroby* lub
 - 2) przeprowadzenia zabiegu.
5. Rodzaj i data zdiagnozowania *choroby* lub przeprowadzenia zabiegu potwierdzone są na podstawie dokumentacji medycznej. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie rodzaju i daty zdiagnozowania *choroby* lub przeprowadzenia zabiegu, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

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

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

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

§ 3

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

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

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

! Dostęp do aktualnego wykazu *placówek medycznych*, w których realizowane są konsultacje *lekarzy specjalistów*, można uzyskać na:
– stronie www.unia.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 § 5 niniejszych OWUD.
3 dni robocze – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultację *lekarzy specjalistów* z zakresu dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii 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.

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

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

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

! *Dziecko* może skorzystać z dowolnie wybranej przez *Uprawnionego placówki medycznej*, jeżeli *Uprawniony* uzyska taką zgodę za pośrednictwem infolinii medycznej Towarzystwa.

Towarzystwo pokrywa koszty konsultacji *lekarzy specjalistów*, do wysokości limitu refundacyjnego, dokonując zwrotu tych kosztów w ciągu 10 dni od dopełnienia formalności związanych ze zgłoszeniem.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje *poważnych zachorowań dziecka*, które:
 - 1) są następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej lub schorzenia wrodzonego *dziecka*, które ujawniło się w pierwszych 12 miesiącach życia *dziecka*;
 - 2) są następstwem zdarzeń wymienionych w § 16 OWU.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 16 OWU.

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

Definicje

§ 5

Co oznaczają poszczególne pojęcia:

- 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) **ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowana przez Światową Organizację Zdrowia;
- 3) **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);
- 4) **Partner Medyczny** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy ubezpieczenia;

- 5) **placówka medyczna** – działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarstwa lub położnych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za *placówkę medyczną* nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
- 6) **poważne zachorowanie** – jedna z niżej wymienionych *chorób* lub jeden z niżej wymienionych zabiegów u *dziecka*:
 - a) **ciężkie oparzenia** – głębokie termiczne i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
 - nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
 - nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
 - 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;
 - b) **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;
 - c) **dystrofia mięśniowa** – dystrofia mięśniowa typu Duchenne’a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii); rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną dotyczącą rozpoznania *choroby*;
 - d) **guzy śródczaszkowe** – niezłośliwe guzy śródczaszkowe będące przyczyną stałych ubytków neurologicznych; wykluczeniu podlegają torbiele, ziarniaki, malformacje śródczaszkowe, guzy przysadki;
 - e) **inwazyjna choroba pneumokokowa (ICHp)** – pierwotne zakażenie wywołane przez pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae*), o dużym nasileniu objawów chorobowych, występujące u dzieci, przebiegające pod postacią chorób o charakterze miejscowym lub uogólnionym; ochroną ubezpieczeniową objęte są przypadki ciężkich zakażeń inwazyjnych, takich jak między innymi: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, kości i szpiku, stawów, wsierdza, osierdza, otrzewnej, ucha środkowego, sepsa pneumokokowa i inne pozostawiające trwałe następstwa pod postacią np. utraty słuchu, zaburzeń procesu uczenia się, opóźnień w nauce mowy, porażeń lub innych ubytków neurologicznych; wykluczeniu podlegają zakażenia pneumokokowe o przebiegu lekkim, niepowikłane lub niepozostawiające trwałych następstw oraz pourazowe wtórne zakażenia pneumokokowe; rozpoznanie ICHp oraz jej trwałych następstw winno być jednoznacznie potwierdzone wynikami badań, w tym bakteriologicznych, i zawarte w dokumentacji medycznej wydanej przez ośrodek służby zdrowia prowadzący leczenie;
 - f) **niewydolność nerek** – krańcowe stadium przewlekłej niewydolności nerek charakteryzujące się wskaźnikiem filtracji kłębuszkowej mniejszym niż 10 ml/min oraz wymagające ze wskazań życiowych przewlekłego leczenia dializami lub przeszczepu nerek;
 - g) **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;
 - h) **nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami** – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych niszczący zdrowe tkanki; choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego; ostateczny wynik badania histopatologicznego jednoznacznie potwierdzający nowotworowe tło *choroby* przyjmuje się za datę zaistnienia *choroby*; wykluczeniu podlegają nowotwory „in situ”, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (w tym czerniak złośliwy do 1-B stopnia zaawansowania w klasyfikacji TNM), ziarnica złośliwa i chłoniaki w 1. stopniu zaawansowania;
 - i) **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:
 - serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
 - szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy; przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu; ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
 - j) **przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C trwające ponad 12 miesięcy i potwierdzone obecnością przeciwciał anti-HCV (IgG+), dodatnim wynikiem HCV RNA PCR oraz stwierdzonymi w badaniu biopsji wątroby cechami zapalenia wątroby, włóknienia lub marskości wątroby;
 - k) **sepsa (sepsis)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej powstały w wyniku krwipochodnego rozsiewu zakażenia bakteryjnego, wirusowego lub grzybiczego, podczas którego we krwi krążą najczęściej bakterie, ich toksyny bądź toksyczne metabolity komórek gospodarza, i objawiający się niewydolnością lub poważną dysfunkcją narządów lub układów narządów; w rozumieniu niniejszych OWUD za sepsę uznaje się też rozwijający się w jej przebiegu wstrząs septyczny; wykluczeniu podlegają bakteriemia, wiremia i fungemia oraz przypadki sepsy wtórnej, rozwijającej się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych i/lub urazach; jednoznaczne rozpoznanie winno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie;
 - l) **śpiączka** – stan utraty przytomności charakteryzujący się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (oceniany w skali śpiączki Glasgow na mniej niż 9 punktów) i koniecznością użycia sprzętu wspomagającego utrzymanie czynności życiowych (np. respiratora); stan ten winien trwać co najmniej 96 godzin oraz pozostawiać trwałe ubytki neurologiczne, a jego rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną, zawierającą między innymi końcową ocenę stanu neurologicznego;
 - m) **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;
 - n) **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach, spowodowana *chorobą*; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okuliste; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym;
 - o) **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;
 - p) **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.
- 7) **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*.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka

INDEKS GNFD/16/05/01

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

§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFD/16/02/01

§ 1; § 3 ust. 1, 2, 7; § 4

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

§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFD/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy
§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFD/16/02/01

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

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest *urodzenie się dziecka*.

! Definicja *urodzenia się dziecka* znajduje się w § 4 niniejszych OWUD.

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

! Definicja *urodzenia się dziecka wymagającego leczenia* znajduje się w § 4 niniejszych OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

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

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

§ 3

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

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

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

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

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

! Definicja *Uprawnionego* znajduje się w § 4 niniejszych OWUD.
3 dni robocze – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultację *lekarzy specjalistów* z zakresu dermatologii, okulistyki, laryngologii 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.

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 podstawowej *Partnera Medycznego*.

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

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

! Dziecko może skorzystać z dowolnie wybranej przez *Uprawnionego* placówki medycznej, jeżeli *Uprawniony* uzyska taką zgodę za pośrednictwem infolinii medycznej Towarzystwa.

Towarzystwo pokrywa koszty konsultacji lekarzy specjalistów, do wysokości limitu refundacyjnego, dokonując zwrotu tych kosztów w ciągu 10 dni roboczych od dopełnienia formalności związanych ze zgłoszeniem.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

- 1) **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 dentystów (m.in. alergolog, anestezjolog, chirurg klatki piersiowej, chirurg naczyń, chirurg ogólny, dermatolog, diabetolog, endokrynolog, gastrolog, ginekolog, hematolog, kardiolog, nefrolog, neurochirurg, neurolog, okulista, onkolog, ortopeda, otolaryngolog, proktolog, pulmonolog, reumatolog, urolog);

- 2) **Partner Medyczny** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy ubezpieczenia;
- 3) **placówka medyczna** – działający 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 od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
- 4) **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;
- 5) **urodzenie się dziecka** – urodzenie się żywego dziecka, potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym *Ubezpieczony* wymieniony jest jako rodzic tego dziecka;
- 6) **urodzenie się dziecka wymagającego leczenia** – urodzenie się żywego dziecka *Ubezpiezonego*, potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym *Ubezpieczony* wymieniony jest jako rodzic dziecka, które przy urodzeniu spełniało co najmniej jedną z poniższych przesłanek:
 - a) przy urodzeniu otrzymało 1–8 punktów w skali Apgar,
 - b) urodziło się z wadą wrodzoną,
 - c) urodziło się jako wcześniak;
 przy punktacji w skali Apgar bierze się pod uwagę ostatnią dokonaną ocenę;
- 7) **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;
- 8) **wcześniak** – 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.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka wymagającego leczenia

INDEKS GNFDL/16/05/01

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

§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFDL/16/02/01

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

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

§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFDL/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy
§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFDL/16/02/01

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

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

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

! Definicja *urodzenia się dziecka wymagającego leczenia* znajduje się w § 4 niniejszych OWUD.

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

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

! *Ubezpieczony* otrzyma świadczenie w przypadku *urodzenia się dziecka wymagającego leczenia*.

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

2. Jeżeli *dziecko* wymagające leczenia urodziło się z *wadą wrodzoną*, świadczenie zostanie wypłacone, pod warunkiem że:
 - 1) *wada wrodzona* nie powstała w wyniku *choroby* lub urazów okołoporodowych;
 - 2) *dziecko* przeżyło co najmniej 30 dni od daty urodzenia;

- 3) istnienie *wady wrodzonej* zostało potwierdzone odpowiednimi wynikami badań biochemicznych lub obrazowych;
- 4) wykrycie *wady wrodzonej* nastąpiło po upływie 3 miesięcy nieprzerwanie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.
3. Jeżeli *dziecko* wymagające leczenia urodziło się jako *wcześniak*, świadczenie zostanie wypłacone, pod warunkiem że *dziecko* żyło przynajmniej 2 tygodnie od dnia porodu.

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

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

§ 3

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

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

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

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

4. Konsultacje *lekarzy specjalistów* 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 § 4 niniejszych OWUD.
 - 3 dni robocze – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultację *lekarzy specjalistów* z zakresu dermatologii, okulistyki, laryngologii 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.

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

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

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

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

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

- 1) **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 naczyń, chirurg ogólny, dermatolog, diabetolog, endokrynolog, gastrolog, ginekolog, hematolog, kardiolog, nefrolog, neurochirurg, neurolog, okulista, onkolog, ortopeda, otolaryngolog, proktolog, pulmonolog, reumatolog, urolog);
- 2) **Partner Medyczny** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach *umowy ubezpieczenia*;
- 3) **placówka medyczna** – działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarów lub położnych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za *placówkę medyczną* nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
- 4) **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*;
- 5) **urodzenie się dziecka wymagającego leczenia** – urodzenie się żywego *dziecka Ubezpieczonego*, potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym *Ubezpieczony* wymieniony jest jako rodzic dziecka, które przy urodzeniu spełniało co najmniej jedną z poniższych przesłanek:
 - a) przy urodzeniu otrzymało 1–8 punktów w skali Apgar,
 - b) urodziło się z *wadą wrodzoną*,
 - c) urodziło się jako *wcześnieśnik*;przy punktacji w skali Apgar bierze się pod uwagę ostatnią dokonaną ocenę;
- 6) **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;
- 7) **wcześnieśnik** – żywy noworodek, który urodził się przed 36. tygodniem ciąży z wagą poniżej 2500 g; poród przedwczesny oraz wiek korygowany płodu muszą być potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się martwego noworodka

INDEKS GNFSB/16/05/01

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	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01 § 1; § 3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01
Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.	
Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia § 1 1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie noworodka. 2. Zakres ubezpieczenia obejmuje <i>urodzenie się martwego noworodka</i> w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej 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 <i>Ubezpieczony</i> wymieniony jest jako rodzic tego dziecka.
W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe § 2 W przypadku <i>urodzenia się martwego noworodka</i> Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości <i>sumy ubezpieczenia</i> z tytułu niniejszych OWUD.	Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców Ubezpieczonego

INDEKS GNFSR/16/05/01

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	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU 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.

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 § 16 OWU.

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa

§ 3

Poza przypadkami wskazanymi w § 23 OWU ochrona ubezpieczeniowa z tytułu OWUD wygasa z dniem wypłaty świadczenia w związku ze śmiercią drugiego rodzica *Ubezpieczonego*.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

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.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

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

INDEKS GNFWSR/16/05/01

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	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01 § 1; § 2 ust. 2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01 § 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU 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 § 38 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 § 16 OWU.

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa

§ 3

Poza przypadkami wskazanymi w § 23 OWU ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD wygasa z dniem wypłaty świadczenia w związku ze śmiercią drugiego rodzica *Ubezpieczonego*.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

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.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców współmałżonka

INDEKS GNFST/16/05/01

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	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01 § 1; § 4
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01 § 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU 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 § 4 niniejszych OWUD.

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 § 16 OWU.

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa

§ 3

Poza przypadkami wskazanymi w § 23 OWU ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD wygasa z dniem wypłaty świadczenia w związku ze śmiercią drugiego *rodzica współmałżonka*.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

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.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

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

INDEKS GNFWST/16/05/01

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	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01 § 1; § 2 ust. 2; § 4
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01 § 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU 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 § 4 niniejszych OWUD.

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 § 38 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 § 16 OWU.

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa

§ 3

Poza przypadkami wskazanymi w § 23 OWU „Wygąśnięcie ochrony ubezpieczeniowej” ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD wygasa z dniem wypłaty świadczenia w związku ze śmiercią drugiego *rodzica współmałżonka*.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

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 zawrze ponownie związku małżeńskiego.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz jego rodziny Opieka24 i Opieka24 Plus

INDEKS GNFSO/16/02/01

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

§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFSO/16/02/01

§ 1; § 2

§ 3 ust. 1, 3, 4; § 5

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

§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFSO/16/02/01

§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFSO/16/02/01

§ 3 ust. 5, 6

§ 4

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

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego, współmałżonka, dziecka, rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka*.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń z tytułu niniejszych OWUD są:
 - 1) *Ubezpieczony;*
 - 2) *współmałżonek;*
 - 3) *dziecko zamieszkujące wspólnie z Ubezpieczonym w miejscu zamieszkania;*
 - 4) *rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka – jedynie w zakresie świadczeń wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 16).*
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) *rozstrój zdrowia w następstwie nagłego zachorowania;*
 - 2) *obrażenia ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku;*
 - 3) *pogorszenie się stanu zdrowia w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 15);*
 - 4) *urodzenie się dziecka Ubezpieczonego.*
4. W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo zobowiązuje się do zapewnienia *Ubezpieczonemu, współmałżonkowi oraz dziecku* świadczeń polegających na organizacji lub organizacji i pokryciu kosztów usług w zakresie i na zasadach opisanych w § 2 ust. 1, oraz rodzicowi *Ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka – świadczeń w zakresie i na zasadach opisanych w § 2 ust. 1 pkt 16).*
5. Dodatkowe ubezpieczenie świadczeń opiekuńczych dla *Ubezpieczonego* oraz jego rodziny może zostać zawarte jako:
 - 1) *Opieka24, w której suma ubezpieczenia z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, do której realizowane są świadczenia wymienione w § 2 ust. 1 pkt 1)–15), wynosi 3000 zł lub*
 - 2) *Opieka24 Plus, w której suma ubezpieczenia z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, do której realizowane są świadczenia wymienione w § 2 ust. 1 pkt 1)–15), wynosi 3000 zł, a w przypadku gdy zdarzeniem ubezpieczeniowym stanowiącym podstawę udzielenia świadczeń wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 1)–15) był wypadek komunikacyjny wynosi – 6000 zł.*
6. *Sumy ubezpieczenia* wymienione w ust. 5 mogą być wykorzystywane wielokrotnie, pod warunkiem że odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

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

Jakie świadczenia zostaną przyznane

§ 2

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenia medyczne realizowane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej na poniżej określonych zasadach:
 - 1) opieka po hospitalizacji – jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego była hospitalizowana przez okres dłuższy niż 5 dni oraz zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza prowadzącego powinna pozostawać w pozycji leżącej po okresie hospitalizacji, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki 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 recepty 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; o wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym;
 - 4) transport medyczny z osobą towarzyszącą z placówki medycznej do miejsca zamieszkania – w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia przebywała w placówce medycznej, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego z placówki

medycznej do miejsca zamieszkania; o wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym;

- 5) transport medyczny z osobą towarzyszącą z placówki medycznej do placówki medycznej – w przypadku gdy placówka medyczna, w której na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego przebywa osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jej stanu zdrowia albo gdy osoba uprawniona do otrzymania świadczenia skierowana została na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego do placówki medycznej odpowiadającej wymogom leczenia albo do placówki medycznej, w której zostaną wykonane badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny; świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, po konsultacji z lekarzem Centrum Operacyjnego i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia osoby uprawnionej;
- 6) wizyta lekarska – Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza pierwszego kontaktu do miejsca pobytu, jeżeli powyższe jest konieczne w związku z nieszczęśliwym wypadkiem; świadczenie jest organizowane, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;
- 7) wizyta pielęgniarki – Towarzystwo – na zlecenie lekarza prowadzącego – zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów honorariów i dojazdów pielęgniarki do miejsca pobytu, jeżeli powyższe jest konieczne w związku z nieszczęśliwym wypadkiem; świadczenie obejmuje organizację i pokrycie kosztów:
 - a) wykonywania czynności związanych z utrzymaniem higieny,
 - b) wykonywania zabiegów leczniczych, w szczególności: okłady, opatrunki, rehabilitacja oddechowa, podawanie leków itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego,
 - c) wykonywania czynności diagnostycznych, w szczególności: pomiar ciśnienia i tętna, ważenie itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego,
 - d) wykonywania czynności pomagających w odżywianiu się;
- 8) rehabilitacja – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, zgodnie ze wskazaniem lekarza specjalisty, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w miejscu zamieszkania albo zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej;
- 9) wypożyczenie albo zakup sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, zgodnie ze wskazaniem lekarza specjalisty, powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Towarzystwo zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny; dodatkowo Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty transportu drobnego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania; Towarzystwo zapewnia dostęp do sprzętu rehabilitacyjnego oraz pokrywa w granicach sumy ubezpieczenia:
 - a) koszty wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego,
 - b) koszty zakupu sprzętu rehabilitacyjnego;Towarzystwo nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową przebiegu i skutków terapii prowadzonej w ramach rehabilitacji; Centrum Operacyjne nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach;
- 10) opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi – w przypadku hospitalizacji osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, w sytuacji gdy przewidywany jest dłuższy niż 3-dniowy okres hospitalizacji, Towarzystwo – na wniosek Ubezpieczonego – zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:
 - a) przewozu dzieci Ubezpieczonego w towarzystwie osoby wyznaczonej przez Ubezpieczonego do miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy), albo
 - b) przejazdu osoby wyznaczonej przez Ubezpieczonego do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania (na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej) do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);warunkiem otrzymania wskazanych wyżej świadczeń jest podanie Centrum Operacyjnemu przez Ubezpieczonego następujących danych osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi: imię i nazwisko, dane teleadresowe; Centrum Operacyjne świadczy usługi organizacji opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi po uzyskaniu przez lekarza Centrum Operacyjnego informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji oraz gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną przez Ubezpieczonego do opieki; w przypadku gdy Centrum Operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki, w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia przez Ubezpieczonego, pod wskazanym przez

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

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

- 11) korepetycje – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania dziecko nie może uczestniczyć w zajęciach dydaktycznych w placówce oświatowo-wychowawczej w związku z koniecznością hospitalizacji przez okres dłuższy niż 14 dni lub koniecznością przebywania w miejscu zamieszkania na zwolnieniu lekarskim powyżej 14 dni, Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty dojazdu korepetytora do miejsca hospitalizacji dziecka lub miejsca zamieszkania oraz koszty korepetycji w zakresie bieżącego programu nauczania w placówce oświatowo-wychowawczej w czasie nieobecności dziecka (z wyłączeniem materiału dydaktycznego o charakterze specjalistycznym lub zawodowym, w odniesieniu do całej grupy przedmiotów); dla uczniów szkół podstawowych, gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych zakres świadczenia obejmuje korepetycje z przedmiotów wybranych spośród: języka polskiego, matematyki, fizyki, chemii, biologii, języków obcych (angielskiego, niemieckiego, francuskiego, hiszpańskiego);
- 12) łóżko szpitalne dla prawnego opiekuna dziecka – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania dziecko jest hospitalizowane, 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;
- 13) opieka domowa po hospitalizacji – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia była hospitalizowana przez okres dłuższy niż 7 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego powinna przebywać po okresie hospitalizacji w pozycji leżącej, Towarzystwo zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium osoby wyznaczonej do pełnienia opieki domowej w miejscu zamieszkania – do 5 dni, maksymalnie po 4 godziny dziennie – w niżej wymienionym zakresie:
 - a) zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby,
 - b) niezbędne porządki,
 - c) dostawa/przygotowanie posiłków,
 - d) opieka nad zwierzętami domowymi,
 - e) podlewanie kwiatów;niniejsze świadczenie przysługuje jedynie w przypadku, gdy w miejscu zamieszkania nie ma osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić; ubezpieczeniem objęta jest wyłącznie dostawa wyżej wymienionych artykułów bez kosztów zakupu samych produktów, które to koszty pokrywa Ubezpieczony;
- 14) wizyta położnej w przypadku urodzenia się dziecka – w przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonego, na wniosek Ubezpieczonego lub współmałżonka, Centrum Operacyjne zorganizuje i pokryje koszty jednej wizyty (tj. dojazdu oraz honorarium) położnej, w miejscu zamieszkania;
- 15) pomoc psychologa – w przypadku gdy w wyniku pogorszenia się stanu zdrowia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w związku z zajściem następujących sytuacji losowych:
 - a) śmierć Ubezpieczonego,
 - b) śmierć dziecka,
 - c) urodzenie się martwego dziecka,
 - d) śmierć współmałżonka,
 - e) poronienie,
 - f) rozstrój zdrowia Ubezpieczonego,
 - g) rozstrój zdrowia współmałżonka,
 - h) rozstrój zdrowia dziecka,osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia niezbędna jest pomoc psychologa, Towarzystwo zapewnia pomoc psychologa polegającą na organizacji i pokryciu kosztów wizyt u psychologa; Towarzystwo nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową przebiegu i skutków terapii; Towarzystwo, na prośbę osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, zapewnia również usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego;
- 16) udzielenie pomocy medycznej rodzicowi Ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka – Towarzystwo gwarantuje rodzicowi Ubezpieczonego oraz rodzicowi współmałżonka organizację i pokrycie kosztów następujących usług:
 - a) opieka po hospitalizacji – jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka był hospitalizowany przez okres co najmniej 5 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego powinien leżeć po okresie hospitalizacji, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej albo domowej po zakończeniu hospita-

lizacji, w miejscu zamieszkania rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka; Towarzystwo pokrywa koszty tego świadczenia do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,

- b) transport na wizytę kontrolną – jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka był hospitalizowany przez okres co najmniej 5 dni oraz zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego powinien udać się na wizytę kontrolną, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu na jedną wizytę kontrolną w roku z miejsca zamieszkania rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka do placówki medycznej,
 - c) asysta – jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka wymaga transportu medycznego do placówki medycznej i z powrotem, Towarzystwo zapewni zorganizowanie i pokrycie honorarium osoby, która będzie towarzyszyć rodzicowi Ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka podczas tego transportu oraz pomoże przy załatwieniu w placówce medycznej formalności związanych z rejestracją i wypisem ze szpitala; Towarzystwo pokrywa koszty tego świadczenia do łącznej kwoty 200 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
 - d) infolinia medyczna – na wniosek rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka Towarzystwo zapewnia udzielenie pierwszej konsultacji z lekarzem Centrum Operacyjnego drogą telefoniczną na podstawie informacji przekazanych przez rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka; ogólna informacja, o której mowa powyżej, nie stanowi porady medycznej; Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zastosowania się do uzyskanych informacji; świadczenie jest realizowane, o ile stan zdrowia rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego;
- 17) przekazywanie pilnej wiadomości od Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka – na wniosek osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia Operator Centrum Operacyjnego przekazuje wyznaczonej przez nią osobie każdą pilną wiadomość w związku z nagłym zdarzeniem ubezpieczeniowym, któremu uległa;
- 18) infolinia medyczna – Towarzystwo zapewnia dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z uprawnionym personelem medycznym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ustnej ogólnej informacji o danym schorzeniu, typowo stosowanym leczeniu, w tym o nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, a także o warunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń; Towarzystwo gwarantuje również dostęp do informacji na temat:
- a) jednostek chorobowych,
 - b) stanów wymagających nagłej pomocy,
 - c) zachowań prozdrowotnych,
 - d) leków, w tym objawów niepożądanych przy przyjmowaniu leków, oraz przyjmowania leków w trakcie ciąży,
 - e) ciąży – jej objawów, etapów rozwoju płodu, badań w czasie ciąży, zagrożeń, diety w trakcie ciąży i po porodzie,
 - f) przygotowania się do porodu,
 - g) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
 - h) badań prenatalnych,
 - i) szkół rodzenia,
 - j) karmienia noworodka,
 - k) obowiązkowych szczepień dzieci,
 - l) pielęgnacji niemowląt,
- m) transportu medycznego,
- n) telefonów zaufania i grup wsparcia, udzielających na terenie Rzeczypospolitej Polskiej pomocy osobom dotkniętym alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na określone schorzenia (np. cukrzycę, chorobę serca), kobietom po mastektomii, rodzicom ciężko chorych dzieci,
 - o) placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy Centrum Operacyjnego,
 - p) aptek znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
 - q) badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
 - r) szczepień, zagrożeń epidemiologicznych dla podróży,
 - s) placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - t) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - u) sposobu przygotowywania się do zabiegów lub badań medycznych,
 - v) domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - w) przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby;
- informacje, o których mowa powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza Centrum Operacyjnego i Towarzystwa.
2. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń przekroczy sumę ubezpieczenia określoną w OWUD, może ona zostać wykonana przez Centrum

Operacyjne, o ile Ubezpieczony, współmałżonek, przedstawiciel ustawowy dziecka, a także dziecko, gdy jest pełnoletnie, wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowaną przez Towarzystwo sumą ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia określona w § 1 ust. 5 odnosi się łącznie do Ubezpieczonego, współmałżonka i dziecka.

3. O celowości organizacji i pokrycia kosztów wszystkich wymienionych powyżej usług medycznych decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

W jaki sposób realizowane są świadczenia ubezpieczeniowe § 3

1. W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy konieczne jest skorzystanie z pomocy medycznej, transportu lub innych usług, o których mowa w niniejszych OWUD, osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba występująca w jej imieniu zobowiązane są – przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie – niezwłocznie zgłosić telefonicznie prośbę o pomoc do Centrum Operacyjnego, którego numer telefonu podany jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba kontaktująca się w jej imieniu powinna dokładnie wyjaśnić dyżurującemu pracownikowi Centrum Operacyjnego okoliczności, w jakich Ubezpieczony się znajduje i jakiej pomocy potrzebuje, oraz umożliwić lekarzom Centrum Operacyjnego dostęp do wszystkich informacji medycznych.
2. W przypadku zaistnienia takiej konieczności, na żądanie Centrum Operacyjnego, zarówno osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, jak również osoba występująca w jej imieniu są zobowiązane:
 - 1) podać nazwisko i imię osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, a także numer PESEL i w miarę możliwości jej numer telefonu;
 - 2) podać numer polisy ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem;
 - 3) podać dokładne miejsce zdarzenia, krótki opis i rodzaj wymaganej pomocy;
 - 4) stosować się do zaleceń Centrum Operacyjnego, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw;
 - 5) umożliwić Centrum Operacyjnemu dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności zdarzenia, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu wyjaśnień.
3. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba występująca w jej imieniu nie mogły skontaktować się z Centrum Operacyjnym i w związku z tym same pokryły koszty usług medycznych, o których mowa w niniejszych OWUD, Towarzystwo zwróci w całości bądź częściowo (w zależności od tego, jaka część wydatków została przeznaczona na sfinansowanie świadczeń, do których zobowiązane było Centrum Operacyjne) poniesione koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do Centrum Operacyjnego najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty ustania przyczyn uniemożliwiających skontaktowanie się z Centrum Operacyjnym i przedstawienia wskazanych przez Centrum Operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po zweryfikowaniu ich zasadności przez Centrum Operacyjne. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów, jakie poniosłoby w przypadku zapewnienia usług medycznych we własnym zakresie, w wysokości nie wyższej niż wysokość sumy ubezpieczenia.
4. Świadczenia odnoszące się do zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną Towarzystwa są realizowane przez czas maksymalnie 12 miesięcy, licząc od daty zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, w związku z którym dane świadczenie przysługuje, z zastrzeżeniem postanowień opisu świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 14).
5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy spełnienia świadczenia, zmniejszenia go lub – w przypadku zwrotu kosztów – pokrycia całkowitych kosztów, jakie Towarzystwo poniosłoby w przypadku zorganizowania usług we własnym zakresie, jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba występująca w jej imieniu umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie dopełniły któregośkolwiek z obowiązków określonych wyżej, o ile przyczyniło się to do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Towarzystwu ustalenie okoliczności lub skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. Podanie nieprawdziwych danych, dotyczących okoliczności lub skutków zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, lub uchylenie się od udzielenia wyjaśnień, powoduje odmowę zwrotu kosztów. W przypadku podania nieprawdziwych informacji Towarzystwo może zażądać zwrotu poniesionych kosztów.
7. Wykonanie usług medycznych gwarantowanych w niniejszych OWUD może być opóźnione na skutek strajków, zamieszek, niepokojów społecznych, zamachów terrorystycznych, wojny domowej lub wojny o zasięgu międzynarodowym, promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, zaistnienia zdarzenia losowego lub zadziałania siły wyższej udokumentowanych przez Towarzystwo.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe § 4

1. Z zakresu odpowiedzialności Towarzystwa wyłączone są:
 - 1) koszty wizyty lekarza i transportu medycznego oraz innych usług, które zorganizowane zostały przez Centrum Operacyjne, w zakresie

w jakim ich realizacja wynikała z powodu podania nieprawdziwych informacji;

- 2) zdarzenia skutkujące powstaniem zagrożenia życia, wymagające natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego;
 - 3) zdarzenia związane z zagrożeniem życia zdefiniowane tak na podstawie informacji przekazanych przez zgłaszającego do *Centrum Operacyjnego* – w takim przypadku Towarzystwo może odmówić realizacji świadczeń, przy czym Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli kwalifikacja danego zdarzenia jako zagrażającego życiu i skutki takiej kwalifikacji nastąpiły na podstawie informacji przekazanych przez zgłaszającego.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:
- 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) kosztów poniesionych bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania akceptacji *Centrum Operacyjnego*, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem postanowienia § 3 ust. 3;
 - 3) kosztów zakupu leków;
 - 4) kosztów wypożyczenia *sprzętu rehabilitacyjnego*, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego;
 - 5) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii – w zakresie wykraczającym poza opisany w § 2 ust. 1 pkt 8) niniejszych OWUD, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii,
 - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,
 - c) pozostawiania pod wpływem alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³,
 - d) użycia przez osobę, w stosunku do której realizowane mają być świadczenia określone w niniejszych OWUD, narkotyków lub innych substancji toksycznych, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia,
 - e) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji 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 *Ubezpiezonego* 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*.

! Należy zwrócić uwagę na powyżej wymienione okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 16 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 5

- 1) **Centrum Operacyjne** – jednostka zajmująca się organizacją i świadczeniem usług określonych w niniejszych OWUD, wskazana przez Towarzystwo i działająca w jego imieniu;
- 2) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona, lub choroba będąca przyczyną *hospitalizacji* w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje;
- 3) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
- 4) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w celu przeprowadzenia leczenia;
- 5) **ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowana przez Światową Organizację Zdrowia;

- 6) **lekarz Centrum Operacyjnego** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez *Centrum Operacyjne* i uprawniona do występowania w imieniu *Centrum Operacyjnego*;
- 7) **lekarz prowadzący** – lekarz sprawujący opiekę nad osobą objętą ochroną z ramienia *placówki medycznej*, w której osoba ta poddała się leczeniu;
- 8) **miejsce pobytu** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w którym *Ubezpieczony*, *współmałżonek* lub *dziecko* przebywa tymczasowo i które w ocenie przedstawiciela *Centrum Operacyjnego* spełnia warunki realizacji świadczeń Opieka24 lub Opieka24 Plus;
- 9) **miejsce zamieszkania** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej wskazane przez *Ubezpiezonego*, *współmałżonka* lub *dziecko* jako miejsce stałego zamieszkania;
- 10) **nagłe zachorowanie** – powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający zdrowiu lub życiu *Ubezpiezonego*, *współmałżonka*, *dziecka* lub (tylko dla świadczeń wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 16) rodzica *Ubezpiezonego* lub rodzica *współmałżonka*, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej, z wyłączeniem wszelkich chorób, które zaistniały przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej udzielanej *Ubezpieczonemu*, *współmałżonkowi* lub *dziecku* zgodnie z niniejszymi OWUD;
- 11) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia *Ubezpiezonego*, *współmałżonka*, *dziecka* lub (tylko dla świadczeń wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 16) rodzica *Ubezpiezonego* lub rodzica *współmałżonka*, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa, w następstwie którego *Ubezpieczony*, *współmałżonek*, *dziecko*, rodzic *Ubezpiezonego* lub rodzic *współmałżonka* niezależnie od swojej woli doznał uszkodzenia ciała, uszczerbku na zdrowiu lub zmarł;
- 12) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 13) **poronienie** – samoistne, przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 20 tygodni;
- 14) **rodzic Ubezpiezonego** – matka lub ojciec *Ubezpiezonego* w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodzica *Ubezpiezonego* uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) żoną ojca *Ubezpiezonego* lub wdową po ojcu *Ubezpiezonego*, o ile po śmierci ojca *Ubezpiezonego* nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - b) mężem matki *Ubezpiezonego* lub wdowcem po matce *Ubezpiezonego*, o ile po śmierci matki *Ubezpiezonego* nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
- 15) **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;
- 16) **roztwór zdrowia** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, z wyjątkiem *chorób przewlekłych*;
- 17) **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;
- 18) **urodzenie martwego dziecka** – urodzenie martwego noworodka, zarejestrowanego w urzędzie stanu cywilnego, w akcie urodzenia którego *Ubezpieczony* jest wymieniony jako rodzic tego dziecka;
- 19) **współmałżonek** – osoba pozostająca z *Ubezpieczonym* w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia;
- 20) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie umowy dodatkowej, polegające na wystąpieniu u osób objętych ochroną:
 - a) *roztworu zdrowia* w następstwie nagłego zachorowania,
 - b) *obrażeń ciała* w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - c) pogorszenia się stanu zdrowia w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 15),
 - d) *urodzenia się dziecka Ubezpiezonego* – wyłącznie w zakresie świadczenia wizyty położnej w przypadku urodzenia się dziecka.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia świadczeń medycznych i opiekuńczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku MediPomoc

INDEKS GNFA/16/05/01

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	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFA/16/02/01 § 1; § 2; § 3 ust. 1, 2; § 5

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFA/16/02/01 § 3 ust. 3; § 4

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

Jaki jest przedmiot ubezpieczenia

§ 1

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie:
 - Ubezpieczonego, jeżeli umowa dodatkowa zawarta jest w formie indywidualnej,
 - Ubezpieczonego, współmałżonka, dziecka, jeżeli umowa dodatkowa zawarta jest w formie rodzinnej.
- Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczenia z tytułu niniejszych OWUD są:
 - Ubezpieczony, jeżeli umowa dodatkowa zawarta jest w formie indywidualnej,
 - Ubezpieczony, współmałżonek, dziecko, jeżeli umowa dodatkowa zawarta jest w formie rodzinnej.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje urazy powstałe w wyniku *nieszczęśliwego wypadku*, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

Jakie świadczenia zostaną przyznane

§ 2

- 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.
- O celowości organizacji i pokrycia kosztów wszystkich wymienionych poniżej usług medycznych decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.
- Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń wymienionych w niniejszych OWUD przekroczy limity zdefiniowane dla danego świadczenia, może zostać wykonana przez Centrum Operacyjne, o ile osoba uprawniona do otrzymania świadczenia wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Towarzystwo limitem dla określonego świadczenia.
- Wszystkie poniżej wymienione świadczenia realizowane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
- 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, 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, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia u okulisty.

3) Konsultacja otolaryngologa

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia u otolaryngologa.

4) Konsultacja ortopedy

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia u ortopedy.

5) Konsultacja kardiologa

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia u kardiologa.

6) Konsultacja neurologa

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia u neurologa.

7) Konsultacja pulmonologa

Centrum Operacyjne, 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, 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, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia u neurochirurga.

10) Konsultacja psychologa

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia u psychologa.

11) Zabiegi ambulatoryjne

Centrum Operacyjne, 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, 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, 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, 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* 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 najbliżej 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, 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, 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* 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* wydanym w oparciu o dokumentację medyczną – powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego, *Centrum Operacyjne* 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* świadczenie może być wykorzystane tylko jeden raz. *Centrum Operacyjne* nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach.

20) 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* 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.

21) 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* zorganizuje i pokryje koszty zakwaterowania wskazanej przez nią osoby w hotelu o kategorii do trzech gwiazdek, znajdującym się najbliżej *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.

22) Transport do placówki medycznej

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* zaistniała konieczność przewiezienia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia do *placówki medycznej*, *Centrum Operacyjne* zorganizuje i pokryje koszty jej transportu wraz z osobą przez nią wskazaną z *miejsca pobytu* do odpowiedniej *placówki medycznej* dostosowanym do stanu zdrowia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia środkiem transportu. O wyborze środka transportu decyduje lekarz *Centrum Operacyjnego* w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

23) 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* 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* i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.

24) 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* 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* w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

25) 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* 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 wyborze środka transportu decyduje lekarz *Centrum Operacyjnego* w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

26) 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* zorganizuje i pokryje koszty transportu na taką wizytę 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 wyborze środka transportu decyduje lekarz *Centrum Operacyjnego* w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

27) Dostarczenie rzeczy osobistych do szpitala

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia trafiła do szpitala, *Centrum Operacyjne* zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia niezbędnych artykułów pierwszej potrzeby, takich jak: odzież, przybory toaletowe, okulary, jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników w ww. zakresie. Warunkiem skorzystania ze świadczenia jest udostępnienie przez osobę wskazaną przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ww. przedmiotów przedstawicielowi *Centrum Operacyjnego*. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu ww. artykułów.

28) 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*, 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 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 ww. zakresie. Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Centrum Operacyjnego recepty niezbędnej do wykupienia leków. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu ww. leków.

29) 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 podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – Centrum Operacyjne 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/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 zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenie może być wykorzystane tylko jeden raz.

30) 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 podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – Centrum Operacyjne 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 ww. zakresie. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu artykułów spożywczych.

31) 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 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 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*.

32) 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 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 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*.

33) 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 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 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 karmy 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*.

34) 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 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:

35) Pobyt prawnego opiekuna w szpitalu

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* *dziecko* jest hospitalizowane, Centrum Operacyjne 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 najbliższym *miejscu 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.

36) 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 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 <i>lekarza prowadzącego</i>	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
2)	Konsultacja okulisty	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem <i>lekarza prowadzącego</i>	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
3)	Konsultacja otolaryngologa	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem <i>lekarza prowadzącego</i>	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
4)	Konsultacja ortopedy	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem <i>lekarza prowadzącego</i>	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
5)	Konsultacja kardiologa	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem <i>lekarza prowadzącego</i>	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
6)	Konsultacja neurologa	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem <i>lekarza prowadzącego</i>	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
7)	Konsultacja pulmonologa	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem <i>lekarza prowadzącego</i>	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
8)	Konsultacja lekarza rehabilitacji	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem <i>lekarza prowadzącego</i>	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
9)	Konsultacja neurochirurga	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem <i>lekarza prowadzącego</i>	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
10)	Konsultacja psychologa	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem <i>lekarza prowadzącego</i>	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
11)	Zabiegi ambulatoryjne	Pakiet zabiegów ambulatoryjnych zaleconych przez <i>lekarza prowadzącego</i> , w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
12)	Badania laboratoryjne	Badania laboratoryjne zalecone przez <i>lekarza prowadzącego</i> , w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
13)	Badania radiologiczne	Badania radiologiczne zalecone przez <i>lekarza prowadzącego</i> , w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
14)	Ultrasonografia	Badania ultrasonograficzne zalecone przez <i>lekarza prowadzącego</i> , w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
15)	Pakiet rehabilitacyjny	Maksymalnie 40 zabiegów/procedur medycznych zaleconych przez <i>lekarza prowadzącego</i> , w zakresie procedur wymienionych w Tabeli procedur medycznych	1 raz
16)	Tomografia komputerowa	Badanie tomografii komputerowej zalecone przez <i>lekarza prowadzącego</i> , w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych	1 raz
17)	Rezonans magnetyczny	Badanie rezonansu magnetycznego zalecone przez <i>lekarza prowadzącego</i> , 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 <i>lekarza prowadzącego</i> . Świadczenie obejmuje maksymalnie 4 wizyty.	1 raz
19)	<i>Sprzęt rehabilitacyjny</i>	Organizacja i pokrycie kosztu wypożyczenia albo zakupu oraz kosztów transportu <i>sprzętu rehabilitacyjnego</i> zgodnie z zaleceniem <i>lekarza prowadzącego</i> . Maksymalny koszt zakupu/wypożyczenia wynosi 800 zł.	1 raz
20)	Transport osoby wskazanej w przypadku hospitalizacji osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia	Transport osoby wskazanej przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia do/z <i>placówki medycznej</i> w przypadku, gdy osoba uprawniona do otrzymania świadczenia wymaga <i>hospitalizacji</i> przez okres dłuższy niż 4 dni w <i>placówce medycznej</i> znajdującej się powyżej 50 km od <i>miejsca zamieszkania</i> .	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
21)	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 <i>hospitalizacji</i> przez okres dłuższy niż 4 dni w <i>placówce medycznej</i> znajdującej się powyżej 50 km od <i>miejsca zamieszkania</i> . Świadczenie obejmuje zakwaterowanie przez maksymalnie 4 doby hotelowe.	1 raz
22)	Transport do <i>placówki medycznej</i>	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
23)	Transport pomiędzy <i>placówkami medycznymi</i>	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
24)	Transport z <i>placówki medycznej</i>	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
25)	Transport na komisję lekarską oraz transport powrotny	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
26)	Transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
27)	Dostarczenie rzeczy osobistych do <i>szpitala</i>	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
28)	Dostarczenie leków	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>

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
29) 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
30) 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
31) 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.	
32) 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
33) 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
34) 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 opuszczać miejsca zamieszkania.	Do wykorzystania limitu całkowitego
35) 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.	
36) 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 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 grype, profilaktyki antynikotynowej;
- 6) wyjaśnienia opisów/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 prze-

mocy 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;
- 14) danych teleadresowych aptek, placówek opieki społecznej, hospicjów i placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, szpitali prywatnych należących do sieci Partnera Medycznego w tym: dostępności, zakresu świadczeń medycznych czy średnich cen usług medycznych.

Ponadto w ramach Telefonicznej Informacji Medycznej Centrum Operacyjne 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, którego numer telefonu podany jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, nie później jednak niż w terminie 30 dni od daty wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, chyba że z przyczyn niezależnych od osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia nie było to możliwe w terminie wskazanym powyżej, i podać wszelkie dostępne informacje niezbędne do ustalenia uprawnień do uzyskania świadczeń, a w szczególności:

- 1) imię, nazwisko Ubezpieczonego;
- 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*.
3. W przypadku niespełnienia warunków opisanych w ust. 1 Towarzystwo ma prawo do odmowy 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* „Wniosek o realizację świadczeń”, do którego dołączają kopię:
 - 1) skierowania/zalecenia lekarza prowadzącego do przeprowadzenia konsultacji, badań lub dodatkowych świadczeń;
 - 2) dotychczas zgromadzonej dokumentacji medycznej, z której wyraźnie wynika, że powstałe obrażenia ciała są następstwem *nieszczęśliwego wypadku*, wraz z dotychczas zgromadzonymi wynikami badań.

Ww. dokumenty należy przesać do *Centrum Operacyjnego* 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* kopię skierowania/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* w terminie 3 dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, podejmie decyzję, czy spełnione zostały medyczne przesłanki do udzielenia wnioskowanego świadczenia.
7. W przypadku nieuznania odpowiedzialności Towarzystwa *Centrum Operacyjnego* pisemnie poinformuje osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
8. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia zobowiązana jest postępować zgodnie z dyspozycjami *Centrum Operacyjnego*, a zwłaszcza przekazać inne dokumenty, o które wnioskuje *Centrum Operacyjne*, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania.
9. W przypadku powzięcia przez Towarzystwo nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanego wniosku o realizację świadczeń *Centrum Operacyjne*, 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.
10. 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.
11. Świadczenia medyczne realizowane są w *placówkach medycznych* należących do sieci medycznej Partnera Medycznego.
12. Koszty świadczeń realizowanych zgodnie z opisem zawartym w niniejszych OWUD, z zakresu pomocy medycznej i pomocy opiekuńczej, pokrywane są przez *Centrum Operacyjne* bezpośrednio na rzecz podmiotu lub *placówki medycznej* realizujących świadczenie.

! W celu skorzystania ze świadczeń osoba uprawniona do otrzymania świadczenia powinna skontaktować się z *Centrum Operacyjnym*, którego numer telefonu podany jest w *polisie*.

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 ubezpieczeniem na podstawie *umowy dodatkowej* jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 16 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 lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu, jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia wiedziała lub powinna 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*;

- 5) umyślnego działania osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia lub umyślnego działania osoby, z którą osoba ta pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
- 6) rażącego niedbalstwa, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem skuteczności.
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, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 4) ograniczonego lub niemożliwego dostępu do osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia lub do innych osób, w stosunku do których miało zostać spełnione świadczenie, względnie do *miejsca zamieszkania* albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie.
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* nie ponosi odpowiedzialności za przebieg i skutki organizowanej przez nie terapii, leczenia, zabiegów, badań lub rehabilitacji.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie skutki braku zastosowania się przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia do decyzji i zaleceń lekarza *Centrum Operacyjnego* bądź samowolne podejmowanie decyzji sprzecznych z zaleceniami lekarza *Centrum Operacyjnego*.
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 § 16 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia § 5

- 1) **Centrum Operacyjne** – 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 Centrum Operacyjnego** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez *Centrum Operacyjne* i uprawniona do występowania w imieniu *Centrum Operacyjnego*;
- 5) **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*;
- 6) **limit całkowity** – maksymalna ilość świadczeń do wykorzystania na jeden *nieszczęśliwy wypadek*; limit całkowity wynosi 20 świadczeń;
- 7) **miejsce pobytu** – znajdujące się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsce, w którym znajduje się osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, z wyjątkiem pobytu w *placówce medycznej*;
- 8) **miejsce zamieszkania** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej (RP) wskazane przez *Ubezpieczonego*, *współmałżonka* lub *dziecko* jako miejsce stałego zamieszkania;

- 9) **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;
- 10) **osoba niesamodzielną** – osoba pozostająca z osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia w dniu wystąpienia *nieszczęśliwego wypadku* we wspólnym gospodarstwie domowym w *miejscu zamieszkania*, będąca dla *Ubezpieczonego*:
- małżonkiem lub osobą pozostającą z nim w konkubinacie;
 - dzieckiem, pasierbem, dzieckiem przysposobionym lub przyjętym na wychowanie;
 - rodzicem, przysposabiającym, teściem, ojczymem, macochą;
 - 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) **placówka medyczna** – działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarstwa lub położnicza, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona

do udzielania świadczeń zdrowotnych, na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za *placówkę medyczną* nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;

- 12) **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;
- 13) **współmałżonek** – osoba pozostająca z *Ubezpieczonym* w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia;
- 14) **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 z 12 stycznia 2021 r.

Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała

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

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała współmałżonka 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) blokowy dodatkowy, podjęzykowy	2
b) okoruchowy, odwodzący, trójdzielny, twarzowy, błędny, językowo-gardłowy	3

B. USZKODZENIA TWARZY

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

6. Uszkodzenia powłok twarzy (rany i ubytki):	
a) rany skóry twarzy od 2 do 6 cm długości	1
b) rany skóry twarzy od 7 do 11 cm długości	3
c) rany skóry twarzy powyżej 12 cm długości	10
d) oparzenia powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5
7. Uszkodzenia nosa:	
a) złamanie kości nosa i przegrody nosa wieloodłamowe, z przemieszczeniem	5
b) złamanie kości przegrody nosa i przegrody nosa z przemieszczeniem	2
c) inne złamania kości przegrody nosa lub przegrody nosa bez przemieszczenia	1
d) utrata części nosa operowana rekonstrukcyjnie	7
e) utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	30
8. Utrata zębów stałych (co najmniej korona) – za każdy ząb:	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za utratę zębów stałych nie może przekroczyć 20%.	
9. Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej:	
a) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania wieloodłamowe	4
c) inne złamania	1
10. Utrata szczęki lub żuchwy:	
a) częściowa	15
b) całkowita	40
11. Złamania żuchwy:	
a) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania wieloodłamowe	4
c) inne złamania	1
12. Ubytek podniebienia	15

13. Urazy języka:	
a) rana języka zaopatrzona chirurgicznie szwami	1
b) częściowa utrata języka	3
c) całkowita utrata języka	50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU (nie podlegają sumowaniu)	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

14. Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
a) jednego oka	15
b) obu oczu	30

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

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

16. Ubytki pola widzenia:	
a) dwuskroniowe	60
b) dwunosowe	30
c) jednoimiennie	30
d) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	5

17. Bezsoczewkowość pourazowa:	
a) w jednym oku	15
b) w obu oczach	30

18. Uszkodzenie przewodów łzowych wymagające korekcji operacyjnej:	
a) w jednym oku	5
b) w obu oczach	15

19. Odwarstwienie siatkówki jednego oka – pourazowe, po urazie oka lub głowy:	
a) bez zaburzeń ostrości wzroku	2
b) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	5
c) z całkowitą utratą wzroku	35

20. Jaskra wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy	3
21. Wytrzeszcz tętniacy pourazowy	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

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

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

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

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

24. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:	
a) jednostronne	5
b) dwustronne	20

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

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI TCHAWICY I PRZĘŁYKU	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

25. Uszkodzenie gardła, krtani, tchawicy leczone operacyjnie	7

26. Uszkodzenie przełyku:	
a) leczone operacyjnie	7
b) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	30

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

F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

28. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu:	
a) rany skóry od 10 do 15 cm długości	1
b) rany skóry powyżej 15 cm długości	3
c) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1

29. Uszkodzenie lub utrata sutka:	
a) rany brodawki	1
b) częściowa lub całkowita utrata brodawki	3
c) krwiaki sutka wymagające nacięcia	2
d) częściowa lub całkowita utrata sutka	15

30. Złamanie żeber:	
a) złamanie od 2 do 4 żeber	2
b) złamanie od 5 do 10 żeber	7
c) złamanie powyżej 10 żeber	10

31. Złamanie mostka:	
a) bez przemieszczenia	2
b) z przemieszczeniem	4
c) złamanie wieloodłamowe, z przemieszczeniem	6

32. Uszkodzenie płuc i opłucnej:	
a) krwiak opłucnej lub odma opłucnej niewymagające drenażu	2
b) krwiak opłucnej lub odma opłucnej wymagające drenażu	5
c) krwiak opłucnej lub odma opłucnej leczona operacyjnie	10

d) utrata części płuca	15
e) utrata całego płuca	30
33. Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a) uszkodzenia serca wymagające nakłucia osierdzia	10
b) uszkodzenia serca lub osierdzia leczone operacyjnie	30
34. Uszkodzenia przepony leczone operacyjnie	10

G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

35. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej:	
a) rany skóry od 10 do 15 cm długości	1
b) rany skóry powyżej 15 cm długości	3
c) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
d) rany brzucha leczone operacyjnie z otwarciem jamy otrzewnowej	5
36. Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:	
a) leczone operacyjnie, bez utraty narządów jamy brzusznej	5
b) utrata części żołądka, jelita cienkiego lub grubego	10
37. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy (aorty brzusznej, tętnic biodrowych wspólnych, zewnętrznych i wewnętrznych, żyły głównej dolnej i żył biodrowych wspólnych) leczone operacyjnie	
	10
38. Uszkodzenie odbytnicy, odbytu, zwieracza odbytu:	
a) uszkodzenia zaopatrzone chirurgicznie	3
b) uszkodzenia leczone operacyjnie	5
c) uszkodzenia wymagające odbytu sztucznego	15
39. Uszkodzenia śledziony:	
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata śledziony	15
40. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki:	
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata pęcherzyka żółciowego, fragmentu wątroby lub fragmentu trzustki	10
d) utrata całkowita wątroby lub trzustki	100

H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

41. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek:	
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata częściowa nerki	15
d) utrata całkowita nerki	30
e) utrata obu nerek	100
42. Uszkodzenie moczowodu:	
a) leczone endoskopowo	5
b) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
43. Uszkodzenie pęcherza moczowego:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone operacyjnie	10
c) utrata całkowita pęcherza	50

44. Uszkodzenia cewki moczowej:

a) leczone zachowawczo	2
b) leczone endoskopowo	5
c) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15

45. Uszkodzenia prącia:

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

46. Uszkodzenie lub utrata jądra, jajnika:

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

47. Utrata macicy

48. Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy:

a) izolowane rany w zakresie skóry	3
b) uszkodzenia skóry oraz mięśni lub powięzi, zaopatrzone chirurgicznie	7
c) uszkodzenia leczone operacyjnie i/lub rekonstrukcyjnie	15

I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA I ICH NASTĘPSTWA

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

49. Uszkodzenie kręgosłupa szyjnego:

a) skręcenie	2
b) zwinięcie	4
c) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
d) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1

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

50. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th10):

a) skręcenie	1
b) zwinięcie	2
c) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	4
d) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1

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

51. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11–L5):

a) skręcenie	2
b) zwinięcie	4
c) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
d) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1

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

J. USZKODZENIA MIEDNICY

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

52. Rozejście się spojenia łonowego	5
53. Zwinięcie stawu krzyżowo-biodrowego	10

54. Złamanie miednicy z przerwaniami obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe:	
a) w odcinku przednim jednostronnie (kość łonowa lub kulszowa)	2
b) w odcinku przednim – kość łonowa i kulszowa lub obustronnie	5
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a) bez przemieszczenia	10
d) w odcinku przednim i tylnym z przemieszczeniem	20
55. Złamanie panewki stawu biodrowego:	
a) tylnej kolumny, tylnej krawędzi	15
b) przedniej kolumny, przedniej krawędzi	7
c) zwinięcie centralne I°	7
d) zwinięcie centralne II°	15
e) zwinięcie centralne III°	30
f) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
56. 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

57. Złamania łopatki:

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

OBOJCZYK

58. Złamania obojczyka:

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1

59. Zwinięcie, podwinięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego:

a) zwinięcie I°	1
b) zwinięcie II°	3
c) zwinięcie III°	5

BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY

60. Uszkodzenia stawu ramienno-łopatkowego (zwinięcia, złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej; skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku:

a) skręcenie	1
b) zwinięcie wymagające repozycji przez lekarza	3
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e) inne złamania	2
f) złamania leczone protezoplastyką	15

61. Utrata kończyny w stawie ramienno-łopatkowym	65
62. Utrata kończyny wraz z łopatką	70

RAMIĘ

63. Złamanie trzonu kości ramiennej:

a) złamania wieloodłamowe, otwarte	12
b) złamania otwarte	10
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	7
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e) inne złamania	2

64. Izolowane uszkodzenia skóry, mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów:

a) rany powyżej 7 cm długości	1
b) uszkodzenie mięśnia dwugłowego zaopatrzone chirurgicznie	4
c) uszkodzenie innych mięśni ramienia zaopatrzone chirurgicznie	3

65. Utrata kończyny w obrębie ramienia

	60

STAW ŁOKCIOWY

66. Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej):

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
c) inne złamania	2

67. Inne uszkodzenia łokcia:

a) skręcenie	1
b) zwinięcie	3

PRZEDRAMIĘ

68. 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

69. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia:

a) złamania wieloodłamowe, otwarte, lub złamania Monteggia, Galeazziego	9
b) złamania otwarte	7
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e) inne złamania	2

70. Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien:

a) rany skórne powyżej 7 cm długości	1
b) uszkodzenia mięśni zaopatrzone chirurgicznie	2
c) uszkodzenia ścięgien zaopatrzone chirurgicznie (każde)	2

71. Utrata kończyny w obrębie przedramienia

	55

72. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka

	50

NADGARSTEK

73. Uszkodzenia nadgarstka:

a) złamania mnogie kości nadgarstka z przemieszczeniem	7
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
d) zwinięcia	5
e) skręcenia	1

74. Utrata ręki na poziomie nadgarstka

	50

ŚRÓDRĘCZE

75. Złamania kości śródręcza:

a) I kość śródręcza:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
– złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	4
– inne złamania	2
b) II kość śródręcza:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	4
– złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	2
– inne złamania	1
c) III, IV, V kość śródręcza:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	2
– złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	1
– inne złamania	1

KCIUK

76. Utrata w zakresie kciuka:

a) utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b) utrata paliczka paznokciowego	6
c) utrata obu paliczków bez kości śródręcza	10
d) utrata obu paliczków z kością śródręcza	15

77. Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich):

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
d) rany kciuka powyżej 3 cm	1
e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	2
g) zwichnięcia w stawie śródręczno-paliczkowym	2

PALEC WSKAZUJĄCY

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

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

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

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

PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY

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

a) palec III – utrata paliczka paznokciowego	2
b) palec III – utrata dwóch paliczków	5
c) palec III – utrata trzech paliczków	8
d) utrata palca III z kością śródręcza	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 śródręcza	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 śródręcza	4

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

a) palec III:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
– złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	2
– inne złamania	1
– rany powyżej 4 cm	1
– uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
– zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródręczno-paliczkowym	1

b) palec IV:

– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
– złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	1
– inne złamania	1
– rany powyżej 5 cm, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródręczno-paliczkowym	1

c) palec V:

– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
– inne złamania	1
– rany powyżej 5 cm, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródręczno-paliczkowym	1

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

Wartość świadczenia ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości świadczenia przewidzianego za całkowitą utratę tego palca.

Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę ręki.

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

STAW BIODROWY

82. Utrata kończyny dolnej:

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

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

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

UDO

84. Złamanie kości udowej:

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

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

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

KOLANO		
86. Złamania kości tworzących staw kolanowy – dalszej nasady kości udowej, bliższej nasady kości piszczelowej:		
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdzeniowe	20	
b) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10	
c) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5	
d) inne złamania	3	
87. Złamania rzepki:		
a) złamania skutkujące usunięciem rzepki	10	
b) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8	
c) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5	
d) inne złamania	3	
88. Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego (sumarycznie maksymalnie do 25%):		
a) uszkodzenie łątki przyśrodkowej	3	
b) uszkodzenie łątki bocznej	3	
c) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego przedniego – ACL	5	
d) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego tylnego – PCL	4	
e) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego bocznego – LCL	4	
f) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego przyśrodkowego – MCL	4	
g) zwinięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwinięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	4	
89. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50	
PODUDZIE		
90. Złamanie kości podudzia:		
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdzeniowe	15	
b) złamania otwarte	12	
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10	
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5	
e) inne złamania	3	
91. Izolowane złamanie kości strzałkowej:		
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3	
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2	
c) inne złamania	1	
92. Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien:		
a) rany skórne powyżej 7 cm długości	1	
b) naderwanie mięśnia trójgłowego łydki	2	
c) całkowite uszkodzenie mięśnia trójgłowego łydki	10	
d) uszkodzenie ścięgna Achillesa niewymagające leczenia operacyjnego	2	
e) uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	5	
f) uszkodzenie mięśnia piszczelowego przedniego i prostowników palców	3	
g) uszkodzenie innych mięśni i ścięgien	2	
93. Utrata kończyny w obrębie podudzia:		
a) przy długości kikuta do 8 cm, mierzac od szpary stawowej	50	
b) przy dłuższych kikutach	45	
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA		
94. Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego:		
a) skręcenia leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator)	2	
b) złamanie kostki bocznej z przemieszczeniem	3	
c) złamanie kostki bocznej bez przemieszczenia	2	
d) złamanie kostki przyśrodkowej z przemieszczeniem	5	
e) złamanie kostki przyśrodkowej bez przemieszczenia	3	
f) złamanie dwukostkowe z przemieszczeniem	8	
g) złamanie dwukostkowe bez przemieszczenia	5	
h) złamanie trójkostkowe z przemieszczeniem	10	
i) złamanie trójkostkowe bez przemieszczenia	6	
95. Złamania kości skokowej:		
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8	
b) złamania wieloodłamowe	5	
c) inne złamania	3	
96. Złamania kości piętowej:		
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10	
b) złamania wieloodłamowe	8	
c) inne złamania	4	
97. Utrata kości skokowej i/lub piętowej:		
a) częściowa utrata	25	
b) całkowita utrata	40	
98. Uszkodzenie kości stępu – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 10%):		
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6	
b) złamania wieloodłamowe	4	
c) inne złamania	2	
99. Złamania kości śródstopia – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 15%):		
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	6	
b) złamania otwarte	5	
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4	
d) inne złamania	2	
100. Inne uszkodzenia okolicy stępu, śródstopia i stopy:		
a) rany powyżej 5 cm grzbietu stopy	1	
b) rany podeszwy stopy	2	
101. Utrata stopy w całości	45	
102. Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40	
103. Utrata stopy w środkowej części stępu	35	
104. Utrata stopy w okolicy stępowo-śródstopnej	25	
PALCE STOPY		
105. Uszkodzenie palucha:		
a) rana palucha powyżej 3 cm długości	1	
b) częściowa lub całkowita utrata opuszki palucha	1	
c) utrata paliczka paznokciowego palucha	4	
d) utrata całego palucha	8	
e) utrata z kością śródstopia	9	
106. Złamania palucha:		
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	4	
b) złamania otwarte	3	
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2	
d) inne złamania	1	
107. Złamania w zakresie palców II, III, IV, V (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 5%):		
a) złamania wieloodłamowe (każdy)	2	
b) inne złamania (każdy)	1	
108. Utrata palców stopy II–V (każdy)	2	
109. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)	3	
110. Utrata palca V z kością śródstopia	4	

111. Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, skręcenia
(sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%) 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

112. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:

a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym:	
– częściowe	5
– całkowite	15
b) nerwu piersiowego długiego:	
– częściowe	5
– całkowite	10
c) nerwu pachowego:	
– częściowe	5
– całkowite	20
d) nerwu mięśniowo-skrótnego:	
– częściowe	3
– całkowite	15
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia:	
– częściowe	5
– całkowite	30
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia:	
– częściowe	3
– całkowite	20
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
– częściowe	3
– całkowite	15
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
– częściowe	2
– całkowite	10
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia:	
– częściowe	5
– całkowite	25

j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka:	
– częściowe	3
– całkowite	15
k) nerwu łokciowego:	
– częściowe	5
– całkowite	20
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej):	
– częściowe	5
– całkowite	20
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej):	
– częściowe	7
– całkowite	40
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego:	
– częściowe	2
– całkowite	15
o) nerwu zasłonowego:	
– częściowe	5
– całkowite	15
p) nerwu udowego:	
– częściowe	5
– całkowite	30
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego):	
– częściowe	3
– całkowite	20
r) nerwu sromowego wspólnego:	
– częściowe	3
– całkowite	20
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy:	
– częściowe	10
– całkowite	50
t) nerwu piszczelowego:	
– częściowe	5
– całkowite	30
u) nerwu strzałkowego:	
– częściowe	5
– całkowite	20
v) splotu lędźwiowo-krzyżowego:	
– częściowe	10
– całkowite	60
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego:	
– częściowe	2
– całkowite	10

Tabela uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu współmałżonka 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 połowiczy 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 połowiczy lub niedowład obu kończyn dolnych (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha)	40–60%
d) nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczy 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 cerebresteniczne 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 agnafią 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 nieznacznego 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, blochkowy, 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%

11. Uszkodzenie nerwu twarzowego:	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
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 przewodu pokarmowego:	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 wysiłkowego. 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 ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka

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, przeszłokrojnej 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* 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;

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.

- 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 włosniczkach płucnych < 15 mmHg;rozpoznanie choroby musi być postawione w sposób jednoznaczny przez kardiologa lub pulmonologa, w oparciu o obowiązujące standardy medyczne i wyniki badań dodatkowych, w tym cewnikowanie serca;
- 10) **niedokrwiłość aplastyczna** – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku kostnego, przebiegająca ze zmniejszeniem liczby komórek szpiku kostnego poniżej 25% oraz występowaniem co najmniej dwóch spośród trzech podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:
 - a) całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm³,
 - b) liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm³,
 - c) liczba retikulocytów poniżej 20 000/mm³;*Ubezpieczony, współmałżonek* musi być leczony przez okres 3 kolejnych miesięcy częstymi przetoczeniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne lub u *Ubezpieczonego, współmałżonka* 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 niedokrwiłości aplastycznej;
- 11) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, stanowiące bezwzględne wskazanie do rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii; fakt rozpoczęcia dializoterapii oraz konieczność jej stosowania muszą być potwierdzone przez lekarza nefrologa; ostra niewydolność nerek wymagająca okresowej dializoterapii nie jest objęta zakresem ubezpieczenia;
- 12) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa; zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów; z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- a) rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy, rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne,
- b) wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji),
- c) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤ 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
- d) nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawnomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry,
- e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
- 13) **oparzenia** – 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* jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie *Ubezpieczonego współmałżonka* na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- a) serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
- b) szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi, po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy;
- przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu; ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- 18) **schyłkowa niewydolność wątroby** – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby przebiegająca z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:
- a) stałej żółtaczki,
- b) wodobrzusza,
- c) encefalopatii wątrobowej;
- rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę; zakres ubezpieczenia nie obejmuje niewydolności wątroby będącej skutkiem nadużywania leków, narkotyków lub alkoholu;
- 19) **stwardnienie rozsiane** – choroba, u której podłoża leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; rozpoznanie choroby, postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza neurologa, musi być potwierdzone:
- a) istnieniem trwałych deficytów neurologicznych z ewidentnymi zaburzeniami ruchowymi lub czuciowymi, utrzymującymi się stale przez okres 6 miesięcy,
- b) wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego i nieprawidłowym wynikiem badania wzrokowych i słuchowych potencjałów wywołanych oraz badaniem rezonansu magnetycznego (MRI), potwierdzającym istnienie rozszanych ognisk demielinizacji w ośrodkowym układzie nerwowym;
- 20) **śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby naturalne, utrzymujący się przez okres co najmniej 96 godzin, wymagający intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia; skutkiem tego stanu musi być dodatkowo zaistnienie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni od momentu wystąpienia utraty przytomności i nierokującego możliwości poprawy; zakres ubezpieczenia nie obejmuje śpiączki farmakologicznej lub pozostającej w związku z nadużyciem alkoholu lub narkotyków, lub będącej skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej;
- 21) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmoźgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 3 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 fałdów głosowych; zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi oraz utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
- 24) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu spowodowana zachorowaniem; rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
- 25) **utrata wzroku** – całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie;
- 26) **zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych** – zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS) potwierdzone przez pozytywny wynik dwu testów: testu na przeciwciała 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 dentystyczną w zarejestrowanych zakładach opieki zdrowotnej,
- b) w drodze kontaktu *Ubezpieczonego, współmałżonka* z zainfekowaną krwią, kontaktu z zakrwawioną, skażoną igłą, podczas zranienia ostrymi przyrządami lub poprzez kontakt błony śluzowej *Ubezpieczonego* z zainfekowaną krwią;
- ponadto muszą być spełnione wszystkie poniższe kryteria:
- a) zdarzenie prowadzące do zakażenia wirusem HIV miało miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
- b) *Ubezpieczony* zgłosił zaistnienie zdarzenia, które doprowadziło do zakażenia wirusem HIV, swojemu pracodawcy lub innemu właściwemu organowi, w ciągu 24 godzin od jego zajścia,

- c) testy krwi dokumentujące brak HIV czy przeciwciał HIV zostały przeprowadzone w przeciągu 5 dni od momentu wypadku,
- d) serokonwersja potwierdzająca zarażenie HIV lub AIDS została stwierdzona wynikami testu HIV, przeprowadzonego w ciągu 180 dni od dnia wypadku,
- e) po przebytej ekspozycji *Ubezpieczony, współmałżonek* 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;
- świadczanie 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* 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* nie choruje na ciężką postać talasemii (thalassaemia maior) lub hemofilii; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są wszystkie inne niż przetoczenie krwi drogi zakażenia wirusem HIV, w tym w szczególności jeśli do zakażenia doszło w następstwie kontaktów seksualnych lub dożylnego przyjmowania narkotyków; *Ubezpieczony, współmałżonek* 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;
- wyłączone 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 współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
- b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;
- ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
- 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) **poronujące 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) trwały deficyt neurologiczny potwierdzony występowaniem paraliżu, zaburzeń mowy lub trudności z połykaniem,
- b) trwałe zaburzenie czynności funkcjonowania nerek potwierdzone przez wskaźnik filtracji kłębuszkowej poniżej 30 ml/min/1,73 m² i
- c) badanie moczu stwierdzające białkomocz lub krwimocz;
- do celów tej definicji zostają wyłączone: drgawki, bóle głowy, zmęczenie lub inne objawy; nie będą one traktowane jako stały deficyt neurologiczny;
- 37) **twardzina** – 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:

KATALOG B

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

- a) miejscowa twardzina (twardzina liniowa lub plackowata),
 - b) eozynofilowe zapalenie powięzi i zespół CREST;
- 38) **wymiana lub plastyka zastawki serca** – przeprowadzona na otwartym sercu z otwarciem klatki piersiowej wymiana lub naprawa chorobowo zmienionej co najmniej jednej zastawki serca; konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez lekarza kardiologa i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych; operacje wykonane przy użyciu technik śródnaczyniowych są wyłączone z zakresu ubezpieczenia;

KATALOG C

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

- 39) **bakteryjne zapalenie wsierdza** – choroba rozwijająca się wskutek pozaszpitalnego zakażenia o podłożu bakteryjnym u osób z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, prowadząca do infekcyjnego zapalenia wsierdza (IZW); 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*; rozpoznanie choroby (według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – A69.2) musi być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych w trakcie hospitalizacji, potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego i podane w karcie informacyjnej;
- 41) **choroba Huntingtona** – jednoznaczne rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Huntingtona (pląsawicy Huntingtona), postępującej choroby genetycznej ośrodkowego układu nerwowego, objawiającej się niekontrolowanymi ruchami i postępującym ośpieniem;
- 42) **gruźlica** – zakażenie prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*), będące w stadium aktywnej choroby z zajęciem płuc i co najmniej jednej spośród wymienionych struktur zapłucznych: 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 dożylniej antybiotykoterapii oraz surowicy przeciw-tężcowej, stwierdzona przez lekarza specjalistę na podstawie wystąpienia jednego z następujących objawów:
- a) bolesnych skurczów mięśniowych mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękocisk lub uśmiech sardoniczny),
 - b) bolesnych skurczów mięśni tułowia,
 - c) uogólnionych skurczów
- oraz objawów klinicznych takich jak: nadpobudliwość, drażliwość, niepokój, gorączka, potliwość, tachykardia, arytmia, labilne ciśnienie tętnicze;
- rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację lasetek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi;
- 49) **wścieklizna** – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem wścieklizny (*Rabies virus*), przebiegająca klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, rozpoznana przez lekarza specjalistę w oparciu o objawy kliniczne i wykrycie wirusa wścieklizny w próbkach materiału pobranego ze śliny lub skóry bądź wykrycie przeciwciał przeciwko wirusowi wścieklizny w osoczu krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym, wymagająca zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych;
- 50) **zakażona martwica trzustki** – zabieg operacyjny wykonany pierwszorazowo z powodu jednoznacznie rozpoznanej w badaniu histopatologicznym zakażonej martwicy trzustki w przebiegu jej ostrego zapalenia, polegający na usunięciu martwiczych fragmentów narządu i tkanek okołotrzustkowych;
- 51) **zgorzel gazowa** – jednoznaczne rozpoznanie w warunkach szpitalnych, w oparciu o badania bakteriologiczne, ciężkiej przyrannej infekcji spowodowanej bakteriami z rodzaju *Clostridium*, ze znacznym miejscowym uszkodzeniem tkanek, wytwarzaniem gazu w tkankach i uogólnioną toksemią.

Tabela operacji medycznych

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej współmałżonka

Rodzaj operacji			3. OKO	Klasa operacji	
1. UKŁAD NERWOWY					
		Klasa operacji			
0101	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	1	0301	Wycięcie gałki ocznej	2
0102	Wycięcie zmiany tkanki mózgowej	1	0302	Usunięcie zmiany oczodołu	2
0103	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	1	0303	Protezowanie gałki ocznej	3
0104	Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej	2	0304	Rewizja protezy gałki ocznej	3
0105	Wszczepienie stymulatora mózgu	2	0305	Operacyjna plastyka oczodołu	2
0106	Wentrykulostomia	2	0306	Nacięcie oczodołu	3
0107	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	2	0307	Rozcięcie kąta szpary powiekowej	3
0108	Przeszczep nerwu czaszkowego	1	0308	Usunięcie zmiany powieki	3
0109	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	1	0310	Rekonstrukcja powieki	3
0110	Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	2	0311	Korekcja deformacji powieki	3
0111	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	2	0312	Korekcja opadania powieki	2
0112	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	1	0313	Nacięcie powieki	3
0113	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	1	0314	Ochronne zeszytcie szpary powiekowej	3
0114	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	1	0315	Operacja gruczołu łzowego	3
0115	Usunięcie zmiany opony mózgu	1	0316	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	2
0116	Rekonstrukcja opony twardej	1	0317	Operacja kanału łzowego	3
0117	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	1	0318	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	2
0118	Drenaż przestrzeni podoponowej	1	0319	Repozycja mięśnia okoruchowego	2
0119	Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	1	0320	Usunięcie mięśnia okoruchowego	2
0120	Operacja korzenia nerwu rdzeniowego	1	0321	Częściowe rozdzielenie ścięgną mięśnia okoruchowego	2
0121	Wycięcie nerwu obwodowego	3	0322	Usunięcie zmiany spojówki	3
0122	Zniszczenie nerwu obwodowego	3	0323	Operacja naprawcza spojówki	3
0123	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	3	0324	Nacięcie spojówki	3
0124	Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną	2	0325	Wycięcie zmiany rogówki	3
0125	Sympatektomia szyjna	2	0326	Plastyka rogówki	2
0126	Sympatektomia piersiowa lub lędźwiowa	2	0327	Operacja naprawcza rogówki	3
2. UKŁAD ENDOKRYNOLOGICZNY ORAZ GRUCZOŁ SUTKOWY					
		Klasa operacji			
0201	Wycięcie przysadki mózgowej	1	0328	Nacięcie rogówki	3
0202	Zniszczenie przysadki mózgowej	2	0329	Usunięcie zmiany twardówki	3
0203	Operacja szyszynki	1	0330	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem	2
0204	Wycięcie tarczycy	2	0331	Fotokoagulacja w odwarstwieniu siatkówki	2
0205	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	2	0332	Nacięcie twardówki	3
0206	Wycięcie tarczycy językowej	2	0333	Wycięcie tęczówki	3
0207	Wycięcie przytarczyc	2	0334	Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	2
0208	Wycięcie grasicy	2	0335	Nacięcie tęczówki	3
0209	Wycięcie nadnercza	2	0336	Usunięcie ciała rzęskowego	2
0210	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	2	0337	Zewnątrztorbkowe usunięcie soczewki	2
0211	Częściowe wycięcie sutka	2	0338	Wewnątrztorbkowe usunięcie soczewki	2
0212	Całkowite wycięcie sutka	2	0339	Nacięcie torebki soczewki oka	3
0213	Całkowita rekonstrukcja sutka	1	0340	Wprowadzenie sztucznej soczewki	2
0214	Nacięcie sutka	3	0341	Operacja ciała szklanego	2
0215	Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	3	0342	Zniszczenie zmiany siatkówki	3
			4. UCHO	Klasa operacji	
			0401	Wycięcie ucha zewnętrznego	2
			0402	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	3
			0403	Plastyka ucha zewnętrznego	2
			0404	Drenaż ucha zewnętrznego	3

0405	Otwarcie wyrostka sutkowatego	2	0607	Usunięcie zmiany podniebienia	3
0406	Operacja naprawcza błony bębenkowej	2	0608	Korekcja deformacji podniebienia	2
0407	Drenaż ucha środkowego	3	0609	Wycięcie migdałków	3
0408	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	2	0610	Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	3
0409	Usunięcie zmiany ucha środkowego	2	0611	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	2
0410	Operacja trąbki Eustachiusza	2	0612	Wycięcie ślinianki	3
0411	Operacja ślimaka	1	0613	Usunięcie zmiany ślinianki	3
0412	Operacja aparatu przedsionkowego	2	0614	Nacięcie gruczołu ślinowego	3
5. UKŁAD ODDECHOWY		Klasa operacji	0615	Przeszczepienie przewodu ślinowego	3
0501	Wycięcie nosa	2	0616	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	3
0502	Plastyka nosa	2	0617	Podwiązanie przewodu ślinowego	3
0503	Operacja przegrody nosa	3	0618	Poszerzenie przewodu ślinowego	3
0504	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	3	0619	Inne operacje przewodu ślinowego	3
0505	Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego	3	0620	Wycięcie przełyku i żołądka	1
0506	Operacja nosa zewnętrznego	3	0621	Całkowite wycięcie przełyku	1
0507	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	3	0622	Częściowe wycięcie przełyku	2
0508	Endoskopowa operacja zatok obocznych nosa	3	0623	Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	2
0509	Operacja zatoki czołowej	3	0624	Zespoleńie omijające przełyku	1
0510	Operacja zatoki klinowej	3	0625	Rewizja zespolenia przełyku	2
0511	Operacja zatoki nosa	3	0626	Operacja naprawcza przełyku	1
0512	Wycięcie gardła	1	0627	Wytworzenie przetoki przełykowej	2
0513	Operacja naprawcza gardła	2	0628	Nacięcie przełyku	2
0514	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	2	0629	Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą	2
0515	Wycięcie krtani	2	0630	Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	2
0516	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	2	0631	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową	3
0517	Rekonstrukcja krtani	1	0632	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoskopu	3
0518	Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	3	0633	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	2
0519	Częściowe wycięcie tchawicy	1	0634	Operacja antyrefluksowa	3
0520	Plastyka tchawicy	2	0635	Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	3
0521	Protezowanie tchawicy metodą otwartą	2	0636	Całkowite wycięcie żołądka	1
0522	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	3	0637	Częściowe wycięcie żołądka	2
0523	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	2	0638	Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą	2
0524	Częściowe usunięcie oskrzela	2	0639	Operacja plastyczna żołądka	2
0525	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	2	0640	Zespoleńie żołądkowo-dwunastnicze	2
0526	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	2	0641	Zespoleńie żołądkowo-czce	2
0527	Przeszczep płuca	1	0642	Gastrostomia	3
0528	Wycięcie płuca	1	0643	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	2
0529	Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	1	0644	Pyloromyotomia	2
0530	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	2	0645	Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	3
0531	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	2	0646	Wycięcie dwunastnicy	2
6. JAMA USTNA I GÓRNA CZĘŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO		Klasa operacji	0647	Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	2
0601	Częściowe wycięcie wargi	3	0648	Zespoleńie omijające dwunastnicy	2
0602	Usunięcie zmiany wargi	3	0649	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	2
0603	Korekcja deformacji wargi	2	0650	Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	3
0604	Wycięcie języka	2	0651	Wycięcie jelita czczego	2
0605	Usunięcie zmiany języka	3	0652	Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	2
0606	Nacięcie języka	3	0653	Jejunostomia	2
			0654	Zespoleńie omijające jelita czczego	2
			0655	Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	2
			0656	Wycięcie jelita krętego	2

0657	Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	2	0817	Nacięcie przewodu żółciowego	2
0658	Zespolenie omijające jelita krętego	2	0818	Przezdunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	2
0659	Rewizja zespolenia jelita krętego	2	0819	Przezdunastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	2
0660	Wytworzenie ileostomii	2	0820	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	3
0661	Rewizja ileostomii	2	0821	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	3
0662	Śródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	3	0822	Endoskopowe operacje przewodu trzustkowego	3
0663	Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	2	0823	Przezskórna rewizja połączenia przewodu żółciowego	3
7. DOLNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO		Klasa operacji	0824	Przezskórna implantacja protezy przewodu żółciowego	3
0701	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	3	0825	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	3
0702	Całkowite wycięcie okrężnicy odbytnicy	1	0826	Przeszczep trzustki	1
0703	Całkowite wycięcie okrężnicy	1	0827	Całkowite wycięcie trzustki	1
0704	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	2	0828	Wycięcie głowy trzustki	1
0705	Resekcja poprzecznicy	2	0829	Usunięcie zmiany trzustki	2
0706	Lewostronna hemikolektomia	2	0830	Zespolenie przewodu trzustkowego	1
0707	Wycięcie esicy	2	0831	Otwarty drenaż trzustki	2
0708	Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą	2	0832	Nacięcie trzustki	2
0709	Zespolenie omijające okrężnicy	2	0833	Całkowite wycięcie śledziony	2
0710	Wyłonienie jelita ślepego	2	9. SERCE, NACZYNIYA TĘTNICZE ORAZ ŻYŁNE		Klasa operacji
0711	Nacięcie okrężnicy	2	0901	Przeszczep płuc i serca	1
0712	Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy	3	0902	Korekcja całkowita tetralogii Fallota	1
0713	Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	2	0903	Wewnątrzpedsionkowe przełożenie spływu żylnego (op. Mustarda)	1
0714	Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu	3	0904	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	1
0715	Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoskopu	3	0905	Zamknięcie ubytku przegrody pedsionkowo-komorowej	1
0716	Wycięcie odbytnicy	1	0906	Zamknięcie ubytku przegrody międzypedsionkowej	1
0717	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	2	0907	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	1
0718	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	2	0908	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	2
0719	Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	2	0909	Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja przegrody serca	1
0720	Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	2	0910	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	1
0721	Wycięcie odbytu	2	0911	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	1
0722	Wycięcie zmiany odbytu	3	0912	Plastyka pedsionka serca	1
0723	Operacja naprawcza odbytu	2	0913	Walwuloplastyka mitralna	1
0724	Wycięcie hemoroidów	3	0914	Walwuloplastyka aortalna	1
0725	Drenaż przez okolicę krocza	3	0915	Plastyka zastawki trójdzielnej	1
0726	Wycięcie zatoki włosowej	3	0916	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	1
0727	Nacięcie ropnia okołodbytniczego	3	0917	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	1
8. INNE NARZĄDY JAMY BRZUSZNEJ		Klasa operacji	0918	Rewizja plastyki zastawki serca	1
0801	Przeszczep wątroby	1	0919	Otwarta walwulotomia	1
0802	Częściowe wycięcie wątroby	1	0920	Zamknięta walwulotomia	1
0803	Usunięcie zmiany wątroby	1	0921	Przezskórna operacja dotycząca zastawki serca	2
0804	Nacięcie wątroby	3	0922	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	1
0805	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu	2	0923	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	1
0806	Przeznaczeniowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych	2	0924	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu	1
0807	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	3	0925	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy	1
0808	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	2	0926	Pomostowanie t. wieńcowej z t. piersiową wewnętrzną	1
0809	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	2	0927	Otwarta koronaroplastyka	1
0810	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	3	0928	Przezskórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej	2
0811	Przezskórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	3	0929	Otwarta operacja układu bódźoprzewodzącego serca	1
0812	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	2	0930	Wszczepienie systemu wspomagania serca	2
0813	Usunięcie zmiany dróg żółciowych	2	0931	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	3
0814	Zespolenie przewodu wątrobowego	1	0932	Inny stały sposób stymulacji serca	1
0815	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	2			
0816	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	2			

0933	Wycięcie osierdzia	1	1009	Wycięcie moczowodu	2
0934	Drenaż osierdzia	2	1010	Wytworzenie przetoki moczowodowej	2
0935	Nacięcie osierdzia	2	1011	Reimplantacja moczowodu	2
0936	Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	1	1012	Operacja naprawcza moczowodu	2
0937	Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	1	1013	Nacięcie moczowodu	2
0938	Przezskórna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	1	1014	Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop	2
0939	Zespoleńie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	1	1015	Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop	3
0940	Zespoleńie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	1	1016	Operacja w zakresie ujścia moczowodu	3
0941	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	1	1017	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	1
0942	Przezskórna operacja tętnicy płucnej	2	1018	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	2
0943	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	1	1019	Powiększenie pęcherza	2
0944	Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych	1	1020	Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skrónej	3
0945	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	1	1021	Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	2
0946	Plastyka aorty	1	1022	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	3
0947	Przeznaczyniowa operacja aorty	2	1023	Brzuszo-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	2
0948	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	1	1024	Brzuszną plastyką ujścia pęcherza u kobiety	2
0949	Przeznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej	2	1025	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	2
0950	Operacja tętniaka tętnicy mózgu	1	1026	Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	3
0951	Przeznaczyniowa operacja tętnicy mózgowej	2	1027	Wycięcie prostaty metodą otwartą	2
0952	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	1	1028	Wycięcie prostaty metodą endoskopową	3
0953	Przeznaczyniowa operacja tętnicy podobojczykowej	2	1029	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	3
0954	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	1	1030	Wycięcie cewki moczowej	2
0955	Przeznaczyniowa operacja tętnicy nerkowej	2	1031	Operacja naprawcza cewki moczowej	2
0956	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	1	1032	Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	3
0957	Przeznaczyniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	2	1033	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	3
0958	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	1	11. NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE		Klasa operacji
0959	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	1	1101	Usunięcie moszny	3
0960	Przeznaczyniowa operacja tętnicy biodrowej	2	1102	Obustronne wycięcie jąder	2
0961	Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych	1	1103	Usunięcie zmiany jądra	3
0962	Rekonstrukcja tętnicy udowej	1	1104	Jednostronne wycięcie jądra	3
0963	Rewizja po rekonstrukcji tętnicy biodrowej lub udowej	3	1105	Obustronne sprowadzenie jąder	2
0964	Przeznaczyniowa operacja tętnicy udowej	3	1106	Jednostronne sprowadzenie jądra	3
0965	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	3	1107	Protezowanie jądra	3
0966	Wycięcie innej tętnicy	3	1108	Operacja wodniaka jądra	3
0967	Operacja naprawcza innej tętnicy	3	1109	Operacja najądrza	3
0968	Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna innych tętnic	3	1110	Wycięcie nasieniowodu	3
0969	Zespoleńie tętniczko-żylne	3	1111	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	2
0970	Zespoleńie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	1	1112	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	3
0971	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	3	1113	Operacja pęcherzyków nasiennych	2
0972	Operacja żyłaków kończyny dolnej z usunięciem żyły odpiszczelowej	3	1114	Amputacja prącia	2
0973	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	3	1115	Usunięcie zmiany prącia	3
0974	Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna naczyńia żylnego	3	1116	Operacja plastyczna prącia	3
10. UKŁAD MOCZOWY		Klasa operacji	1117	Protezowanie prącia	3
1001	Przeszczep nerki	2	1118	Operacja napletka	3
1002	Całkowite wycięcie nerki	2	12. ŻEŃSKI UKŁAD ROZRODCZY		Klasa operacji
1003	Częściowe wycięcie nerki	2	1201	Operacja łechtaczki	3
1004	Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	2	1202	Operacja gruczołu Bartholina	3
1005	Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	2	1203	Wycięcie sromu	2
1006	Nacięcie nerki	2	1204	Wycięcie zmiany sromu	3
1007	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	3	1205	Operacja naprawcza w obrębie sromu	3
1008	Operacja nerki przez nefrostomię	3	1206	Nacięcie kanału pochwy	3

1207	Wycięcie pochwy	3	1410	Pierwotna plastyka przepukliny udowej	3
1208	Nacięcie zrostów pochwy	3	1411	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	2
1209	Usunięcie zmiany pochwy	3	1412	Plastyka przepukliny pępkowej	3
1210	Operacja plastyczna pochwy	3	1413	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	3
1211	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	3	1414	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	2
1212	Plastyka sklepienia pochwy	3	1415	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	3
1213	Operacja w obrębie zatoki Douglasa	3	1416	Operacja dotycząca pępka	3
1214	Wycięcie szyjki macicy	3	1417	Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej)	3
1215	Wycięcie zmiany szyjki macicy	3	1418	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	3
1216	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	2	1419	Otwarcie jamy otrzewnej	3
1217	Wycięcie macicy drogą przezpochwową	2	1420	Operacja dotycząca sieci	3
1218	Terapeutyczna operacja endoskopowa macicy	3	1421	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	3
1219	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	2	1422	Operacja dotycząca krezki okrężnicy	3
1220	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	3	1423	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	3
1221	Częściowe wycięcie jajowodu	3	1424	Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej	3
1222	Wszczepienie protezy jajowodu	3	1425	Przeszczep powięzi	3
1223	Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	3	1426	Wycięcie powięzi brzucha	3
1224	Nacięcie jajowodu	2	1427	Usunięcie zmiany powięzi	3
1225	Endoskopowe leczenie jajowodu	3	1428	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	3
1226	Operacja dotycząca strzępków jajowodu	3	1429	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	3
1227	Częściowe wycięcie jajnika	3	1430	Operacja kaletki maziowej	3
1228	Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	3	1431	Przełożenie ścięgna	3
1229	Operacja naprawcza jajnika	3	1432	Wycięcie ścięgna	3
1230	Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	3	1433	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	3
1231	Operacja więzadła szerokiego macicy	3	1434	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	2
1232	Operacja innego więzadła macicy	3	1435	Uwolnienie ścięgna	3
13. SKÓRA		Klasa operacji	1436	Zmiana długości ścięgna	3
1301	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	2	1437	Wycięcie pochewki ścięgna	3
1302	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	3	1438	Przeszczep mięśnia	2
1303	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-mięśniowego	3	1439	Wycięcie mięśnia	3
1304	Przeszczep płata skóry owłosionej	3	1440	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szcicia mięśnia)	3
1305	Przeszczep płata skórno-mięśniowego z unerwieniem	2	1441	Uwolnienie przykurczu mięśnia	3
1306	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-mięśniowego	3	1442	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	2
1307	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	3	1443	Wycięcie lub biopsja otwarta węzła chłonnego	3
1308	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	3	1444	Drenaż węzła chłonnego	3
1309	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	3	1445	Operacja przewodu limfatycznego	2
1310	Przeszczep płata śluzówki	3	1446	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	3
1311	Siatkowy autoprzeszczep skóry	3	15. KOŚCI ORAZ STAWY		Klasa operacji
1312	Przeszczep śluzówki	3	1501	Operacja naprawcza czaszki	2
1313	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	3	1502	Otwarcie czaszki	1
1314	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	3	1503	Wycięcie kości twarzy	3
1315	Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	3	1504	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	3
14. TKANKI MIĘKKIE		Klasa operacji	1505	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	3
1401	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	2	1506	Wycięcie żuchwy	2
1402	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	2	1507	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	3
1403	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	2	1508	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	2
1404	Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu	3	1509	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	1
1405	Otwarcie klatki piersiowej	2	1510	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	2
1406	Operacja naprawcza pękniętej przepony	1	1511	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	1
1407	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	3	1512	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy (nie obejmuje operacji wycięcia krążka międzykręgowego)	1
1408	Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	3			
1409	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	2			

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

Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego 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) blokowy 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. Utrata zębów stałych (co najmniej korona) – za każdy ząb:	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za utratę zębów stałych nie może przekroczyć 20%.	
9. Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej:	
a) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania wieloodłamowe	4
c) inne złamania	1
10. Utrata szczęki lub żuchwy:	
a) częściowa	15
b) całkowita	40

11. Złamania żuchwy:

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

12. Ubytek podniebienia

15

13. Urazy języka:

a) 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

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

a) jednego oka	15
b) obu oczu	30

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

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

16. Ubytki pola widzenia:

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

17. Bezsoczewkowość pourazowa:

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

18. Uszkodzenie przewodów łzowych wymagające korekcji operacyjnej:

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

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

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

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

3

21. Wytrzeszcz 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 wypłaca-

ne z tytułu tego samego nieszczęśliwego wypadku pomniejszane jest o kwotę już wypłaconego świadczenia.

D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

22. Urazy małżowiny usznej:

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

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

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

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

24. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:

a) jednostronne	5
b) dwustronne	20

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

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI TCHAWICY I PRZĘŁYKU

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

25. Uszkodzenie gardła, krtani, tchawicy leczone operacyjnie

	7

26. Uszkodzenie przełyku:

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

27. Uszkodzenie skóry szyi:

a) rany skóry	1
b) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2

F. USZKODZENIA KŁATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

28. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu:

a) rany skóry	1
b) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1

29. Uszkodzenie lub utrata sutka:

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

30. Złamania żeber:

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

c) złamania powyżej 10 żeber	10

31. Złamanie mostka:

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

32. Uszkodzenie płuc i opłucnej:

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

33. Uszkodzenie serca lub osierdzia:

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

34. Uszkodzenia przepony leczone operacyjnie

G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

35. 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

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

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

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

38. Uszkodzenie odbytnicy, odbytu, zwieracza odbytu:

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

39. Uszkodzenia śledziony:

a) leczone zachowawczo (krwaki, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata śledziony	20

40. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki:

a) leczone zachowawczo (krwaki, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata pęcherzyka żółciowego, fragmentu wątroby lub fragmentu trzustki	10
d) utrata całkowita wątroby lub trzustki	100

H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

41. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek:

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

d) utrata całkowita nerki	30
e) utrata obu nerek	100
42. Uszkodzenie moczowodu:	
a) leczone endoskopowo	5
b) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
43. Uszkodzenie pęcherza moczowego:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone operacyjnie	10
c) utrata całkowita pęcherza	50
44. Uszkodzenia cewki moczowej:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone endoskopowo	5
c) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
45. Uszkodzenia prącia:	
a) rany, uszkodzenia leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	2
b) częściowa utrata prącia	10
c) całkowita utrata prącia	40
46. Uszkodzenie lub utrata jądra, jajnika:	
a) leczone zachowawczo (wodniak, krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata częściowa	10
d) utrata całkowita	20
e) utrata całkowita obu jąder lub jajników	40
47. Utrata macicy	30
48. Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy:	
a) izolowane rany w zakresie skóry	2
b) uszkodzenia skóry oraz mięśni lub powięzi, zaopatrzone chirurgicznie	7
c) uszkodzenia leczone operacyjnie i/lub rekonstrukcyjnie	15

I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA I NASTĘPSTWA

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

49. Uszkodzenie kręgosłupa szyjnego:	
a) skręcenie	2
b) zwichnięcie	4
c) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
d) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1

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

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

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

51. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11–L5):	
a) skręcenie	2
b) zwichnięcie	4
c) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5

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

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

J. USZKODZENIA MIEDNICY

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

52. Rozejście się spojenia łonowego	5
53. Zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego	10
54. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe:	
a) w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa lub kulszowa)	2
b) w odcinku przednim – kość łonowa i kulszowa lub obustronnie	5
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a) bez przemieszczenia	10
d) w odcinku przednim i tylnym z przemieszczeniem	20
55. Złamanie panewki stawu biodrowego:	
a) tylnej kolumny, tylnej krawędzi	15
b) przedniej kolumny, przedniej krawędzi	7
c) zwichnięcie centralne I°	7
d) zwichnięcie centralne II°	15
e) zwichnięcie centralne III°	30
f) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
56. Izolowane 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

57. Złamania łopatki:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	1

OBOJCZYK

58. Złamania obojczyka:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1

59. Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego:

a) zwichnięcie I°	1
b) zwichnięcie II°	3
c) zwichnięcie III°	5

BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY**60. Uszkodzenia stawu 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 jednomyjskowe z przemieszczeniem	5
e) inne złamania	2
f) złamania leczone protezoplastyką	15

61. Utrata kończyny w stawie ramienno-łopatkowym**62. Utrata kończyny wraz z łopatką****RAMIĘ****63. Złamanie trzonu kości ramiennej:**

a) złamania wieloodłamowe, otwarte	12
b) złamania otwarte	10
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	7
d) złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	4
e) inne złamania	2

64. 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

65. Utrata kończyny w obrębie ramienia**STAW ŁOKCIOWY****66. Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej):**

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
b) złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	5
c) inne złamania	2

67. Inne uszkodzenia łokcia:

a) skręcenie	1
b) zwichnięcie	3

PRZEDRAMIĘ**68. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia:**

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	7
b) złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2

69. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia:

a) złamania wieloodłamowe, otwarte, lub złamania Monteggia, Galeazziego	9
b) złamania otwarte	7
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
d) złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	4
e) inne złamania	2

70. 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

71. Utrata kończyny w obrębie przedramienia**72. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka****NADGARSTEK****73. Uszkodzenia nadgarstka:**

a) złamania mnogie kości nadgarstka z przemieszczeniem	7
b) złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
d) zwichnięcia	5
e) skręcenia	1

74. Utrata ręki na poziomie nadgarstka**ŚRÓDRĘCZE****75. Złamania kości śródręcza:**

a) I kość śródręcza:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
– złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	4
– inne złamania	2
b) II kość śródręcza:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	4
– złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	2
– inne złamania	1
c) III, IV, V kość śródręcza:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	2
– złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	1
– inne złamania	1

KCIUK**76. Utrata w zakresie kciuka:**

a) utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b) utrata paliczka paznokciowego	6
c) utrata obu paliczków bez kości śródręcza	10
d) utrata obu paliczków z kością śródręcza	15

77. Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich):

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
d) rany	1
e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	2
g) zwichnięcia w stawie śródręczno-paliczkowym	2

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

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

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

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

PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY**80. Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:**

a) palec III – utrata paliczka paznokciowego	2
b) palec III – utrata dwóch paliczków	5
c) palec III – utrata trzech paliczków	8
d) utrata palca III z kością śródręcza	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 śródręcza	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 śródręcza	4

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

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

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

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

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

STAW BIODROWY**82. Utrata kończyny dolnej:**

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

83. Uszkodzenia stawu biodrowego – bliższej nasady kości udowej – złamania bliższej nasady kości udowej, złamania 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**84. Złamanie kości udowej:**

a) złamania wieloodłamowe, otwarte	15

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

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

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

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

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

87. Złamania rzepki:

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

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

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

89. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego**PODUDZIE****90. Złamanie kości podudzia:**

a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	15
b) złamania otwarte	12
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e) inne złamania	3

91. Izolowane złamanie kości strzałkowej:

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1

92. Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien:

a) rany skórne	1
b) naderwanie mięśnia trójgłowego łydki	2
c) całkowite uszkodzenie mięśnia trójgłowego łydki	10
d) uszkodzenie ścięgna Achillesa niewymagające leczenia operacyjnego	2
e) uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	5
f) uszkodzenie mięśnia piszczelowego przedniego i prostowników palców	3
g) uszkodzenie innych mięśni i ścięgien	2

93. Utrata kończyny w obrębie podudzia:	
a) przy długości kikuta do 8 cm, mierząc od szpary stawowej	50
b) przy dłuższych kikutach	45
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA	
94. Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego:	
a) skręcenia leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator)	2
b) złamanie kostki bocznej z przemieszczeniem	3
c) złamanie kostki bocznej bez przemieszczenia	2
d) złamanie kostki przyśrodkowej z przemieszczeniem	5
e) złamanie kostki przyśrodkowej bez przemieszczenia	3
f) złamanie dwukostkowe z przemieszczeniem	8
g) złamanie dwukostkowe bez przemieszczenia	5
h) złamanie trójkostkowe z przemieszczeniem	10
i) złamanie trójkostkowe bez przemieszczenia	6
95. Złamania kości skokowej:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
b) złamania wieloodłamowe	5
c) inne złamania	3
96. Złamania kości piętowej:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
b) złamania wieloodłamowe	8
c) inne złamania	4
97. Utrata kości skokowej i/lub piętowej:	
a) częściowa utrata	25
b) całkowita utrata	40
98. Uszkodzenie kości stępu – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 10%):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania wieloodłamowe	4
c) inne złamania	2
99. Złamania kości śródstopia – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 15%):	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	6
b) złamania otwarte	5
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
d) inne złamania	2
100. Inne uszkodzenia okolicy stępu, śródstopia i stopy:	
a) rany	1
101. Utrata stopy w całości	45
102. Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40
103. Utrata stopy w środkowej części stępu	35
104. Utrata stopy w okolicy stępowo-śródstopnej	25
PALCE STOPY	
105. 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
106. Złamania palucha:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	4
b) złamania otwarte	3

c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
d) inne złamania	1
107. Złamania w zakresie palców II, III, IV, V (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 5%):	
a) złamania wieloodłamowe (każdy)	2
b) inne złamania (każdy)	1
108. Utrata palców stopy II–V (każdy)	2
109. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)	3
110. Utrata palca V z kością śródstopia	4
111. Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, skręcenia (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%)	
Uwaga: Wartość świadczenia związana z uszkodzeniem skóry, mięśni, nerwów, kości nie może przekroczyć wartości za całkowitą utratę kończyny lub części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą. Wartość świadczenia ustalona za uszkodzenie jednego palca stopy nie może przekroczyć wartości świadczenia przewidzianego za całkowitą utratę tego palca. Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę nogi.	
M. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH	
Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
112. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:	
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym:	
– częściowe	5
– całkowite	15
b) nerwu piersiowego długiego:	
– częściowe	5
– całkowite	10
c) nerwu pachowego:	
– częściowe	5
– całkowite	20
d) nerwu mięśniowo-skrętnego:	
– częściowe	3
– całkowite	15
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójkłowego ramienia:	
– częściowe	5
– całkowite	30
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójkłowego ramienia:	
– częściowe	3
– całkowite	20
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
– częściowe	3
– całkowite	15
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
– częściowe	2
– całkowite	10
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia:	
– częściowe	5
– całkowite	25
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka:	
– częściowe	3

– całkowite	15
k) nerwu łokciowego:	
– częściowe	5
– całkowite	20
l) spłotu barkowego części nadobojczykowej (górnej):	
– częściowe	5
– całkowite	20
m) spłotu barkowego części podobojczykowej (dolnej):	
– częściowe	7
– całkowite	40
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego:	
– częściowe	2
– całkowite	15
o) nerwu zasłonowego:	
– częściowe	5
– całkowite	15
p) nerwu udowego:	
– częściowe	5
– całkowite	30
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego):	
– częściowe	3

– całkowite	20
r) nerwu sromowego wspólnego:	
– częściowe	3
– całkowite	20
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy:	
– częściowe	10
– całkowite	50
t) nerwu piszczelowego:	
– częściowe	5
– całkowite	30
u) nerwu strzałkowego:	
– częściowe	5
– całkowite	20
v) spłotu lędźwiowo-krzyżowego:	
– częściowe	10
– całkowite	60
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego:	
– częściowe	2
– całkowite	10

Tabela procedur medycznych

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia świadczeń medycznych i opiekuńczych MediPomoc

1. ZABIEGI AMBULATORYJNE

1) Ambulatoryjne zabiegi chirurgiczne	Proste nacięcie i usunięcie ciała obcego, tkanek podskórnych; Nacięcie i drenaż 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-obojęzyczny, 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 złogu 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, ręką i dolne przedramię (opatrunk 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-obojęzyczne; kręgosłup – całość; badanie przeglądowe, projekcja PA lub boczna; kręgosłup szyjny; kręgosłup – odcinek piersiowo-lędźwiowy, w pozycji stojącej (skolioza); kręgosłup – odcinek piersiowy; kręgosłup – odcinek piersiowo-lędźwiowy; kręgosłup – odcinek lędźwiowo-krzyżowy; miednica; stawy krzyżowo-biodrowe; kość krzyżowa i kość ogonowa; obojęzki, całkowite; łopatka, całkowite; bark; stawy barkowo-obojęzyczne; kość ramienna; staw łokciowy; przedramię; nadgarstek; ręka; palec (palce) ręki; biodro; kość udowa; kolano; oba kolana, w pozycji stojącej w projekcji PA; piszczel i strzałka; staw skokowy; stopa; kość piętowa; jama brzuszna, pojedyncza projekcja PA

4. ULTRASONOGRAFIA

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

5. REHABILITACJA

Ćwiczenia indywidualne – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; Ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości; Ćwiczenia grupowe (do 6 osób) – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; Ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości; Techniki terapii manualnej (np. metody McKenziego, Cyriax, Mulligana i PNF), jeden lub więcej obszarów, mobilizacje i manipulacje; Wyciągi – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; trakcja mechaniczna, rower (rotor), cykloergometr – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; Kinezytaping; Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: diatermia; Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: podczerwień (sollux); Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: ultrafiolet; Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: ultradźwięki; Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: jonoforeza; Galwanizacja; Elektrostymulacja; Tonoliza; Prądy diadynamiczne; Prądy interferencyjne; Prądy Kotza; Prądy Tens; Prądy Traberta; Impulsowe pole magnetyczne; Laseroterapia (skaner, punktowo); Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: okłady ciepłe lub zimne (termożele); Krioterapia – miejscowa; Krioterapia – zabieg w kriokomorze

6. TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA

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

7. REZONANS MAGNETYCZNY

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

Lepiej mieć plan na nagłe zdarzenia.

Ogólne warunki
ubezpieczenia

Indywidualne ubezpieczenie na życie
Plan Pakietowej Ochrony



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

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

SPIS TREŚCI

Zakres ubezpieczenia dla ubezpieczonego

	Indeks	Strona
1) Śmierć ubezpieczonego	PPO/24/07/01	2
2) Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	PPOWU/24/07/01	10
3) Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	PPOWK/24/07/01	11
4) Śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	PPOZU/24/07/01	12
5) Osierocenie dziecka	PPOOD/24/07/01	13
6) Uszczerbek lub uszkodzenie ciała ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	PPOUUC/24/07/01	14
7) Niezdolność ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku	PPOWN/24/07/01	15
8) Pobyt ubezpieczonego w szpitalu	PPOCP/24/07/01	16
9) Poważne zachorowanie ubezpieczonego	PPOCU/24/07/01	18
10) Operacja medyczna ubezpieczonego	PPOOM/24/07/01	22

Zakres ubezpieczenia dotyczący współmałżonka

11) Śmierć współmałżonka	PPOSW/24/07/01	24
12) Śmierć współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	PPOSWW/24/07/01	25
13) Uszczerbek lub uszkodzenie ciała współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	PPOUUCW/24/07/01	26
14) Pobyt współmałżonka w szpitalu	PPOPW/24/07/01	27
15) Poważne zachorowanie współmałżonka	PPOCW/24/07/01	29

Zakres ubezpieczenia dotyczący dziecka

16) Śmierć dziecka	PPOSD/24/07/01	32
17) Śmierć dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	PPOWD/24/07/01	33
18) Uszczerbek lub uszkodzenie ciała dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	PPOUUCD/24/07/01	34
19) Pobyt dziecka w szpitalu	PPOPD/24/07/01	35
20) Poważne zachorowanie dziecka	PPOCD/24/07/01	37
21) Urodzenie się dziecka	PPOUD/24/07/01	40
22) Urodzenie się dziecka wymagającego leczenia	PPOUDL/24/07/01	42
23) Urodzenie się martwego noworodka	PPOSB/24/07/01	44

Zakres ubezpieczenia dotyczący rodziców ubezpieczonego lub rodziców współmałżonka

24) Śmierć rodziców ubezpieczonego	PPOSR/24/07/01	45
25) Śmierć rodziców ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	PPOWSR/24/07/01	46
26) Śmierć rodziców współmałżonka	PPOST/24/07/01	47
27) Śmierć rodziców współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	PPOWST/24/07/01	48

Świadczenia opiekuńcze i medyczne

28) Świadczenia opiekuńcze dla ubezpieczonego i jego rodziny Opieka24	PPOŚO/24/07/01	49
29) Świadczenia medyczne i opiekuńcze w następstwie nieszczęśliwego wypadku MediPomoc	PPOMP/24/07/01	55

Załączniki

Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała	61
Wykaz poważnych zachorowań	69
Tabela operacji medycznych	74
Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka	80
Tabela procedur medycznych	87

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

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

Poznajmy się!

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

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

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

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

Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 3/23/07/2024 z 23 lipca 2024 r. i wchodzi one w życie 1 sierpnia 2024 r.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

wariantu zależy zakres ubezpieczenia. Warianty pogrupowane są w następujących kategoriach:

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

Kto może zawrzeć umowę ubezpieczenia

– czyli kto może być ubezpieczającym

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

Kogo możemy objąć ochroną ubezpieczeniową

– czyli kogo możemy ubezpieczyć

- Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy ubezpieczonego.
- Ubezpieczonym może być osoba fizyczna, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła co najmniej 18 lat i nie ukończyła 65 lat oraz ma miejsce zamieszkania w Polsce. Ubezpieczonym może być:
 - ubezpieczający, czyli Ty – jeżeli umowę ubezpieczenia zawierasz jako osoba fizyczna;

- 2) inna osoba, którą wskażesz – w tym przypadku przed zawarciem umowy ubezpieczenia powinienes przekazać jej warunki umowy ubezpieczenia.

Zawarcie umowy ubezpieczenia – w jaki sposób ją zawieramy

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

Ocena ryzyka ubezpieczeniowego – na czym polega i kogo dotyczy

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

Poinformujemy Cię o naszej decyzji.

Czas trwania umowy ubezpieczenia – na jaki okres zawieramy umowę

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

Zmiana warunków umowy ubezpieczenia – czy warunki mogą się zmienić

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

Okres ochrony ubezpieczeniowej – kiedy się rozpoczyna i kończy

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

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia – do kiedy możesz wycofać się z umowy ubezpieczenia

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

Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia – kiedy i jak możesz zrezygnować z umowy ubezpieczenia

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

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia – kiedy i w jaki sposób umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu

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

Składka – jak ustalamy jej wysokość i jak należy ją opłacać

32. Składka jest należna za okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej. Wysokość składki ustalamy na podstawie taryfy składek, która będzie miała zastosowanie:
- 1) w dniu, w którym zostanie złożony wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) w rocznicę polisy.

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

Zmiana zakresu ubezpieczenia – kiedy możesz jej dokonać

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

Indeksacja – kiedy i jak możemy podwyższyć składkę i sumę ubezpieczenia

46. Po każdym roku polisy możemy zaproponować Ci podwyższenie składek i sum ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej i umów dodatkowych, które obejmuje Twoja umowa ubezpieczenia, na kolejny okres, czyli tzw. indeksację, z zastrzeżeniem pkt 48.

47. Przez indeksację rozumiemy podwyższenie wysokości składek oraz sum ubezpieczenia o wskaźnik, który ustalamy nie później niż na 3 miesiące przed rocznicą polisy na podstawie 12-miesięcznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych opublikowanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, jednak nie mniej niż o 3%.
48. Indeksacja nie obejmuje:
 - 1) dodatkowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla ubezpieczonego i jego rodziny Opieka24;
 - 2) dodatkowego ubezpieczenia świadczeń medycznych i opiekuńczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku MediPomoc;
 - 3) świadczeń ambulatoryjnych oraz dodatkowych świadczeń za pobyt na OIOM/OIT, rekonwalescencji i sanatorium w ramach dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu;
 - 4) konsultacji lekarzy specjalistów w ramach dodatkowych ubezpieczeń na wypadek poważnego zachorowania, urodzenia się dziecka i urodzenia się dziecka wymagającego leczenia;
 - 5) innych OWUD, w których wyraźnie zastrzeżono brak indeksacji.
49. Propozycję indeksacji przesyłamy nie później niż w terminie 30 dni przed rocznicą polisy. W propozycji podajemy wskaźnik, o którym mowa w pkt 47, oraz odrębnie dla umowy podstawowej i każdej umowy dodatkowej – podwyższone sumy ubezpieczenia i składki.
50. Możesz nie przyjąć naszej propozycji indeksacji. Jeśli wpłacisz składkę w dotychczasowej wysokości, uznamy że nie przyjmujesz naszej propozycji. Możesz również wysłać nam oświadczenie pisemnie lub pocztą elektroniczną, że nie przyjmujesz propozycji indeksacji.
51. Jeśli nie chcesz, abyśmy w kolejnych latach proponowali Ci indeksację, poinformuj nas o tym pisemnie lub pocztą elektroniczną.
52. Uznamy, że zgadzasz się na propozycję indeksacji, jeśli do dnia rocznicy polisy, od którego ma obowiązywać nowa wysokość składki i sum ubezpieczenia, nie poinformujesz nas, że nie wyrażasz zgody na indeksację, i zapłacisz składkę w nowej wysokości.

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

53. W przypadku śmierci ubezpieczonego w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej wypłacimy świadczenie uposażonemu.
54. Ubezpieczony może wskazać jednego uposażonego lub więcej. Jeśli wskaże kilku uposażonych, wypłacimy świadczenie w równych kwotach każdemu z nich, chyba że ubezpieczony inaczej określi podział świadczenia.
55. Wskazanie uposażonego do otrzymania sumy ubezpieczenia staje się bezskuteczne, jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
56. Jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią ubezpieczonego albo utracił prawo do świadczenia w myśl postanowień pkt 55, jego prawo do świadczenia przysługuje pozostałym uposażonym – proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w tym świadczeniu.
57. Jeżeli ubezpieczony nie wskaże uposażonego albo wszyscy uposażeni nie żyją lub utracili prawo do świadczenia – świadczenie przysługuje uposażonemu zastępczemu.
58. Ubezpieczony może wskazać jednego uposażonego zastępczego lub więcej. Jeśli wskaże więcej niż jednego uposażonego zastępczego, wypłacimy świadczenie w równych kwotach każdemu z nich, chyba że ubezpieczony inaczej określi podział świadczenia.
59. Jeśli ubezpieczony nie wskazał uposażonych zastępczych lub gdy oni także utracili prawo do świadczenia, wypłacimy świadczenie w takiej kolejności:
 - 1) współmałżonkowi (jeśli nie została orzeczona separacja) – w całości, a w razie jego braku lub orzeczonej separacji,
 - 2) dzieciom – w równych częściach, a w razie ich braku
 - 3) rodzicom – w równych częściach, a w razie ich braku
 - 4) rodzeństwu – w równych częściach, a w razie jego braku
 - 5) spadkobiercom – w częściach, w jakich dziedziczą po ubezpieczonym.
60. Za osobą zmarłą przed śmiercią ubezpieczonego uważamy również osobę, która zmarła jednocześnie z nim.
61. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego wypłacimy w wysokości sumy ubezpieczenia, którą potwierdzamy w polisie lub aneksie do polisy.

62. Świadczenia z tytułu pozostałych zdarzeń wypłacamy lub realizujemy zgodnie z postanowieniami OWUD.
63. Do wypłaty świadczenia należy przekazać nam dokumenty, które wskazaliśmy we wniosku o wypłatę świadczenia. Wniosek udostępniamy na naszej stronie internetowej uniqa.pl.
64. Dokumenty do wypłaty świadczenia należy przekazać w formie oryginałów lub kopii, których zgodność z oryginałem poświadczą:
 - 1) notariusz;
 - 2) organ, który je wydał;
 - 3) nasz przedstawiciel;
 - 4) upoważniony pracownik przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której ubezpieczony był zarejestrowany i leczony – w przypadku dokumentacji medycznej;
 - 5) osoba uprawniona do otrzymania świadczenia.
65. Dokumenty sporządzone w języku obcym należy przetłumaczyć na język polski przez tłumacza, zanim zostaną do nas dostarczone.

Wypłata świadczenia – kiedy wypłacimy pieniądze

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

Obowiązki Twoje i ubezpieczonego – do czego jesteście zobowiązani

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

Nasze obowiązki – do czego się zobowiązujemy

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

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności – kiedy nasze ubezpieczenie nie działa lub nasza odpowiedzialność jest ograniczona

Karencja

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

Ważne informacje

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

Wyłączenia w umowie podstawowej oraz umowach dodatkowych

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

Pozostałe wyłączenia w umowach dodatkowych

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

- 8) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli ubezpieczony nie miał odpowiednich uprawnień do kierowania tym pojazdem i używaniem go lub pojazd ten nie miał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
- 9) nieprzestrzegania przez ubezpieczonego przepisów z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych lub regulaminu pracy, jeśli zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenia określone jako spowodowane wypadkiem przy pracy.

79. Jeśli zakres ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej obejmuje życie lub zdrowie innych osób niż ubezpieczony, postanowienia pkt 76–78 oraz 80–84 stosujemy odpowiednio także do: współmałżonka, dziecka, rodziców ubezpieczonego oraz rodziców współmałżonka.

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

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

Kiedy jeszcze nie przyznamy świadczenia

85. Niezależnie od innych postanowień umowy ubezpieczenia nie spełnimy świadczeń, w tym:
- 1) nie zapewnimy ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) nie wypłacimy świadczeń, lub
 - 3) nie zapewnimy innych korzyści z tytułu umowy ubezpieczenia, w zakresie, w jakim spełnienie tych świadczeń mogłoby skutkować złamaniem przez nas sankcji gospodarczych, handlowych, finansowych lub embarga wynikających z prawa polskiego lub międzynarodowego, w tym przyjętych przez Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych, a także przez Stany Zjednoczone Ameryki lub inne państwa, chyba że jest to sprzeczne z przepisami prawa (w tym krajowego lub Unii Europejskiej), które nas obowiązują.

Reklamacje

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

86. Reklamację możesz wnieść w każdym przypadku, o ile jesteś:
- 1) osobą fizyczną, która jest ubezpieczającym, ubezpieczonym, inną osobą uprawnioną z umowy ubezpieczenia lub spadkobiercą, który ma interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, a także
 - 2) osobą prawną lub spółką nieposiadającą osobowości prawnej, która jest ubezpieczającym lub poszukuje ochrony ubezpieczeniowej.
87. W przypadku osób fizycznych za reklamację uważamy wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, które osoby fizyczne kierują do nas jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia, które zawierają zastrzeżenia w zakresie niezwiązanym z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową, składane przez osoby fizyczne, które są klientami:
- 1) brokera ubezpieczeniowego lub
 - 2) agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające, którzy wykonują czynności agencyjne na rzecz

więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

88. W przypadku osób prawnych lub spółek, które nie posiadają osobowości prawnej, za reklamację uważamy wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, które podmioty te kierują do nas, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia, które zawierają zastrzeżenia w zakresie niezwiązanym z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową i które dotyczą:
- 1) brokerów ubezpieczeniowych lub
 - 2) agentów ubezpieczeniowych lub agentów, którzy oferują ubezpieczenia uzupełniające, którzy wykonują czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
89. Reklamacje wnosi się do zarządu naszej spółki. Reklamację można złożyć w każdej naszej jednostce, która obsługuje klientów.
90. Reklamacje na świadczone przez nas usługi można złożyć:
- 1) elektronicznie – poprzez formularz na stronie uniqa.pl/reklamacje;
 - 2) ustnie:
 - a) telefonicznie pod numerem naszej infolinii +48 22 599 95 22,
 - b) osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie;
 - 3) na piśmie:
 - a) osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie,
 - b) przesyłką pocztową na adres: 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51,
 - c) na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w Ustawie z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych jako rejestru publicznego prowadzonego przez ministra właściwego do spraw informatyzacji, tj. AE:PL-75623-64271-BRDJV-27.
91. Odpowiedzi na reklamację udzielimy na piśmie albo w przypadku reklamacji wniesionej przez osobę fizyczną – pocztą elektroniczną, jeżeli osoba fizyczna, która składa reklamację, złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek tej osoby, potwierdzimy pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt złożenia reklamacji.
92. Odpowiedzi na reklamację udzielimy bezzwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.
93. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć reklamacji i udzielić na nią odpowiedzi w terminie 30 dni, poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, o przyczynie opóźnień. W takim przypadku odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
94. Jeżeli osoba fizyczna, która składa reklamację, nie zgadza się z naszym stanowiskiem wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, a ponadto może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko nam według właściwości określonej w OWU.
95. Klient, który jest konsumentem, może również zwrócić się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
96. Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
97. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla UNIQA TUNŻ S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa; www.rf.gov.pl).
98. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami pkt 86–88, przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażaleń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia pkt 89–92 i 95, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć skargi lub zażalenia i udzielić odpowiedzi w terminie 30 dni, osobę, która je złożyła, poinformujemy w tym terminie o przyczynie opóźnień. W takim przypadku odpowiedzi na skargę lub zażalenie udzielimy nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

Właściwość sądów

– do którego sądu wnieść powództwo

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

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWU i OWUD

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

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

- 1) **choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, którą stwierdził lekarz i która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 2) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione ubezpieczonego lub jego współmałżonka, jeżeli nie żyje jego ojciec lub matka, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25. roku życia; w przypadku dodatkowego ubezpieczenia na wypadek:
 - a) osierocenia dziecka – ograniczenie wiekowe do 25. roku życia nie dotyczy dziecka, które uznane jest za niezdolne do samodzielnej egzystencji,
 - b) pobytu dziecka w szpitalu w celu leczenia choroby – przez dziecko rozumiemy dziecko, które ukończyło 1. rok życia i nie ukończyło 25. roku życia;
- 3) **dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku włącznie, z wyłączeniem dni wolnych od pracy, zgodnie z Ustawą z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy, z późniejszymi zmianami;
- 4) **dzień złożenia wniosku** – dzień złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przez ostatnią z osób dokonujących ubezpieczenia;
- 5) **ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowana przez Światową Organizację Zdrowia;
- 6) **karencja** – okres, w którym wyłączamy lub ograniczamy naszą odpowiedzialność; jeśli w tym czasie wystąpi zdarzenie objęte zakresem ubezpieczenia, nie wypłacimy świadczenia lub wypłacimy je w niższej wysokości, chyba że jest ono spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem;
- 7) **lekarz specjalista** – lekarz, którego specjalizacja znajduje się w wykazie specjalizacji lekarskich, stanowiącym załącznik do rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (m.in. alergolog, anestezjolog, chirurg klatki piersiowej, chirurg naczyniowy, chirurg ogólny, dermatolog, diabetolog, endokrynolog, gastrolog, ginekolog, hematolog, kardiolog, nefrolog, neurochirurg, neurolog, okulista, onkolog, ortopeda, otolaryngolog, proktolog, pulmonolog, reumatolog, urolog);
- 8) **miesiąc polisy** – miesiąc, który rozpoczyna się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca; jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca; miesiąc polisy kończy się w dniu, który poprzedza pierwszy dzień kolejnego miesiąca polisy;
- 9) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia ubezpieczonego oraz odpowiednio – w zależności od przedmiotu ubezpieczenia wskazanego w umowie dodatkowej – współmałżonka, dziecka, rodzica ubezpieczonego, rodzica współmałżonka; nie uznajemy za nieszczęśliwy wypadek zawału serca, udaru mózgu ani innych chorób, nawet tych, które wystę-

pują nagle, a także następstw zdrowotnych przecięcia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia;

- 10) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów, które powstało w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 11) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM) lub Oddział Intensywnej Terapii (OIT)** – wydzielony specjalistyczny oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, którzy wymagają intensywnego leczenia i stałego nadzoru podstawowych czynności życiowych oraz podtrzymywania czynności niewydolnych organów i układów organizmu; w rozumieniu OWUD za OIOM/OIT uznajemy również wydzielone w obrębie oddziału lub kliniki i przeznaczone do leczenia oraz podtrzymywania czynności niewydolnych organów i układów organizmu chorych, wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania podstawowych czynności życiowych, a także wyposażone na stałe w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych:
 - a) oddziały intensywnego nadzoru medycznego lub intensywnej terapii,
 - b) sale intensywnej opieki medycznej, sale intensywnej terapii, sale intensywnego nadzoru medycznego;w rozumieniu OWUD za OIOM lub OIT nie uważamy oddziału rehabilitacji, sal pooperacyjnych ani sal nadzoru pooperacyjnego;
- 12) **pakiet dodatkowy** – umowy dodatkowe, które ubezpieczający może dokupić do wybranego wariantu za opłatą dodatkowej składki;
- 13) **partner medyczny** – operator medyczny, z którym współpracujemy w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy ubezpieczenia;
- 14) **placówka medyczna** – publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych, osoba, która wykonuje zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, które działają na terenie Polski na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za placówkę medyczną nie uważamy: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień (w szczególności od alkoholu, narkotyków lub leków), ośrodka sanatoryjnego, szpitala sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
- 15) **pobyt w szpitalu** – pobyt w szpitalu, który potwierdza dokumentacja medyczna i który trwa nieprzerwanie co najmniej:
 - a) 1 dzień w przypadku pobytu w szpitalu związanego z leczeniem doznanych obrażeń ciała,
 - b) tyle dni, ile potwierdziliśmy w polisie w przypadku pobytu w szpitalu związanego z chorobą, w tym także związanego z ciążą lub powikłaniami porodowymi (okres pobytu w szpitalu liczymy od dnia porodu), wyłączając pobyt w szpitalu w związku z porodem fizjologicznym;pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia do szpitala, a kończy się w dniu wypisania ze szpitala; jeżeli wpis i wypis ze szpitala są tego samego dnia, pobyt taki nie jest objęty zakresem ubezpieczenia;
- 16) **polisa** – dokument, który potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki;
- 17) **przysposobienie dziecka wymagającego leczenia** – przysposobienie dziecka, które przy urodzeniu spełniało co najmniej jedną z poniższych przesłanek:
 - a) otrzymało 1–8 punktów w skali Apgar,
 - b) urodziło się z wadą wrodzoną,
 - c) urodziło się jako wcześniak;przy punktacji w skali Apgar bierze się pod uwagę ostatnią dokonaną ocenę.
- 18) **rekonwalescencja** – okres pobytu na zwolnieniu lekarskim, który następuje bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu i służy powrotowi do zdrowia; do okresu rekonwalescencji nie wliczamy okresu, w którym ubezpieczony lub współmałżonek – w zależności od przedmiotu ubezpieczenia wskazanego w umowie dodatkowej – przebywał w placówce medycznej;
- 19) **rocznica polisy** – każda rocznica początku ochrony, a jeżeli w danym roku kalendarzowym nie ma takiego dnia, ostatni dzień miesiąca i kalendarzowego, w którym rocznica ta przypada (np.

- jeżeli początek ochrony przypada 29 lutego, to w latach przestępnych rocznica polisy przypadnie 28 lutego);
- 20) **rodzic** – matka lub ojciec ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; w przypadku gdy matka lub ojciec ubezpieczonego nie żyje, za jego rodzica uznajemy również odpowiednio osobę, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest:
- żoną ojca ubezpieczonego lub wdową po ojcu ubezpieczonego, o ile po śmierci ojca nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - mężem matki ubezpieczonego lub wdowcem po matce ubezpieczonego, o ile po śmierci matki nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
- 21) **rodzic współmałżonka** – matka lub ojciec współmałżonka w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; w przypadku gdy nie żyje matka lub ojciec współmałżonka, za rodzica współmałżonka uznajemy również odpowiednio osobę, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest:
- żoną ojca współmałżonka lub wdową po ojcu współmałżonka, o ile po śmierci ojca współmałżonka nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - 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 ubezpieczonego, o ile ubezpieczony nie zawarł ponownie związku małżeńskiego;
- 22) **rok polisy** – okres 12 miesięcy polisy, który rozpoczyna się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdą rocznicę polisy, a kończy się w dniu, który bezpośrednio poprzedza rocznicę polisy;
- 23) **sanatorium** – zakład lecznictwa, który znajduje się na terenie Polski, działa zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa i przeznaczony jest do leczenia – głównie naturalnymi środkami – chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom;
- 24) **suma ubezpieczenia** – kwota, którą wskazujemy w polisie lub aneksie do polisy, na podstawie której ustalamy wysokość świadczenia, jeśli zajdzie zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia;
- 25) **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot leczniczy wykonuje przez całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu i pielęgnacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; za szpital nie uznajemy:
- zakładu lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitala uzdrowiskowego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego,
 - podmiotu leczniczego lub jego przedsiębiorstwa, które rehabilituje pacjentów – dotyczy to także rehabilitacji uzdrowiskowej,
 - zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego,
 - zakładu opiekuńczo-leczniczego,
 - hospicjum lub podmiotu świadczącego opiekę paliatywną,
 - domu opieki społecznej,
 - placówek, które leczą pacjentów z alkoholizmu i innych uzależnień, nawet jeśli podmioty te świadczą całodobowe kompleksowe świadczenia zdrowotne, które polegają na diagnozowaniu, leczeniu i pielęgnacji,
 - ośrodka, oddziału, pododdziału dla psychicznie chorych,
 - ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic,
 - oddziałów i pododdziałów dziennych,
 - przychodni, w tym przychodni przyszpitalnych, ani nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- 26) **trwały nośnik** – materiał lub narzędzie, które umożliwiają Tobie lub ubezpieczonemu przechowywanie informacji kierowanych osobiście do Ciebie lub ubezpieczonego, w sposób który zapewnia dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, i które pozwalają odtworzyć przechowywane informacje w niezmienionej postaci;
- 27) **umowa dodatkowa** – umowa zawierana na podstawie ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia (OWUD) jako rozszerzenie umowy podstawowej; umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa;
- 28) **umowa podstawowa** – umowa zawierana na podstawie tych OWU;
- 29) **umowa ubezpieczenia** – umowa podstawowa wraz z umowami dodatkowymi (składające się na pakiet) oraz, jeśli rozszerzono zakres ubezpieczenia o pakiety dodatkowe, także te pakiety dodatkowe; umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie OWU i OWUD;
- 30) **uposażony** – osoba wskazana przez ubezpieczonego do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci;
- 31) **uposażony zastępczy** – osoba wskazana przez ubezpieczonego do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie było uposażonych lub utracili oni prawo do świadczenia;
- 32) **uprawniony** – ubezpieczony, dziecko lub – jeżeli dziecko jest niepełnoletnie – prawny opiekun, lub osoba upoważniona do sprawowania opieki nad dzieckiem, którzy są uprawnieni do umawiania i odbywania wizyt w placówkach medycznych z dzieckiem;
- 33) **urodzenie się dziecka** – urodzenie się żywego dziecka, co potwierdza akt urodzenia wystawiony przez urząd stanu cywilnego, w którym to akcie ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic tego dziecka;
- 34) **urodzenie się dziecka wymagającego leczenia** – urodzenie się żywego dziecka, które przy urodzeniu spełniało co najmniej jedną z tych przesłanek:
- otrzymało 1–8 punktów w skali Apgar,
 - urodziło się z wadą wrodzoną,
 - urodziło się jako wcześniak;
- przy punktacji w skali Apgar bierzemy pod uwagę ostatnią dokonaną ocenę; urodzenie się tego dziecka potwierdza akt urodzenia wystawiony przez urząd stanu cywilnego, w którym to akcie ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic tego dziecka;
- 35) **uszczerbek lub uszkodzenie ciała** – następstwa nieszczęśliwego wypadku, które wymieniliśmy w tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała lub w tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka;
- 36) **uwierzytelnienie** – w zależności od sposobu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia:
- złożenie własnoręcznego podpisu na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - złożenie własnoręcznego podpisu na karcie podpisów do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - potwierdzenie woli zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową wraz ze wszystkimi zgodami i oświadczeniami, w sposób który wskazujemy w przesłanej przez nas informacji mejlowej, oraz potwierdzenie tożsamości za pomocą mojejD;
- 37) **wada wrodzona** – nieprawidłowość rozwojowa dotycząca narządu lub części ciała, nabyta w życiu płodowym, pojedyncza lub mnoga, która doprowadziła do zmian morfologicznych danego narządu, narządów lub części ciała, zakwalifikowana według ICD-10 w rozdziale XVII „Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe” (Q00–Q99); w zakresie dodatkowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka wymagającego leczenia za wadę wrodzoną uznajemy tylko wadę zdiagnozowaną przed ukończeniem 1. roku życia dziecka;
- 38) **wcześniak** – żywy noworodek, który urodził się przed 36. tygodniem ciąży z wagą poniżej 2500 g; poród przedwczesny oraz wiek korygowany płodu musi potwierdzać dokumentacja medyczna;
- 39) **wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia** – formularz, w którym deklarujesz chęć zawarcia z nami umowy ubezpieczenia;
- 40) **współmałżonek** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego była z ubezpieczonym w związku małżeńskim;
- 41) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek, któremu ubezpieczony lub odpowiednio – w zależności od przedmiotu ubezpieczenia wskazanego w umowie dodatkowej – współmałżonek lub dziecko, uległ jako pasażer, kierujący członek załogi, pieszy lub rowerzysta w związku z ruchem:

- a) pojazdu silnikowego w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, motoroweru, roweru lub pojazdu szynowego,
 - b) pasażerskiego statku powietrznego,
 - c) statku morskiego, promu morskiego lub pasażerskiego;
- 42) **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku, który nastąpił w związku z pracą:
- a) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem zwykłych czynności lub poleceń przełożonych oraz w trakcie trwania podróży służbowej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych zadań,
 - b) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem czynności na rzecz pracodawcy (nawet bez polecenia z jego strony),
 - c) w czasie pozostawania w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
 - d) 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,
 - e) przy wykonywaniu zadań zleconych przez organizacje zawodowe, które działają u pracodawcy, lub w trakcie uczestniczenia w organizowanych przez nie czynach społecznych;
- za wypadek przy pracy nie uznajemy wypadku w drodze do pracy lub z pracy;

- 43) **zaburzenia psychiczne** – stan zakwalifikowany w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (rozdział V ICD-10, kod F00–F99);
- 44) **złożenie wniosku ubezpieczeniowego** – uwierzytelnienie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokonane przez ubezpieczającego, a w przypadku gdy ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego – dokonane również przez ubezpieczonego.

Postanowienia końcowe

– co jeszcze jest ważne

- 103. W sprawach nieuregulowanych w OWU i OWUD do umowy ubezpieczenia stosuje się przepisy prawa polskiego.
- 104. Strony mogą składać oświadczenia i zawiadomienia, które dotyczą umowy ubezpieczenia, z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, o ile OWU lub OWUD nie wymagają zachowania innej formy.
- 105. Integralną część tych OWU i OWUD stanowią odpowiednio Formularze do OWU lub OWUD, czyli informacje sporządzone zgodnie z art. 17 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
- 106. Sprawozdania o naszej wypłacalności i kondycji finansowej publikujemy na naszej stronie internetowej.
- 107. Zasady opodatkowania podatkiem dochodowym kwot otrzymanych przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie określa Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 4

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

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

Ważne informacje

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

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

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

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 4

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

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

Ważne informacje

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

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

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–3 i 7
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 4–6

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

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

Ważne informacje

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

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

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

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

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

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

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–4
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 5–6

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

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

Ważne informacje

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

ubezpieczonego w chwili śmierci ubezpieczonego lub w momencie osiągnięcia przez dziecko pełnoletności, wypłacimy dodatkowe świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD każdemu dziecku, nad którym oboje sprawowali oni władzę rodzicielską.

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy każdemu dziecku ubezpieczonego świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD w przypadku śmierci ubezpieczonego w czasie naszej ochrony ubezpieczeniowej.
4. Jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku umrze także druga osoba, której przysługiwała władza rodzicielska nad dzieckiem

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–3, 5 pkt 1–117 Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 4

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

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

Ważne informacje

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

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

3. Jeśli ubezpieczony dozna uszczerbku lub uszkodzenia ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wypłacimy mu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD za każdy 1% uszczerbku lub uszkodzenia ciała.

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

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–4, 6
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 5

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

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

Ważne informacje

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

- W uzasadnionych przypadkach możemy wypłacić świadczenie po upływie 6 miesięcy nieprzerwanego trwania niezdolności do pracy.
- W czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej wypłacimy ubezpieczonemu tylko jedno świadczenie z tytułu tych OWUD.

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

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

- W przypadku niezdolności ubezpieczonego do pracy, która rozpoczęła się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej i trwała nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–4, 6–8, 14–15, 18–19, 21–22
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 9–11, 16–17, 20, 32–34

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

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

Ważne informacje

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenia ubezpieczeniowe – na jakich zasadach je realizujemy

Świadczenie w związku z pobytem w szpitalu

6. Wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu.

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

15. Wyplacimy świadczenie, jeżeli pobyt na OIOM/OIT, pobyt w sanatorium lub rekonwalescencja wiąże się z pobytem w szpitalu, za który ubezpieczonemu przysługuje świadczenie, oraz spełnione są warunki:
 - 1) pobyt w sanatorium potwierdza dokumentacja medyczna;
 - 2) pobyt w szpitalu, który poprzedzał rekonwalescencję, trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni.
 16. Wyplacimy tylko jedno świadczenie za pobyt w sanatorium w danym roku polisy.
 17. Jeżeli pobyty w sanatorium będą spowodowane tą samą przyczyną, wyplacimy tylko jedno świadczenie w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.
- Świadczenia ambulatoryjne**
18. Ubezpieczony ma dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, jeśli pobyt w szpitalu, za który przysługuje mu świadczenie, trwał co najmniej 10 dni.
 19. Świadczenia ambulatoryjne przyznajemy do każdego pobytu w szpitalu, który trwał co najmniej 10 dni, do wyczerpania sumy ubezpieczenia, którą wskazujemy w polisie.
 20. Jeżeli pobyty w szpitalu będą spowodowane tą samą przyczyną, to przyznamy ubezpieczonemu tylko jeden dostęp do świadczeń ambulatoryjnych w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
 21. Zakres świadczeń ambulatoryjnych obejmuje:
 - 1) konsultacje lekarzy tych specjalizacji:
 - a) ortopeda,
 - b) chirurg ogólny,
 - c) okulista,
 - d) neurolog,
 - e) diabetolog,
 - f) internista,
 - g) kardiolog;
 - 2) badania laboratoryjne:
 - a) badania hematologiczne,
 - b) koagulologia,
 - c) glukoza,
 - d) lipidogram,
 - e) sód, potas,
 - f) mocznik,
 - g) kreatynina,
 - h) badania wątroby (transaminazy, bilirubina),
 - i) białko,
 - j) badanie ogólne moczu;
 - 3) zabiegi ambulatoryjne:
 - a) chirurgiczne i ortopedyczne (złucie gipsu, szwów),
 - b) iniekcje domięśniowe,
 - c) iniekcje dożylnie;
 - 4) badania obrazowe:
 - a) RTG,
 - b) rezonans magnetyczny oraz tomografia,
 - c) USG, w tym ECHO serca,
 - d) EKG,
 - e) spirometria.
 22. Ubezpieczony może skorzystać ze świadczeń ambulatoryjnych po przyznaniu świadczenia za pobyt w szpitalu, który trwał co najmniej 10 dni. Świadczenia ambulatoryjne przysługują mu przez 12 miesięcy od następnego dnia roboczego po dniu, w którym wyplaciliśmy świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu.
 23. Świadczenia ambulatoryjne realizują placówki medyczne, które należą do sieci naszego partnera medycznego. Wykaz znajduje się na www.uniqa.pl. Informację o placówkach ubezpieczony może też uzyskać na infolinii medycznej.
 24. Czas oczekiwania na konsultację lekarzy specjalistów, o ile ubezpieczony nie wskáže późniejszego terminu, wynosi:
 - 1) 3 dni robocze od dnia zgłoszenia – w przypadku okulistyki oraz chirurgii ogólnej;
 - 2) 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia – w przypadku pozostałych specjalizacji.
 25. Terminy, które podajemy w pkt 24, dotyczą konsultacji u dowolnego lekarza danej specjalizacji, a nie konsultacji u konkretnego lekarza.
 26. Nie wymagamy skierowania lekarskiego na konsultacje lekarzy specjalistów.
 27. Miejsce i termin realizacji świadczenia ubezpieczony może uzgodnić wyłącznie przez infolinię medyczną.
 28. Abyśmy mogli zrealizować świadczenia, ubezpieczony powinien:
 - 1) zgłosić się do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) stosować się do poleceń i wskazówek, które otrzyma od pracowników placówki medycznej.
 29. Jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej ubezpieczony uzyska naszą zgodę, może skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej poza siecią naszego partnera medycznego.
 30. Jeśli za naszą zgodą ubezpieczony skorzystał z placówki medycznej poza siecią naszego partnera medycznego, zwrócimy mu poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia. Zwrot zrealizujemy w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów.
 31. Aby ubezpieczony uzyskał zwrot kosztów świadczeń ambulatoryjnych, powinien złożyć u partnera medycznego wniosek o refundację kosztów. Wniosek udostępniamy na www.uniqa.pl. Do wniosku powinien dołączyć wskazane w nim dokumenty oraz fakturę imienną lub rachunek za realizację danego świadczenia.
- Karencja**
– kiedy nie wyplacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość
32. Nie wyplacimy świadczenia w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby w okresie pierwszych 3 miesięcy, które liczymy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tych OWUD lub od daty rozszerzenia zakresu ochrony o tę umowę dodatkową.
 33. Z zastrzeżeniem pkt 32, ograniczymy wysokość świadczenia w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby w okresie pierwszych 3 miesięcy, które liczymy od daty obowiązywania nowego wariantu, jeśli w wyniku zmiany wariantu podwyższona została kwota świadczenia. W takim przypadku świadczenie ograniczymy do kwoty świadczenia należnego w ramach poprzedniego wariantu.
- Wyłączenia odpowiedzialności**
– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa
34. Nie wyplacimy świadczenia, jeżeli ubezpieczony jest w szpitalu, ponieważ:
 - 1) leczy się lub poddaje zabiegowi w związku z porodem fizjologicznym, chyba że dotyczy to leczenia choroby, która jest skutkiem powikłań poporodowych;
 - 2) poddaje się operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że jest ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiego ubezpieczony uległ w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej, lub usunięcia skutków choroby nowotworowej zdiagnozowanej w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej, lub leczenia wad wrodzonych;
 - 3) wykonuje rutynowe badania lekarskie, badania biochemiczne, badania rentgenowskie oraz inne badania, jeśli ich przyczyną nie jest choroba ani obrażenia ciała;
 - 4) wykonuje zabiegi rehabilitacyjne;
 - 5) leczy choroby umysłowe i zaburzenia psychiczne;
 - 6) udzielane mu są ambulatoryjne świadczenia zdrowotne w formie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.
- Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 76–78 oraz 85 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–6, 8, 10–11, 16–18, 25 ppkt 1–55 Wykazu poważnych zachorowań – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 7, 12–14, 28–33

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

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

Ważne informacje

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego.

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

Tabela poważnych zachorowań nr 1

Poważne zachorowanie	Katalog A	Katalog B	Katalog C	Grupa / Limit sumy ubezpieczenia w ramach danej grupy	Procent sumy ubezpieczenia
Pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych	✓	✓	✓	1/100%	100
Zawał serca	✓	✓	✓		100
Angioplastyka wieńcowa	✓	✓	✓		20
Kardiomiopatia		✓	✓		100
Bakteryjne zapalenie opon mózgowych	✓	✓	✓	2/100%	100
Choroba neuronu ruchowego	✓	✓	✓		100

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

Tabela poważnych zachorowań nr 2

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

4. Poważne zachorowania wskazane w tabeli poważnych zachorowań nr 2 grupujemy w katalogi i nie przyporządkowujemy ich do grup. Oznacza to, że za każde poważne zachorowanie z tej tabeli możesz otrzymać 100% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD. Wykaz poważnych zachorowań, katalogów oraz procent sumy ubezpieczenia za każde poważne zachorowanie określamy w powyższej tabeli.

5. W rozumieniu OWUD rozpoznanie poważnego zachorowania oznacza, że w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej u ubezpieczonego:

- 1) zdiagnozowano chorobę po raz pierwszy w jego życiu;
- 2) wykonano zabieg, który został przeprowadzony po raz pierwszy w jego życiu.

6. Definicje poszczególnych poważnych zachorowań znajdują się w wykazie poważnych zachorowań, który jest załącznikiem do tych OWUD.

7. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje:

- 1) chorób, które znajdują się w wykazie poważnych zachorowań, jeśli prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tych OWUD, chyba że diagnostyka wykluczyła rozpoznanie choroby;
- 2) zabiegów, które znajdują się w wykazie poważnych zachorowań, jeśli wynikają z chorób, które zdiagnozowano, rozpoznano lub gdy prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tych OWUD, chyba że diagnostyka wykluczyła rozpoznanie choroby.

8. W zależności od wariantu zakres ubezpieczenia może także obejmować organizację i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji z lekarzami specjalistami w związku z poważnym zachorowaniem.

9. Zakres ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.

Świadczenia ubezpieczeniowe – na jakich zasadach je realizujemy

Świadczenie w związku z poważnym zachorowaniem

10. Jeśli u ubezpieczonego zostanie rozpoznane poważne zachorowanie, wypłacimy mu świadczenie w kwocie równej procentowi sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD dla danego poważnego zachorowania. Wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
11. Procent sumy ubezpieczenia dla każdego poważnego zachorowania wskazujemy w tabelach w pkt 3 i 4.
12. Maksymalna wysokość świadczeń w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej na wszystkie poważne zachorowania z jednej grupy poważnych zachorowań wynosi 100% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.

13. Każda wypłata świadczenia z danej grupy poważnych zachorowań powoduje, że maksymalna wysokość świadczeń w ramach danej grupy poważnych zachorowań, czyli 100% sumy ubezpieczenia z danej grupy poważnych zachorowań, zmniejsza się o sumę procentowych wartości świadczeń, które wypłaciliśmy z tej grupy poważnych zachorowań.

14. Po rozpoznaniu danego poważnego zachorowania i wypłacie świadczenia z tego tytułu ochrona ubezpieczeniowa w zakresie tego poważnego zachorowania wygasa. Nie dotyczy to rozpoznania nowotworu in situ. W przypadku rozpoznania nowotworu in situ wypłacimy ubezpieczonemu jedno świadczenie za pierwsze rozpoznanie z każdej z 9 kategorii nowotworu in situ od D00 do D09 (zgodnie z klasyfikacją chorób ICD-10).

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

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

Konsultacje lekarzy specjalistów

16. Jeśli przyznamy ubezpieczonemu świadczenie z tytułu poważnego zachorowania, otrzyma on dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów, o ile ubezpieczenie obejmuje to świadczenie.
17. Ubezpieczonemu przysługuje maksymalnie 30 konsultacji lekarzy specjalistów.
18. Z konsultacji lekarzy specjalistów ubezpieczony może skorzystać w ciągu 12 miesięcy, które liczymy od następnego dnia roboczego po dniu, w którym wypłaciliśmy mu świadczenie z tytułu poważnego zachorowania.
19. Konsultacje lekarzy specjalistów realizują placówki medyczne, które należą do sieci naszego partnera medycznego. Wykaz znajduje się na www.uniq.pl. Informację o placówkach ubezpieczony może też uzyskać przez infolinię medyczną.
20. Czas oczekiwania na konsultacje lekarzy specjalistów, o ile ubezpieczony nie wskaże późniejszego terminu, wynosi:
 - 1) 3 dni robocze od dnia zgłoszenia – w przypadku dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej;
 - 2) 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia – w przypadku pozostałych specjalizacji.

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

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

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

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności – kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

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

Przykład

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

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

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

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–3, 5–6, 14 pkt 1–16 Tabeli operacji medycznych – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej ubezpieczonego
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 4, 7, 9–13

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

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

Ważne informacje

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co ubezpieczamy

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

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

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

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

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

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

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

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

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

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

- 1) **operacja medyczna** – zabieg medyczny, wymieniony w tabeli operacji medycznych, który przeprowadza lekarz w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym w trakcie pobytu ubezpieczonego w placówce medycznej; wyróżniamy następujące rodzaje operacji medycznych:
 - a) operacja medyczna metodą endoskopową – zabieg chirurgiczny, który polega na takim otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub narządów wewnętrznych, które uniemożliwia czynności, określone w terminologii medycznej jako rękoczynny, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,
 - b) operacja medyczna metodą otwartą – zabieg chirurgiczny, który polega na otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych, połączony z czynnościami, które w terminologii medycznej określa się jako rękoczynny, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,
 - c) operacja medyczna metodą zamkniętą – zabieg chirurgiczny bez otwierania jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych (zabiegi przezskórne, przeznaczeniowe, z użyciem endoskopu);

jeżeli w tabeli operacji medycznych nie precyzujemy metody wykonania operacji medycznej, ponosimy odpowiedzialność za operację medyczną wykonaną metodą otwartą lub endoskopową;

- 2) **placówka medyczna** – publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarstwa lub położniczych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, które działają na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za placówkę medyczną nie uważamy: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień (w szczególności od alkoholu, narkotyków lub leków), ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 4–6

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

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

4. Wypłacimy maksymalnie jedno świadczenie w danym roku polisy z tytułu tych OWUD.

Ważne informacje

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

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

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

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

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 4–5

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

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

Ważne informacje

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

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

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–3, 5 pkt 1–117 Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 4

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

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

Ważne informacje

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

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

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

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–4, 6–8, 10, 14–15
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 9, 11, 16–20

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

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

Ważne informacje

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenia ubezpieczeniowe – na jakich zasadach je realizujemy

Świadczenie w związku z pobytem w szpitalu

6. Wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie za każdy dzień pobytu jego współmałżonka w szpitalu.
7. Wysokość świadczenia zależy od przyczyny pobytu w szpitalu. Potwierdzamy ją w polisie.

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

w szpitalu, za który ubezpieczonemu przysługuje świadczenie, oraz gdy spełnione są warunki:

- 1) pobyt w sanatorium potwierdza dokumentacja medyczna;
 - 2) pobyt w szpitalu, który poprzedzał rekonwalescencję, trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni.
16. Wypłacimy tylko jedno świadczenie za pobyt współmałżonka w sanatorium w danym roku polisy.
17. Jeżeli pobyty współmałżonka w sanatorium będą spowodowane tą samą przyczyną, to wypłacimy tylko jedno świadczenie w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

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

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

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

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–6, 8, 10–11, 16–18, 23, 25 ppkt 1–32 Wykazu poważnych zachorowań – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 7, 12–14, 28–33

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

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

Ważne informacje

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Tabela poważnych zachorowań nr 1 – katalog A

Poważne zachorowanie	Grupa/ Limit sumy ubezpieczenia w ramach danej grupy	Procent sumy ubezpieczenia
Pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych	1/100%	100
Zawał serca		100
Angioplastyka wieńcowa		20
Bakteryjne zapalenie opon mózgowych	2/100%	100
Choroba neuronu ruchowego		100
Dystrofia mięśniowa		100
Łagodny guz mózgu		100
Łagodny guz rdzenia		100

Poważne zachorowanie	Grupa/ Limit sumy ubezpieczenia w ramach danej grupy	Procent sumy ubezpieczenia
Udar mózgu	2/100%	100
Zapalenie mózgu		100
Niewydolność nerek	3/100%	100
Przeszczep narządów		100
Schyłkowa niewydolność wątroby		100
Ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń		100
Niedokrwistość aplastyczna	4/100%	100
Nowotwór złośliwy		100
Operacja aorty brzusznej	5/100%	20
Operacja aorty piersiowej		100
Śpiączka	6/100%	100
Utrata kończyn		100
Utrata mowy		100
Utrata słuchu		100
Utrata wzroku		100
Ciężkie oparzenia III stopnia	7/100%	100
Ciężkie oparzenia I i II stopnia		100

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

Tabela poważnych zachorowań nr 2 – katalog A

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

5. W rozumieniu OWUD rozpoznanie poważnego zachorowania oznacza, że w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej u współmałżonka:
- 1) zdiagnozowano chorobę po raz pierwszy w jego życiu;
 - 2) wykonano zabieg, który został przeprowadzony po raz pierwszy w jego życiu.
6. Definicje poszczególnych poważnych zachorowań znajdują się w wykazie poważnych zachorowań, który jest załącznikiem do tych OWUD.
7. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje:
- 1) chorób, które znajdują się w wykazie poważnych zachorowań, jeśli prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą początku ochrony ubez-

pieczeniowej z tytułu OWUD, chyba że diagnostyka wykluczyła rozpoznanie choroby;

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

Świadczenia ubezpieczeniowe – na jakich zasadach je realizujemy

Świadczenie w związku z poważnym zachorowaniem

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

Konsultacje lekarzy specjalistów

16. Jeśli przyznamy ubezpieczonemu świadczenie z tytułu poważnego zachorowania współmałżonka, współmałżonek otrzyma dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów, o ile ubezpieczenie obejmuje to świadczenie.
17. Współmałżonkowi przysługuje maksymalnie 30 konsultacji lekarzy specjalistów.
18. Współmałżonek może skorzystać z konsultacji lekarzy specjalistów w ciągu 12 miesięcy, które liczymy od następnego dnia roboczego po dniu, w którym wypłaciliśmy ubezpieczonemu świadczenie z tytułu poważnego zachorowania współmałżonka.
19. Konsultacje lekarzy specjalistów realizują placówki medyczne, które należą do sieci naszego partnera medycznego. Ich wykaz znajduje się na www.unia.pl. Informację o placówkach można też uzyskać przez infolinię medyczną.
20. Czas oczekiwania na konsultację lekarzy specjalistów, o ile współmałżonek nie wskaże późniejszego terminu, wynosi:
 - 1) 3 dni robocze od dnia zgłoszenia – w przypadku dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej;
 - 2) 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia – w przypadku pozostałych specjalizacji.
21. Terminy, które podajemy w pkt 20, dotyczą konsultacji u dowolnego lekarza danej specjalizacji, a nie konsultacji u konkretnego lekarza.
22. Nie wymagamy skierowania lekarskiego na konsultacje lekarzy specjalistów.
23. Współmałżonek może uzgodnić miejsce i termin realizacji świadczenia wyłącznie przez infolinię medyczną.
24. Abyśmy mogli zrealizować świadczenie, współmałżonek powinien:
 - 1) zgłosić się do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;

- 3) stosować się do poleceń i wskazówek, które otrzyma od pracowników placówki medycznej.
25. Jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej współmałżonek uzyska naszą zgodę, może skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej poza siecią naszego partnera medycznego.
26. Jeśli za naszą zgodą współmałżonek skorzystał z placówki medycznej poza siecią partnera medycznego, zwrócimy mu poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego. Zwrot zrealizujemy w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów. Wysokość limitu refundacyjnego wskazujemy w polisie.
27. Aby uzyskać zwrot kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, współmałżonek powinien złożyć u partnera medycznego wniosek o refundację kosztów. Wniosek udostępniamy na www.uniq.pl. Do wniosku powinien dołączyć wskazane w nim dokumenty oraz fakturę imienną lub rachunek za realizację danej konsultacji.

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

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

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

30. Po przyznaniu świadczenia za dane poważne zachorowanie wygasa nasza odpowiedzialność w zakresie tego poważnego zachorowania.

Przykład

Jeśli wypłaciliśmy już świadczenie z tytułu zawału serca współmałżonka, a następnie zostanie zgłoszone roszczenie z tytułu udaru mózgu współmałżonka, to wypłacimy świadczenie z tytułu udaru mózgu, o ile dokumentacja medyczna potwierdzi zasadność takiego zgłoszenia. Zawał serca i udar mózgu kwalifikujemy do różnych grup, dlatego ubezpieczony otrzyma dwa świadczenia. Jeśli jednak zostanie zgłoszone roszczenie z tytułu zawału serca współmałżonka i wypłacimy to świadczenie, a następnie zostanie zgłoszone roszczenie z tytułu angioplastyki wieńcowej, to nie wypłacimy drugiego świadczenia, ponieważ oba poważne zachorowania należą do tej samej grupy, a za pierwsze zgłoszenie wypłaciliśmy już 100% sumy ubezpieczenia. Gdyby pierwsze zgłoszenie dotyczyło angioplastyki wieńcowej, a kolejne zawału serca, to za zawał serca wypłacilibyśmy kwotę pozostałą po wypłacie pierwszego świadczenia, czyli 80%.

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

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 4–5

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

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

Ważne informacje

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

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

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

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 4

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

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

Ważne informacje

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

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

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–3, 5 pkt 1–117 Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 4

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

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

Ważne informacje

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia i na jakich zasadach

3. Jeśli dziecko dozna uszczerbku lub uszkodzenia ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD za każdy 1% uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka.

4. Suma świadczeń dla każdego dziecka z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała powstałych w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD. Suma świadczeń dla każdego dziecka w danym roku polisy nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.
5. Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka ustalamy na podstawie dokumentacji medycznej oraz tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka, która jest załącznikiem do tych OWUD.
6. Mamy prawo skierować dziecko na badania medyczne na nasz koszt i do lekarza, którego wskażemy, aby ustalić prawo do świadczenia lub jego wysokość.

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–4, 6–8, 14–15, 17–18, 23, 25
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 9–11, 16, 28–30

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

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

Ważne informacje

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenia ubezpieczeniowe – na jakich zasadach realizujemy świadczenia

Świadczenie w związku z pobytem dziecka w szpitalu

6. Wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu.

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

Świadczenia ambulatoryjne

14. Dziecko uzyskuje dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, jeśli jego pobyt w szpitalu, za który należy się świadczenie, trwał co najmniej 10 dni.

15. Świadczenia ambulatoryjne przyznajemy do każdego pobytu dziecka w szpitalu, który trwał co najmniej 10 dni, do wyczerpania sumy ubezpieczenia, którą wskazujemy w polisie.
 16. Jeżeli pobyt dziecka w szpitalu będą spowodowane tą samą przyczyną, to przyznajemy tylko jeden dostęp do świadczeń ambulatoryjnych w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.
 17. Zakres świadczeń ambulatoryjnych obejmuje:
 - 1) konsultacje lekarzy tych specjalizacji:
 - a) ortopeda,
 - b) chirurg ogólny,
 - c) okulista,
 - d) neurolog,
 - e) diabetolog,
 - f) internista,
 - g) kardiolog;
 - 2) badania laboratoryjne:
 - a) badania hematologiczne,
 - b) koagulologia,
 - c) glukoza,
 - d) lipidogram,
 - e) sód, potas,
 - f) mocznik,
 - g) kreatynina,
 - h) badania wątroby (transaminazy, bilirubina),
 - i) białko,
 - j) badanie ogólne moczu;
 - 3) zabiegi ambulatoryjne:
 - a) chirurgiczne i ortopedyczne (złucie gipsu, szwów),
 - b) iniekcje domięśniowe,
 - c) iniekcje dożylnie;
 - 4) badania obrazowe:
 - a) RTG,
 - b) rezonans magnetyczny oraz tomografia,
 - c) USG, w tym ECHO serca,
 - d) EKG,
 - e) spirometria.
 18. Dziecko może skorzystać ze świadczeń ambulatoryjnych po decyzji o przyznaniu ubezpieczonemu świadczenia za pobyt dziecka w szpitalu, który trwa co najmniej 10 dni. Świadczenia ambulatoryjne przysługują przez 12 miesięcy od następnego dnia roboczego po dniu, w którym wypłaciliśmy świadczenie z tytułu pobytu dziecka w szpitalu.
 19. Świadczenia ambulatoryjne realizują placówki medyczne, które należą do sieci naszego partnera medycznego. Ich wykaz znajduje się na www.unia.pl. Informację o placówkach ubezpieczony może również uzyskać na infolinii medycznej.
 20. Czas oczekiwania na konsultację lekarzy specjalistów, o ile uprawniony nie wskaże późniejszego terminu, wynosi:
 - 1) 3 dni robocze od dnia zgłoszenia – w przypadku okulistyki oraz chirurgii ogólnej;
 - 2) 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia – w przypadku pozostałych specjalizacji.
 21. Terminy, które podajemy w pkt 20, dotyczą konsultacji u dowolnego lekarza danej specjalizacji, a nie konsultacji u konkretnego lekarza.
 22. Nie wymagamy skierowania lekarskiego na konsultację lekarzy specjalistów.
 23. Miejsce i termin realizacji świadczenia uprawniony może uzgodnić wyłącznie przez infolinię medyczną.
 24. Abyśmy mogli zrealizować świadczenia, uprawniony powinien:
 - 1) zgłosić się wraz z dzieckiem do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) stosować się do poleceń i wskazówek, które otrzyma od pracowników placówki medycznej.
 25. Jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej uprawniony uzyska naszą zgodę, dziecko może skorzystać z dowolnie wybranej przez uprawnionego placówki medycznej poza siecią naszego partnera medycznego.
 26. Jeśli za naszą zgodą dziecko skorzysta z placówki medycznej poza siecią naszego partnera medycznego, zwrócimy uprawnionemu poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia. Zwrot zrealizujemy w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów.
 27. Aby uzyskać zwrot kosztów świadczeń ambulatoryjnych, ubezpieczony powinien złożyć u naszego partnera medycznego wniosek o refundację kosztów. Wniosek znajduje się na www.unia.pl. Do wniosku ubezpieczony powinien dołączyć wskazane w nim dokumenty oraz fakturę imienną lub rachunek za wykonanie danego świadczenia.
- Karencja**
– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość
28. Nie wypłacimy świadczenia w przypadku pobytu dziecka w szpitalu w celu leczenia choroby w okresie pierwszych 3 miesięcy, które liczymy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej lub od daty rozszerzenia zakresu ochrony o tę umowę dodatkową.
 29. Z zastrzeżeniem pkt 28, ograniczymy wysokość świadczenia w przypadku pobytu dziecka w szpitalu w celu leczenia choroby w okresie pierwszych 3 miesięcy, które liczymy od daty obowiązywania nowego wariantu, jeśli w wyniku zmiany wariantu podwyższona została kwota świadczenia. W takim przypadku świadczenie ograniczymy do kwoty świadczenia należnego w ramach poprzedniego wariantu.
- Wyłączenia odpowiedzialności**
– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa
30. Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli dziecko jest w szpitalu, ponieważ:
 - 1) leczy się lub poddaje zabiegowi w związku z porodem fizjologicznym, chyba że dotyczy to leczenia choroby, która jest skutkiem powikłań poporodowych;
 - 2) poddaje się operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległo dziecko ubezpieczonego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, lub usunięcia skutków choroby nowotworowej zdiagnozowanej w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, lub leczenia wad wrodzonych;
 - 3) wykonuje badania lekarskie, badania biochemiczne, badania rentgenowskie oraz inne badania, jeśli ich przyczyną nie jest choroba ani obrażenia ciała;
 - 4) wykonuje zabiegi rehabilitacyjne;
 - 5) leczy choroby umysłowe i zaburzenia psychiczne;
 - 6) leczy wady wrodzone;
 - 7) udzielane mu są ambulatoryjne świadczenia zdrowotne w formie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.
- Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 76–79 oraz 85 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–4, 6, 8, 10–12, 17, 19, 28
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 5, 22–27

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

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

Ważne informacje

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie dziecka.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest rozpoznanie u dziecka po raz pierwszy poważnego zachorowania, o którym mowa w pkt 28.
3. W rozumieniu OWUD rozpoznanie poważnego zachorowania oznacza, że w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej u dziecka:
 - 1) zdiagnozowano chorobę po raz pierwszy w jego życiu;
 - 2) wykonano zabieg, który został przeprowadzony po raz pierwszy w jego życiu.
4. Definicje poszczególnych poważnych zachorowań podajemy w pkt 28.
5. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje:
 - 1) chorób, które wymieniamy w pkt 28, jeśli prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tych OWUD, chyba że diagnostyka wykluczyła rozpoznanie choroby;
 - 2) zabiegów, które wymieniamy w pkt 28, jeśli wynikają z chorób, które zdiagnozowano, rozpoznano lub gdy prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tych OWUD, chyba że diagnostyka wykluczyła rozpoznanie choroby.

6. W zależności od wariantu zakres ubezpieczenia może także obejmować organizację i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji z lekarzami specjalistami w związku z poważnym zachorowaniem.
7. Zakres ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.

Świadczenia ubezpieczeniowe – na jakich zasadach realizujemy świadczenia

Świadczenie w związku z poważnym zachorowaniem

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

Konsultacje lekarzy specjalistów

10. Jeśli przyznamy ubezpieczonemu świadczenie z tytułu poważnego zachorowania jego dziecka, otrzyma ono dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
11. Dziecku ubezpieczonego przysługuje maksymalnie 30 konsultacji lekarzy specjalistów.
12. Dziecko ubezpieczonego może skorzystać z konsultacji lekarzy specjalistów w ciągu 12 miesięcy, które liczymy od następnego dnia roboczego po dniu, w którym wypłaciliśmy świadczenie z tytułu poważnego zachorowania dziecka.
13. Konsultacje lekarzy specjalistów realizują placówki medyczne, które należą do sieci naszego partnera medycznego. Ich wykaz znajduje się na www.uniqa.pl. Informację o placówkach ubezpieczony może też uzyskać przez infolinię medyczną.
14. Czas oczekiwania na konsultacje lekarzy specjalistów, o ile uprawniony nie wskaże późniejszego terminu, wynosi:
 - 1) 3 dni robocze od dnia zgłoszenia – w przypadku dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej;

- 2) 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia – w przypadku pozostałych specjalizacji.
15. Terminy, które podajemy w pkt 14 dotyczą konsultacji u dowolnego lekarza danej specjalizacji, a nie konsultacji u konkretnego lekarza.
16. Nie wymagamy skierowania lekarskiego na konsultacje lekarzy specjalistów.
17. Miejsce i termin realizacji świadczenia uprawniony może uzgodnić wyłącznie przez infolinię medyczną.
18. Abyśmy mogli zrealizować świadczenie, uprawniony powinien:
 - 1) zgłosić się wraz z dzieckiem do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) stosować się do poleceń i wskazówek, które otrzyma od pracowników placówki medycznej.
19. Jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej uprawniony uzyska naszą zgodę, dziecko może skorzystać z dowolnie wybranej przez uprawnionego placówki medycznej poza siecią naszego partnera medycznego.
20. Jeśli za naszą zgodą dziecko skorzystało z placówki medycznej poza siecią naszego partnera medycznego, zwrócimy koszty konsultacji lekarzy specjalistów, które zostały poniesione do wysokości limitu refundacyjnego. Zwrot zrealizujemy w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów. Wysokość limitu refundacyjnego wskazujemy w polisie.
21. Aby uzyskać zwrot kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, ubezpieczony powinien złożyć u partnera medycznego wniosek o refundację kosztów. Wniosek znajduje się na www.unia.pl. Do wniosku ubezpieczony powinien dołączyć wskazane w nim dokumenty oraz fakturę imienną lub rachunek za wykonanie danej konsultacji.

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

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

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

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

słuchu, utrata wzroku były skutkiem innego poważnego zachorowania, za które wypłaciliśmy świadczenie;

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

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

28. Poważne zachorowanie to jedna z niżej wymienionych chorób lub jeden z niżej wymienionych zabiegów dziecka:
 - 1) **ciężkie oparzenia** – głębokie termicznie lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych, które obejmuje:
 - a) nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
 - b) nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
 - c) nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia;
 przy ocenie powierzchni oparzenia stosujemy „regulę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera, w zależności od metody zastosowanej przez lekarza i wskazanej w dokumentacji medycznej; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;
 - 2) **cukrzyca** – choroba metaboliczna o wieloczynnikowej etiologii, charakteryzująca się przewlekłą hiperglikemią, która rozwija się w wyniku defektu wydzielania lub działania insuliny, lub obu tych zaburzeń, wymagająca leczenia insuliną co najmniej przez 3 miesiące;
 - 3) **dystrofia mięśniowa** – dystrofia mięśniowa typu Duchenne’a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii); rozpoznanie wymaga potwierdzenia dokumentacją medyczną dotyczącą rozpoznania choroby;
 - 4) **guzy śródczaszkowe** – niezłośliwe guzy śródczaszkowe, które są przyczyną stałych ubytków neurologicznych; wykluczeniu podlegają torbiele, ziarniaki, malformacje śródczaszkowe, guzy przysadki;
 - 5) **inwazyjna choroba pneumokokowa (iChP)** – pierwotne zakażenie o dużym nasileniu objawów chorobowych wywołane przez pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae*); występuje u dzieci, przebiega pod postacią chorób o charakterze miejscowym lub uogólnionym; ochroną ubezpieczeniową obejmujemy przypadki ciężkich zakażeń inwazyjnych, w tym: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, kości i szpiku, stawów, wsierdza, osierdza, otrzewnej, ucha środkowego, sepsa pneumokokowa i inne, które pozostawiają trwałe następstwa pod postacią np. utraty słuchu, zaburzeń procesu uczenia się, opóźnień w nauce mowy, porażań lub innych ubytków neurologicznych; nie obejmujemy ubezpieczeniem zakażeń pneumokokowych o przebiegu lekkim, niepowikłanych lub niepozostawiających trwałych następstw ani porażonych wtórnych zakażeń pneumokokowych; rozpoznanie iChP oraz jej trwałych następstw powinno być potwierdzone wynikami badań, w tym bakteriologicznych, i zawarte w dokumentacji medycznej, którą wydaje ośrodek służby zdrowia prowadzący leczenie;
 - 6) **łagodny guz rdzenia** – niezłośliwy histologicznie guz śródrdzeniowy lub wewnątrzoponowy, rdzenia kręgowego lub rdzenia przedłużonego, który wymaga usunięcia operacyjnego, a w przypadku jego zaniechania powoduje trwały ubytek neurologiczny; rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii; nie obejmujemy ubezpieczeniem: nowotworów złośliwych, torbieli, ziarniaków, ropni, krwaków, malformacji naczyń, guzów zewnątrzoponowych, guzów kości, gruźlicy, urazów kręgosłupa, zmian zwyrodnieniowych ani dyskopatii;

- 7) **niewydolność nerek** – krańcowe stadium przewlekłej niewydolności nerek, które charakteryzuje się wskaźnikiem filtracji kłębuszkowej mniejszym niż 10 ml/min oraz ze wskazań życiowych wymaga przewlekłego leczenia dializami lub przeszczepu nerek;
- 8) **niewydolność wątroby** – krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem; rozpoznanie wymaga potwierdzenia w dokumentacji medycznej; za stan przewlekły uważa się co najmniej 6-miesięczny okres trwania choroby, która jest przyczyną krańcowej niewydolności wątroby;
- 9) **nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami** – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych niszczący zdrowe tkanki; choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego; za datę rozpoznania choroby przyjmujemy ostateczny wynik badania histopatologicznego, który potwierdza nowotworowe tło choroby; nie obejmujemy ubezpieczeniem nowotworów in situ, nowotworów współistniejących z infekcją HIV, nowotworów skóry (w tym czerniaka złośliwego do 1-B stopnia zaawansowania w klasyfikacji TNM), ziarnicy złośliwej ani chłoniaków w 1. stopniu zaawansowania;
- 10) **operacja zastawki serca** – operacja na otwartym sercu, która przeprowadzana jest w okresie ochrony i ma na celu każdy rodzaj plastyki zastawek jako konsekwencję wad zastawkowych serca; nie obejmujemy ubezpieczeniem zabiegów wykonywanych wewnątrznaczyniowo;
- 11) **paraliż** – całkowita, nieodwracalna i nieuleczalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach z powodu urazu lub choroby rdzenia kręgowego lub mózgu; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii oraz przez lekarza powołanego przez nas; zakres ubezpieczenia nie obejmuje niedowładu kończyn;
- 12) **polio** – infekcja wywołana wirusem polio, prowadząca do paraliżu mięśni kończyn lub mięśni oddechowych, który utrzymuje się nieprzerwanie przez okres minimum 3 miesięcy; rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa; nie obejmujemy ubezpieczeniem innych chorób, które prowadzą do paraliżu, takich jak zespół Guillaina-Barrégo;
- 13) **przeszczep narządu** – przeszczepienie dziecku jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie dziecka na listę biorców, którzy oczekują na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- a) serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
 - b) szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy;
- przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu; ubezpieczeniem nie obejmujemy przeszczepów, które wykorzystują komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- 14) **przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B lub C, trwa ponad 12 miesięcy i potwierdzone jest obecnością:
- a) przeciwciał anti-HCV (IgG+) lub dodatnim wynikiem HCV RNA PCR w przypadku przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C,
 - b) antygeny Hbs w surowicy krwi lub innych dodatnich odczynów serologicznych ze swoistymi antygenami wirusa w przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu B oraz stwierdzonymi w badaniu biopsji wątroby cechami zapalenia wątroby, włóknienia lub marskości wątroby;
- 15) **sepsa (sepsis)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej, powstały w wyniku krwipochodnego rozsiewu zakażenia bakteryjnego, wirusowego lub grzybiczego, podczas którego we krwi krążą najczęście bakterie, ich toksyny lub toksyczne metabolity komórek gospodarza; objawia się niewydolnością lub poważną dysfunkcją narządów lub układów narządów; za sepsę uznajemy też rozwijający się w jej przebiegu wstrząs septyczny; nie obejmujemy ubezpieczeniem bakteriemii, wirerii i fungemii ani przypadków sepsy wtórnej, rozwijającej się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych lub urazach; rozpoznanie powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie;
- 16) **śpiączka** – stan utraty przytomności, który trwa co najmniej 96 godzin i pozostawia trwałe ubytki neurologiczne, charakteryzujący się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (oceniany w skali śpiączki Glasgow na mniej niż 9 punktów) i koniecznością użycia sprzętu wspomagającego utrzymanie czynności życiowych (np. respiratora); rozpoznanie wymaga potwierdzenia dokumentacją medyczną, która zawiera między innymi końcową ocenę stanu neurologicznego;
- 17) **tężec** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez łaseczkę tężca (*Clostridium tetani*), wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych w postaci dożylniej antybiotyko-terapii oraz surowicy przeciw-tężcowej, stwierdzona przez lekarza specjalistę na podstawie wystąpienia jednego z następujących objawów:
- a) bolesnych skurczów mięśniowych mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękocisk lub uśmiech sardoniczny),
 - b) bolesnych skurczów mięśni tułowia,
 - c) uogólnionych skurczów
- oraz jednego z wymienionych objawów klinicznych: nadpobudliwość, drażliwość, niepokój, gorączka, potliwość, tachykardia, arytmia, labilne ciśnienie tętnicze;
- rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację łaseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi;
- 18) **utrata kończyn** – całkowita, nieodwracalna, fizyczna utrata dwóch lub więcej kończyn wskutek choroby lub wypadku; obejmujemy ubezpieczeniem utratę kończyn co najmniej na wysokości nadgarstków lub stawów skokowo-goleniowych;
- 19) **utrata mowy** – całkowita, nieodwracalna, nieuleczalna utrata zdolności mowy, powstała wskutek choroby lub urazu, która trwa nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie i rokowanie powinno być potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa lub neurologa; nie obejmujemy ubezpieczeniem utraty mowy spowodowanej zaburzeniami psychicznymi;
- 20) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w następstwie choroby trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii na podstawie badań obiektywnych słuchu; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu, które mogą być skorygowane przez zastosowanie procedur terapeutycznych;
- 21) **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obojgu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym;
- 22) **zapalenie mózgu** – potwierdzone w trakcie pobytu w szpitalu rozpoznanie ostrego zapalenia tkanki mózgowej (półkul mózgowych, pnia mózgu lub mózdzku), które skutkuje trwałym deficytem neurologicznym utrzymującym się co najmniej przez 6 miesięcy; nie obejmujemy ubezpieczeniem zapalenia mózgu w przebiegu infekcji HIV;
- 23) **zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – pierwotne ropne, włóknikowe, ziarniniakowe lub limfocytowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych; obejmujemy ubezpieczeniem również przypadki poronnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych; rozpoznanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych musi być udokumentowane wynikami badań i zawarte w dokumentacji medycznej ośrodka medycznego prowadzącego leczenie, z określeniem właściwego numeru statystycznego klasyfikacji ICD-10.

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–3, 5–8, 13, 15
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 18–19

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

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

Ważne informacje

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

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

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

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

6. Jeśli ubezpieczonemu urodzi się dziecko lub przysposobi on dziecko, które wymaga leczenia, i przyznamy mu świadczenie z tytułu tych

OWUD, dziecko otrzyma dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów, o ile ubezpieczenie obejmuje to świadczenie.

7. Dziecku przysługuje maksymalnie 12 konsultacji lekarzy specjalistów.
8. Z konsultacji lekarzy specjalistów dziecko może skorzystać w ciągu 12 miesięcy, które liczymy od następnego dnia roboczego po dniu, w którym przyznaliśmy świadczenie z tytułu urodzenia się lub przysposobienia dziecka wymagającego leczenia.
9. Konsultacje lekarzy specjalistów realizują placówki medyczne, które należą do sieci naszego partnera medycznego. Ich wykaz znajduje się na www.uniqa.pl. Informację o placówkach ubezpieczony może też uzyskać przez infolinię medyczną.
10. Czas oczekiwania na konsultację lekarzy specjalistów, o ile uprawniony nie wskaże późniejszego terminu, wynosi:
 - 1) 3 dni robocze od dnia zgłoszenia – w przypadku dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej;
 - 2) 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia – w przypadku pozostałych specjalizacji.
11. Terminy, które podajemy w pkt 10, dotyczą konsultacji u dowolnego lekarza danej specjalizacji, a nie konsultacji u konkretnego lekarza.
12. Nie wymagamy skierowania lekarskiego na konsultację lekarzy specjalistów.
13. Miejsce i termin realizacji świadczenia uprawniony może uzgodnić wyłącznie przez infolinię medyczną.
14. Abyśmy mogli zrealizować świadczenie, uprawniony powinien:
 - 1) zgłosić się wraz z dzieckiem do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) stosować się do poleceń i wskazówek, które otrzyma od pracowników placówki medycznej.

15. Jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej uprawniony uzyska naszą zgodę, może skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej poza siecią naszego partnera medycznego.
16. Jeśli za naszą zgodą dziecko skorzystało z placówki medycznej poza siecią naszego partnera medycznego, zwrócimy uprawnionemu poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego. Zwrot zrealizujemy w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów. Wysokość limitu refundacyjnego podajemy w polisie.
17. Aby uzyskać zwrot kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, ubezpieczony powinien złożyć u partnera medycznego wniosek o refundację kosztów. Wniosek udostępniamy na www.uniq.pl. Do wniosku należy dołączyć wskazane w nim dokumenty oraz fakturę imienną lub rachunek za wykonanie danej konsultacji.

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–3, 5–9, 14, 16
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 19–20

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

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

Ważne informacje

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

5. Jeśli ubezpieczonemu urodzi się dziecko lub przysposobi on dziecko, które wymaga leczenia, wypłacimy mu świadczenie w wysokości:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD, gdy:
 - a) dziecko przy urodzeniu otrzymało 5–8 punktów w skali Apgar,
 - b) dziecko urodziło się z wadą wrodzoną,
 - c) dziecko urodziło się jako wcześniak;

- 2) 150% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD, gdy dziecko przy urodzeniu otrzymało 1–4 punktów w skali Apgar.

6. Jeśli dziecko ubezpieczonego, które wymaga leczenia, urodziło się z wadą wrodzoną lub ubezpieczony przysposobił dziecko z wadą wrodzoną, wypłacimy świadczenie, o ile wada wrodzona została potwierdzona wynikami badań biochemicznych lub obrazowych.

Świadczenie ubezpieczeniowe

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

7. Jeśli ubezpieczonemu urodzi się dziecko lub przysposobi on dziecko, które wymaga leczenia, i przyznamy mu świadczenie z tytułu tych OWUD, dziecko otrzyma dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów, o ile ubezpieczenie obejmuje to świadczenie.
8. Dziecku przysługuje maksymalnie 12 konsultacji lekarzy specjalistów.
9. Z konsultacji lekarzy specjalistów dziecko może skorzystać w ciągu 12 miesięcy, które liczymy od następnego dnia roboczego po dniu, w którym wypłaciliśmy świadczenie z tytułu urodzenia się lub przysposobienia dziecka wymagającego leczenia.
10. Konsultacje lekarzy specjalistów realizują placówki medyczne, które należą do sieci naszego partnera medycznego. Ich wykaz znajduje się na www.uniq.pl. Informację o placówkach ubezpieczony może też uzyskać przez infolinię medyczną.
11. Czas oczekiwania na konsultację lekarzy specjalistów, o ile uprawniony nie wskaże późniejszego terminu, wynosi:
 - 1) 3 dni robocze od dnia zgłoszenia – w przypadku dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej;
 - 2) 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia – w przypadku pozostałych specjalizacji.
12. Terminy, które podajemy w pkt 11, dotyczą konsultacji u dowolnego lekarza danej specjalizacji, a nie konsultacji u konkretnego lekarza.

13. Nie wymagamy skierowania lekarskiego na konsultację lekarzy specjalistów.
14. Miejsce i termin realizacji świadczenia uprawniony może uzgodnić wyłącznie przez infolinię medyczną.
15. Abyśmy mogli zrealizować świadczenie, uprawniony powinien:
 - 1) zgłosić się wraz z dzieckiem do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) stosować się do poleceń i wskazówek, które otrzyma od pracowników placówki medycznej.
16. Jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej uprawniony uzyska naszą zgodę, dziecko może skorzystać z dowolnie wybranej przez uprawnionego placówki medycznej poza siecią naszego partnera medycznego.
17. Jeśli za naszą zgodą dziecko skorzystało z placówki medycznej poza siecią naszego partnera medycznego, zwrócimy uprawnionemu poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego. Zwrot zrealizujemy w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów. Wysokość limitu refundacyjnego podajemy w polisie.
18. Aby uzyskać zwrot kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, ubezpieczony powinien złożyć u partnera medycznego wniosek o refun-

dację kosztów. Wniosek udostępniamy na www.uniq.pl. Do wniosku powinien dołączyć wskazane w nim dokumenty oraz fakturę imienną lub rachunek za wykonanie danej konsultacji.

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–3, 6
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 4–5

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

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

Ważne informacje

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

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

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

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

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

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

6. W OWUD używamy pojęcia, które ma następujące znaczenie:
urodzenie się martwego noworodka – urodzenie się martwego noworodka, które nastąpiło po upływie 22. tygodnia ciąży, potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 4–5

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

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

Ważne informacje

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

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

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

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 4

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

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

Ważne informacje

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

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

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 4–5

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

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

Ważne informacje

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

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

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

Karencja

– kiedy nie wypłacimy świadczenia lub ograniczymy jego wysokość

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 4

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

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

Ważne informacje

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

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

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–5, 8–11, 14, 21
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 7, 15–20

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

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

Ważne informacje

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe – kiedy i na jakich zasadach można otrzymać świadczenie

3. Zorganizujemy lub zorganizujemy i pokryjemy koszty usług, które opisujemy poniżej, jeśli w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej ma miejsce zdarzenie ubezpieczeniowe, które wymieniamy w pkt 2.

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

Tabela świadczeń

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

Lp.	Świadczenie dostępne w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego	Warunki uzyskania świadczenia	Opis świadczenia	Limit	Kto może skorzystać ze świadczenia
9)	Wypożyczenie albo zakup sprzętu rehabilitacyjnego	Zalecenie lekarza specjalisty	Organizujemy i pokrywamy koszty: a) wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, b) zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, c) transportu drobnego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania. Dodatkowo na życzenie podamy informację o placówkach handlowych lub wypożyczalniach oferujących sprzęt rehabilitacyjny. Nie obejmujemy ochroną przebiegu i skutków terapii prowadzonej w ramach rehabilitacji. Centrum Operacyjne nie ponosi odpowiedzialności za brak sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach	Do limitu 6000 zł	Ubezpieczony, współmałżonek, dziecko
10)	Opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi	- Hospitalizacja osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w wyniku zdarzenia ubezpieczeniowego, jeśli przewidywany jest dłuższy niż 3-dniowy okres hospitalizacji; Centrum Operacyjne świadczy usługę po uzyskaniu przez lekarza Centrum Operacyjnego informacji ze szpitala o przewidywanym czasie hospitalizacji - Podanie Centrum Operacyjnemu przez osobę uprawnioną danych osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi: imię i nazwisko, dane teleadresowe - Musi być możliwość skontaktowania się z tą osobą - Zgoda osoby uprawnionej - W miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić	Organizujemy i pokrywamy koszty: a) przewozu dzieci w towarzystwie osoby wyznaczonej przez osobę uprawnioną do miejsca zamieszkania na terenie Polski (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy), albo b) przejazdu osoby wyznaczonej przez osobę uprawnioną do opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania (na terenie Polski) do miejsca zamieszkania osoby uprawnionej i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy). Jeśli Centrum Operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia przez osobę uprawnioną pod wskazanym przez nią adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania usług, zorganizujemy i pokryjemy koszty opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania. Warunkiem jest udostępnienie mieszkania. Zapewniamy opiekę maksymalnie do 3 dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Centrum Operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną	Do limitu 6000 zł Do 3 dni opieki w miejscu zamieszkania osoby uprawnionej, jeśli nie ma możliwości sprawowania opieki przez osobę wyznaczoną	Ubezpieczony, współmałżonek, dziecko
11)	Korepetycje	Dziecko nie może uczestniczyć w zajęciach dydaktycznych w placówce oświatowo-wychowawczej w związku z koniecznością hospitalizacji przez okres dłuższy niż 14 dni lub koniecznością przebywania w miejscu zamieszkania na zwolnieniu lekarskim powyżej 14 dni	Organizujemy i pokrywamy koszty dojazdu korepetytora do miejsca hospitalizacji dziecka lub miejsca zamieszkania oraz koszty korepetycji w zakresie bieżącego programu nauczania w placówce oświatowo-wychowawczej, omawianego w czasie nieobecności dziecka. Wyłączamy z tego całą grupę przedmiotów nauczania, związaną z kształceniem specjalistycznym lub zawodowym. Dla uczniów szkół podstawowych i szkół ponadpodstawowych zakres świadczenia obejmuje korepetycje z przedmiotów wybranych przez uprawnionego spośród: języka polskiego, matematyki, fizyki, chemii, biologii, języków obcych (angielskiego, niemieckiego, francuskiego, hiszpańskiego)	Do limitu 6000 zł	Dziecko
12)	Opieka domowa po hospitalizacji	- Hospitalizacja przez okres dłuższy niż 7 dni - Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, że chory powinien leżeć po okresie hospitalizacji - W miejscu zamieszkania nie ma osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić	Organizujemy i pokrywamy koszty dojazdu i honorarium osoby wyznaczonej do pełnienia opieki domowej w miejscu zamieszkania i mającej następujące zadania: a) kupowanie artykułów spożywczych pierwszej potrzeby, b) robienie niezbędnych porządków, c) dostarczanie lub przygotowywanie posiłków, d) opiekowanie się zwierzętami domowymi, e) podlewanie kwiatów; w ramach ubezpieczenia nie pokrywamy kosztów zakupu potrzebnych produktów	Do limitu 6000 zł do 5 dni, maksymalnie po 4 godziny dziennie	Ubezpieczony, współmałżonek, dziecko

Lp.	Świadczenie dostępne w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego		Warunki uzyskania świadczenia	Opis świadczenia	Limit	Kto może skorzystać ze świadczenia
13)	Wizyta położnej w przypadku urodzenia się dziecka		Urodzenie się dziecka ubezpieczonego	Organizujemy i pokrywamy koszty dojazdu do miejsca zamieszkania i honorarium położnej	Do limitu 6000 zł W ramach ubezpieczenia przysługuje jedna wizyta położnej	Ubezpieczony, współmałżonek
14)	Pomoc psychologa		Pogorszenie się stanu zdrowia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w związku z zajściem następujących sytuacji losowych: a) śmierć ubezpieczonego, b) śmierć dziecka, c) urodzenie się martwego dziecka, d) śmierć współmałżonka, e) poronienie, f) choroba ubezpieczonego, g) choroba współmałżonka, h) choroba dziecka	Organizujemy i pokrywamy koszty wizyt u psychologa. Na prośbę osoby uprawnionej konsultacje mogą mieć formę telekonsultacji. Nie odpowiadamy za przebieg i skutki terapii. Na prośbę osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia zapewniamy również usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego	Do limitu 6000 zł	Ubezpieczony, współmałżonek, dziecko
15)	Pobyt opiekuna prawnego w razie hospitalizacji dziecka		Hospitalizacja dziecka	Organizujemy i pokrywamy koszty pobytu jednego opiekuna prawnego dziecka w hotelu najbliższym miejsca hospitalizacji dziecka, jeśli nie ma możliwości pobytu opiekuna prawnego w szpitalu razem z dzieckiem, pod warunkiem że szpital znajduje się w odległości powyżej 50 km od miejsca zamieszkania	Do limitu 6000 zł	Ubezpieczony, współmałżonek, dziecko
16)	Koszty przyjazdu członka rodziny osoby uprawnionej podczas hospitalizacji		Hospitalizacja przez okres dłuższy niż 3 dni w szpitalu, który znajduje się poza miejscowością wskazaną w adresie miejsca zamieszkania	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu osoby wskazanej przez osobę uprawnioną z miejsca jej pobytu na terenie Polski do placówki medycznej, w której osoba uprawniona jest hospitalizowana, oraz koszty podróży powrotnej tej osoby do miejsca jej zamieszkania na terenie Polski po zakończonej hospitalizacji; transport odbywa się: a) taksówką (nie dalej jednak niż na odległość 100 km), b) pociągiem I klasy lub autobusem, c) samolotem w klasie ekonomicznej, jeżeli czas podróży pociągiem lub autobusem przekracza 8 godzin; dodatkowo w odniesieniu do lit. b) i c) świadczenie obejmuje również transport taksówką na dworzec lub lotnisko i z powrotem	Do limitu 6000 zł	Ubezpieczony, współmałżonek, dziecko
17)	Udzielenie pomocy medycznej rodzicowi ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka	Opieka po hospitalizacji	- Hospitalizacja przez okres co najmniej 5 dni - Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, że chory powinien leżeć po okresie hospitalizacji	Organizujemy i pokrywamy koszty opieki pielęgniarskiej albo domowej w miejscu zamieszkania rodzica po zakończeniu hospitalizacji	500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	Rodzic ubezpieczonego oraz rodzic współmałżonka
		Transport na wizytę kontrolną	- Hospitalizacja przez okres co najmniej 5 dni - Zalecenie lekarza prowadzącego udania się na wizytę kontrolną	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu na wizytę kontrolną z miejsca zamieszkania rodzica do placówki medycznej oraz transportu powrotnego z placówki medycznej do miejsca zamieszkania rodzica	1 wizyta kontrolna w roku	
		Asysta	Brak dodatkowych warunków	Organizujemy i pokrywamy koszty honorarium osoby, która będzie towarzyszyć rodzicowi podczas transportu do placówki medycznej oraz pomoże przy załatwieniu formalności w placówce medycznej związanych z rejestracją oraz wypisem ze szpitala	200 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	
		Infolinia medyczna	stan zdrowia rodzica nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego	Udzielamy pierwszej konsultacji telefonicznej z lekarzem Centrum Operacyjnego. Informacja nie stanowi porady medycznej		
18)	Przekazanie pilnej wiadomości od ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka		Brak dodatkowych warunków	Na wniosek osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia za pośrednictwem Centrum Operacyjnego przekazemy wyznaczonej przez nią osobie każdą pilną wiadomość w związku z nagłym zdarzeniem ubezpieczeniowym, któremu uległa	Brak	Ubezpieczony, współmałżonek, dziecko

9. Świadczenia realizujemy wyłącznie na terenie Polski.
10. Zapewniamy osobom uprawnionym dostęp do infolinii medycznej i możliwość rozmowy telefonicznej z uprawnionym personelem medycznym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących warunków udziela ustnej ogólnej informacji o danym schorzeniu, typowo stosowanym leczeniu, w tym o nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terenie Polski, a także o uwarunkowaniach medycznych, które dotyczą poszczególnych schorzeń. Gwarantujemy również dostęp do informacji na temat:
 - 1) jednostek chorobowych,
 - 2) stanów wymagających nagłej pomocy,
 - 3) zachowań prozdrowotnych,
 - 4) leków, w tym objawów niepożądanych przy przyjmowaniu leków, oraz przyjmowania leków w trakcie ciąży,
 - 5) ciąży – jej objawów, etapów rozwoju płodu, badań w czasie ciąży, zagrożeń, diety w trakcie ciąży i po porodzie,
 - 6) przygotowania się do porodu,
 - 7) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
 - 8) badań prenatalnych,
 - 9) szkół rodzenia,
 - 10) karmienia noworodka,
 - 11) obowiązkowych szczepień dzieci,
 - 12) pielęgnacji niemowląt,
 - 13) transportu medycznego,
 - 14) telefonów zaufania i grup wsparcia, udzielających na terenie Polski pomocy osobom dotkniętym alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na określone schorzenia (np. cukrzycę, chorobę serca), kobietom po mastektomii, rodzicom ciężko chorujących dzieci,
 - 15) placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom osoby uprawnionej i rekomendowanych przez lekarzy Centrum Operacyjnego,
 - 16) aptek znajdujących się na terenie Polski, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
 - 17) badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
 - 18) szczepień, zagrożeń epidemicznych dla podróżnych,
 - 19) placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - 20) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - 21) sposobu przygotowywania się do zabiegów lub badań medycznych,
 - 22) domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - 23) przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby.

Informacje, o których mowa powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.
11. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń przekroczy sumę ubezpieczenia, określoną w OWUD, możemy ją zrealizować po uzyskaniu zgody ubezpieczonego na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a sumą ubezpieczenia.
12. Lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym decyduje o celowości organizacji i pokrycia kosztów wszystkich wymienionych powyżej usług medycznych.

Świadczenia ubezpieczeniowe – w jaki sposób je realizujemy

13. Aby uzyskać świadczenie, osoba uprawniona do jego otrzymania lub osoba występująca w jej imieniu powinny, przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie, niezwłocznie zgłosić telefonicznie zdarzenie do Centrum Operacyjnego, oraz:
 - 1) wyjaśnić dyżurującemu pracownikowi Centrum Operacyjnego okoliczności, w jakich osoba uprawniona się znajduje i jakiej pomocy potrzebuje, oraz umożliwić lekarzom Centrum Operacyjnego dostęp do wszystkich informacji medycznych w zakresie niezbędnym do realizacji zgłoszenia;
 - 2) podać nazwisko i imię osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, a także jej numer PESEL i w miarę możliwości numer telefonu;
 - 3) podać numer polisy;

- 4) podać dokładne miejsce zdarzenia;
- 5) stosować się do zaleceń Centrum Operacyjnego, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw;
- 6) udzielać wyjaśnień, aby umożliwić Centrum Operacyjnemu działania, które są niezbędne do ustalenia okoliczności zdarzenia, zasadności i wysokości roszczenia.
14. W wyjątkowych sytuacjach, gdy osoba uprawniona nie mogła skontaktować się z Centrum Operacyjnym na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej i sama pokryła koszty usług medycznych, zwrócimy koszty w zakresie, w jakim dotyczyły świadczeń, do których zobowiązane było Centrum Operacyjne, z zastrzeżeniem zdania ostatniego. Należy zgłosić się do Centrum Operacyjnego w ciągu 14 dni kalendarzowych od daty, kiedy ustały przyczyny uniemożliwiające skontaktowanie się z Centrum Operacyjnym i przedstawić dokumenty, które wskaże Centrum Operacyjne. Zwrócimy koszty po weryfikacji dokumentów. Mamy prawo do zwrotu kosztów, jakie ponieśliśmy w przypadku zapewnienia usług medycznych we własnym zakresie, w wysokości nie wyższej niż limity, które wskazaliśmy dla poszczególnych usług medycznych.
15. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych powyżej mamy prawo odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło nam ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia.
16. Realizujemy świadczenia maksymalnie przez 12 miesięcy. Liczymy ten okres od daty zdarzenia ubezpieczeniowego, w związku z którym dane świadczenie przysługuje.

Wyłączenia odpowiedzialności – kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

17. Spełnienie świadczeń medycznych w ramach tych OWUD może być opóźnione z powodu strajków, zamieszek, niepokojów społecznych, zamachów terrorystycznych, wojny domowej lub wojny o zasięgu międzynarodowym, promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, zdarzenia losowego dotyczącego osoby, która ma realizować świadczenie lub zadziałania siły wyższej, jeśli udokumentujemy te przyczyny.
18. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
 - 1) kosztów usług, które Centrum Operacyjne zorganizowało, jeśli wynikało to z powodu nieprawdziwych informacji;
 - 2) zdarzeń, które skutkują zagrożeniem życia i wymagają natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego;
 - 3) zdarzeń, które zagrażają życiu i zostały tak zakwalifikowane na podstawie informacji od zgłaszającego je do Centrum Operacyjnego;
 - 4) świadczeń ani usług realizowanych poza terytorium Polski;
 - 5) kosztów zakupu leków;
 - 6) kosztów wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego;
 - 7) leczenia sanatoryjnego, fizjoterapii – jeśli wykraczają poza świadczenie rehabilitacji w ramach tych OWUD oraz zabiegów ze wskazań estetycznych czy helioterapii;
 - 8) kosztów szczepień;
 - 9) leczenia dentystrycznego;
 - 10) chorób przenoszonych drogą płciową, chorób wenerycznych;
 - 11) chorób przewlekłych;
 - 12) przerwania ciąży, sztucznego zapłodnienia lub każdego innego leczenia bezpłodności ani kupowania środków antykoncepcyjnych.
19. Dodatkowo zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzeń, które powstały w następstwie:
 - 1) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w działaniach wojennych, zbrojnych, w aktach terrorizmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że udział w nich wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) pozostawiania osoby uprawnionej do świadczenia pod wpływem alkoholu w ilości, która powoduje, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia od 0,2‰ we krwi albo do obecności od 0,1 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza;
 - 3) użycia przez osobę uprawnioną do świadczenia narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumie-

niu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekar-
skim albo niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;

- 4) zaburzeń psychicznych;
 - 5) usiłowania popełnienia lub umyślnego popełnienia czynu spełnia-
jącego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 6) uprawiania (w tym także jednorazowego) wszelkich sportów lot-
niczych, wspinaczki, speleologii, skoków na linie, nurkowania
z użyciem specjalistycznego sprzętu, sportów motorowych i mo-
torowodnych oraz udziału w każdym rodzaju wyścigach, poza
lekkoatletyką i pływaniem;
 - 7) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola
elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka,
z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie
z zaleceniami lekarskimi;
 - 8) niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza
Centrum Operacyjnego.
20. Jeśli ubezpieczony lub osoba uprawniona podadzą nam nieprawdzi-
we dane o okolicznościach lub skutkach zdarzenia ubezpieczenio-
wego, które objęliśmy ochroną, lub uchylają się od wyjaśnień, odmó-
wimy zwrotu kosztów. Jeśli podano nam nieprawdziwe informacje,
możemy zażądać zwrotu poniesionych kosztów.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

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

- 1) **Centrum Operacyjne** – jednostka, którą wskażemy, która działa
w naszym imieniu i zajmuje się organizacją i świadczeniem usług
określonych w tych OWUD;
- 2) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, która
trwa zwykle miesiącami lub latami, jest leczona stale lub okreso-
wo, lub choroba, która była przyczyną hospitalizacji w okresie 12
miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej kompli-
kacje;
- 3) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione przez ubezpieczo-
nego, które nie ukończyło 25. roku życia i mieszka wspólnie z nim
w miejscu zamieszkania;
- 4) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w celu leczenia;
- 5) **lekarz Centrum Operacyjnego** – osoba uprawniona do wyko-
nywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana
przez Centrum Operacyjne i występująca w jego imieniu;

- 6) **lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad osobą
uprawnioną w placówce medycznej, w której poddała się ona le-
czeniu;
- 7) **miejsce pobytu** – miejsce na terenie Polski, w którym przeby-
wają tymczasowo ubezpieczony, jego współmałżonek lub dziec-
ko i które w ocenie Centrum Operacyjnego umożliwia realizację
świadczeń;
- 8) **miejsce zamieszkania** – miejsce na terenie Polski, które wska-
żą ubezpieczony, jego współmałżonek lub dziecko jako miejsce
przebywania z zamiarem stałego pobytu;
- 9) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczy-
ną zewnętrzną o charakterze losowym, które zaszło w okresie
naszej odpowiedzialności i w którego następstwie ubezpieczo-
ny, współmałżonek, dziecko, rodzic ubezpieczonego lub rodzic
współmałżonka niezależnie od swojej woli doznali uszkodzenia
ciała, uszczerbku na zdrowiu lub ktoś z nich zmarł; zdarzenie
musi być niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego,
współmałżonka, dziecka lub w przypadku świadczeń wymienio-
nych w poz. 17 tabeli świadczeń – rodzica ubezpieczonego lub
rodzica współmałżonka;
- 10) **poronienie** – samoistne, przedwczesne zakończenie ciąży trwa-
jącej krócej niż 22 tygodnie;
- 11) **sprzęt rehabilitacyjny** – niezbędny drobny (jego waga nie prze-
kracza 20 kg) sprzęt rehabilitacyjny, określony i zalecony przez
lekarza specjalistę prowadzącego leczenie, umożliwiający samo-
dzielne funkcjonowanie lub je ułatwiający;
- 12) **urodzenie martwego dziecka** – urodzenie martwego noworod-
ka, zarejestrowanego w urzędzie stanu cywilnego; w akcie uro-
dzenia tego dziecka osoba uprawniona wymieniona jest jako jego
rodzic;
- 13) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie wymienione poniżej,
które obejmujemy ochroną na podstawie tej umowy dodatkowej,
w postaci:
 - a) choroby,
 - b) doznania obrażeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wy-
padku,
 - c) pogorszenia się stanu zdrowia w wyniku trudnych sytuacji lo-
sowych, wymienionych w poz. 14 tabeli świadczeń,
 - d) urodzenia się ubezpieczonemu dziecku – dotyczy to wyłącz-
nie wizyty położnej.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 1–11, 13, 19, 27 Tabela procedur medycznych
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 7 Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Pakietowej Ochrony – indeks PPO/24/07/01 pkt 12, 20–25

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

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

Ważne informacje

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie:
 - 1) ubezpieczonego – w przypadku formy indywidualnej,
 - 2) ubezpieczonego, jego współmałżonka oraz dzieci – w przypadku formy rodzinnej.
2. Osoby wskazane w pkt 1 są osobami uprawnionymi do korzystania ze świadczeń wskazanych w tych OWUD zgodnie z wybraną i potwierdzoną w polisie formą ubezpieczenia.

3. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy doznanie obrażeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek zdarzył się w okresie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.

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

4. Jeśli osoba uprawniona ulegnie nieszczęśliwemu wypadkowi, zorganizujemy lub zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń zgodnie z zasadami, które opisujemy niżej.
5. O celowości realizacji usług medycznych decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.
6. Jeżeli koszt spełnienia danego świadczenia przekroczy limity zdefiniowane dla tego świadczenia, Centrum Operacyjne wykona świadczenie, o ile osoba uprawniona zgodzi się na dopłatę różnicy między ceną świadczenia a limitem.
7. Świadczenia realizujemy na terenie Polski.
8. Każdej osobie uprawnionej przysługuje prawo do skorzystania z maksymalnie 20 świadczeń w ramach jednego nieszczęśliwego wypadku:

Tabela świadczeń

Świadczenia dostępne w ramach OWUD	Dodatkowe warunki konieczne do spełnienia, aby uzyskać świadczenie	Opis	Ile razy osoba uprawniona może skorzystać ze świadczenia w ramach jednego nieszczęśliwego wypadku oraz czy i jaki jest limit
POMOC MEDYCZNA			
1) Konsultacja chirurga	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń

Świadczenia dostępne w ramach OWUD		Dodatkowe warunki konieczne do spełnienia, aby uzyskać świadczenie	Opis	Ile razy osoba uprawniona może skorzystać ze świadczenia w ramach jednego nieszczęśliwego wypadku oraz czy i jaki jest limit
2)	Konsultacja okulisty	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
3)	Konsultacja otolaryngologa	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
4)	Konsultacja ortopedy	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
5)	Konsultacja kardiologa	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
6)	Konsultacja neurologa	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
7)	Konsultacja pulmonologa	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
8)	Konsultacja lekarza rehabilitacji	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
9)	Konsultacja neurochirurga	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
10)	Konsultacja psychologa	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
11)	Zabiegi ambulatoryjne	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty zabiegów ambulatoryjnych w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
12)	Badania laboratoryjne	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty badań laboratoryjnych w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych. W ramach jednego świadczenia możliwe jest wykonanie zleconych badań, które traktowane są jako jedno świadczenie z limitu całkowitego do wykorzystania	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
13)	Badania radiologiczne	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty badań radiologicznych w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
14)	Ultrasonografia	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty badań ultrasonograficznych w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
15)	Pakiet rehabilitacyjny	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty jednego z poniższych świadczeń: 1) wizyty fizjoterapeuty w miejscu pobytu osoby uprawnionej albo 2) wizyty osoby uprawnionej w poradni rehabilitacyjnej, znajdującej się najbliżej jej miejsca pobytu, w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych	1 raz – maksymalnie 40 zabiegów/procedur medycznych
16)	Tomografia komputerowa	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty badania tomografii komputerowej w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych	1 raz
17)	Rezonans magnetyczny	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty badania rezonansu magnetycznego w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych	1 raz
POMOC OPIEKUŃCZA				
18)	Opieka pielęgniarska	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki (procedury możliwe do wykonania w miejscu pobytu). Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej	1 raz – maksymalnie 4 wizyty

Świadczenia dostępne w ramach OWUD		Dodatkowe warunki konieczne do spełnienia, aby uzyskać świadczenie	Opis	Ile razy osoba uprawniona może skorzystać ze świadczenia w ramach jednego nieszczęśliwego wypadku oraz czy i jaki jest limit
19)	Sprzęt rehabilitacyjny	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Operacyjnego wydane na podstawie dokumentacji medycznej	Organizujemy i pokrywamy koszty wypożyczenia albo zakupu oraz koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu. Centrum Operacyjne nie ponosi odpowiedzialności za brak sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach	1 raz – maksymalny koszt zakupu albo wypożyczenia wynosi 800 zł
20)	Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Operacyjnego wydane na podstawie dokumentacji medycznej	Organizujemy i pokrywamy koszty zakupu lub wypożyczenia lub naprawy przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	1 raz – maksymalny koszt zakupu lub wypożyczenia lub naprawy wynosi 1000 zł
21)	Transport osoby wskazanej przez osobę uprawnioną	Hospitalizacja osoby uprawnionej przez okres dłuższy niż 4 dni w placówce medycznej znajdującej się powyżej 50 km od jej miejsca zamieszkania	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu na terenie Polski osoby wskazanej przez osobę uprawnioną do placówki medycznej z miejsca jej pobytu oraz podróży powrotnej do jej miejsca zamieszkania po zakończeniu hospitalizacji. Transport odbywa się: 1) taksówką (nie dalej niż na odległość 100 km); 2) pociągiem I klasy lub autobusem; 3) samolotem w klasie ekonomicznej, jeżeli czas podróży pociągiem lub autobusem przekracza 8 godzin; w tym, w odniesieniu do pkt 2) i 3), również transport taksówką na dworzec lub lotnisko i z powrotem	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
22)	Zakwaterowanie osoby wskazanej przez osobę uprawnioną	Hospitalizacja osoby uprawnionej przez okres dłuższy niż 4 dni w placówce medycznej znajdującej się powyżej 50 km od jej miejsca zamieszkania	Organizujemy i pokrywamy koszty zakwaterowania osoby wskazanej przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia w hotelu o kategorii do 3 gwiazdek, znajdującym się najbliżej miejsca hospitalizacji. Świadczenie obejmuje nocleg wraz ze śniadaniem	1 raz – maksymalnie 4 doby hotelowe
23)	Transport do placówki medycznej	Brak dodatkowych warunków	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu osoby uprawnionej wraz z osobą przez nią wskazaną z miejsca pobytu do odpowiedniej placówki medycznej. Środek transportu jest dostosowany do stanu zdrowia osoby uprawnionej. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
24)	Transport pomiędzy placówkami medycznymi	Osoba uprawniona znalazła się w placówce medycznej, która nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jej zdrowia, lub jest ona skierowana na zabieg lub badania lekarskie do innej placówki medycznej. Świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, po konsultacji z lekarzem Centrum Operacyjnego	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia wraz z osobą przez nią wskazaną pomiędzy placówkami medycznymi. Środek transportu dostosowany jest do stanu zdrowia osoby uprawnionej	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
25)	Transport z placówki medycznej	Hospitalizacja osoby uprawnionej Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu z placówki medycznej osoby uprawnionej wraz z osobą przez nią wskazaną do miejsca zamieszkania. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
26)	Transport na komisję lekarską oraz transport powrotny	Osoba uprawniona ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub własnym samochodem	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu osoby uprawnionej wraz z osobą przez nią wskazaną z miejsca zamieszkania do siedziby komisji lekarskiej oraz transportu powrotnego do miejsca zamieszkania. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
27)	Transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny	Hospitalizacja osoby uprawnionej przez okres dłuższy niż 4 dni. Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego udania się na wizytę kontrolną do placówki medycznej przed upływem roku od dnia zakończenia hospitalizacji. Ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, osoba uprawniona nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub własnym samochodem	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu na wizytę kontrolną oraz transportu powrotnego do miejsca zamieszkania. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń

Świadczenia dostępne w ramach OWUD		Dodatkowe warunki konieczne do spełnienia, aby uzyskać świadczenie	Opis	Ile razy osoba uprawniona może skorzystać ze świadczenia w ramach jednego nieszczęśliwego wypadku oraz czy i jaki jest limit
28)	Dostarczenie rzeczy osobistych do szpitala	Osoba uprawniona jest hospitalizowana i nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników	Organizujemy i pokrywamy koszty dostarczenia niezbędnych artykułów pierwszej potrzeby, w szczególności odzieży, przyborów toaletowych, okularów. Warunkiem skorzystania ze świadczenia jest udostępnienie przez osobę wskazaną przez osobę uprawnioną wyżej wymienionych przedmiotów przedstawicielowi Centrum Operacyjnego. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu wyżej wymienionych artykułów	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
29)	Dostarczenie leków	Osoba uprawniona (z uwagi na rodzaj obrażeń, jakich doznała) nie może opuszczać miejsca zamieszkania i nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników	Organizujemy i pokrywamy koszty dostarczenia leków przepisanych przez lekarza prowadzącego (z wyłączeniem kosztu leków). Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Centrum Operacyjnego danych niezbędnych do realizacji recepty	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
30)	Pomoc domowa po hospitalizacji	Hospitalizacja osoby uprawnionej przez okres dłuższy niż 4 dni po zakończonej hospitalizacji konieczne jest zapewnienie jej pomocy w miejscu zamieszkania – zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza Centrum Operacyjnego wydanym na podstawie dokumentacji medycznej. Osoba uprawniona nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników	Organizacja oraz pokrycie kosztów honorarium i dojazdu pomocy domowej do miejsca zamieszkania osoby uprawnionej. Świadczenie obejmuje: 1) zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby, 2) codzienne porządki domowe, 3) dostawę lub przygotowanie posiłków, 4) opiekę nad zwierzętami domowymi, 5) podlewanie kwiatów. Nie pokrywamy kosztów zakupu materiałów lub środków spożywczych, związanych z zapewnieniem pomocy domowej	1 raz – maksymalnie 4 wizyty po 4 godziny w okresie kolejnych 14 dni
31)	Dostarczenie podstawowych artykułów spożywczych	Osoba uprawniona (z powodu obrażeń, jakich doznała) nie może opuszczać miejsca zamieszkania i nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników. Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Operacyjnego	Organizujemy i pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca zamieszkania podstawowych artykułów spożywczych	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
32)	Opieka nad dziećmi	Hospitalizacja osoby uprawnionej albo konieczność pozostawania w pozycji leżącej, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego. Pisemna zgoda osoby uprawnionej i zapewnienie dostępu do miejsca pobytu osoby. W miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić dzieciom opiekę	Organizujemy i pokrywamy koszty opieki nad dziećmi w miejscu zamieszkania przez podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem takich usług lub przez pielęgniarkę – tylko w sytuacjach, które są uzasadnione stanem zdrowia osoby, której opieka ma dotyczyć. Po upływie okresu opieki, która przysługuje w ramach ubezpieczenia, Centrum Operacyjne doloży starań, aby, jeśli będzie taka potrzeba, zorganizować opiekę dalszej rodziny lub opiekę społeczną	1 raz – maksymalnie przez 4 kolejne dni przez 24 godziny na dobę
33)	Opieka nad osobami niesamodzielnymi	Hospitalizacja osoby uprawnionej albo konieczność pozostawania w pozycji leżącej, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego. Pisemna zgoda osoby uprawnionej i zapewnienie dostępu do miejsca pobytu osoby niesamodzielnej. W miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić opiekę osobie niesamodzielnej	Organizujemy i pokrywamy koszty opieki nad osobą niesamodzielną w miejscu zamieszkania przez podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem takich usług lub przez pielęgniarkę – tylko w sytuacjach, które są uzasadnione stanem zdrowia osoby, której opieka ma dotyczyć. Po upływie okresu opieki, która przysługuje w ramach ubezpieczenia, Centrum Operacyjne doloży starań, aby, jeśli będzie taka potrzeba, zorganizować opiekę dalszej rodziny lub opiekę społeczną	1 raz – maksymalnie przez 4 kolejne dni po 24 godziny na dobę
34)	Opieka nad zwierzętami	Hospitalizacja osoby uprawnionej (przewidywany okres hospitalizacji przekracza 4 dni). Pisemna zgoda osoby uprawnionej i zapewnienie dostępu do miejsca pobytu zwierzęcia. W miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić opiekę	Organizacja oraz pokrycie kosztów opieki nad zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania w zakresie karmienia, wyprowadzania na spacer oraz utrzymania higieny. Po upływie przysługującego okresu opieki Centrum Operacyjne doloży starań, jeśli zajdzie taka potrzeba, aby zorganizować opiekę dalszej rodziny lub schronisko dla zwierząt na koszt osoby uprawnionej. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów karmy dla zwierząt lub środków do utrzymania higieny, używanych podczas sprawowania opieki	1 raz – maksymalnie przez 4 dni

Świadczenia dostępne w ramach OWUD	Dodatkowe warunki konieczne do spełnienia, aby uzyskać świadczenie	Opis	Ile razy osoba uprawniona może skorzystać ze świadczenia w ramach jednego nieszczęśliwego wypadku oraz czy i jaki jest limit
35) Transport dziecka do placówki oświatowo-wychowawczej	Osoba uprawniona zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego nie może opuszczać miejsca zamieszkania. Pisemna zgoda osoby uprawnionej i zapewnienie dostępu do miejsca pobytu dzieci. W miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić dzieciom transport	Organizujemy i pokrywamy koszty przewozu dziecka z miejsca zamieszkania na zajęcia do szkoły, przedszkola, żłobka i z powrotem po zakończeniu zajęć	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
36) Pobyt opiekuna prawnego w przypadku hospitalizacji dziecka	Hospitalizacja dziecka w szpitalu znajdującym się w odległości powyżej 50 km od miejsca zamieszkania	Gdy nie ma możliwości pobytu prawnego opiekuna razem z dzieckiem w szpitalu, organizujemy i pokrywamy koszty pobytu jednego opiekuna prawnego w hotelu o kategorii do trzech gwiazdek najbliższego miejsca hospitalizacji dziecka	1 raz – nie dłużej niż 4 doby
37) Korepetycje	Dziecko, na podstawie zwolnienia lekarskiego, nie może co najmniej przez 7 dni uczestniczyć w zajęciach dydaktycznych w placówce oświatowo-wychowawczej	Organizujemy i pokrywamy koszty dojazdu korepetytora do miejsca zamieszkania oraz koszty korepetycji w zakresie bieżącego programu nauczania w placówce oświatowo-wychowawczej, do której uczęszcza dziecko. Zakres świadczenia obejmuje korepetycje z przedmiotów wybranych przez osobę uprawnioną spośród: języka polskiego, matematyki, fizyki, chemii, biologii, języków obcych (angielskiego, niemieckiego, francuskiego, hiszpańskiego)	1 raz – maksymalnie 10 godzin, jednak nie więcej niż 2 godziny podczas jednej wizyty

Przykład

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

9. W okresie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej osoba uprawniona może korzystać bez ograniczeń z telefonicznej informacji medycznej. Wykwalifikowany personel udziela ustnej, ogólnej informacji na temat:

- 1) stanów wymagających natychmiastowej pomocy medycznej i zasad jej udzielania;
- 2) postępowania w przypadku ukąszeń;
- 3) jednostek chorobowych, w tym chorób rzadkich, stosowanego typowego leczenia, nowoczesnych metod leczenia, dostępnych na terytorium Polski;
- 4) zachowań prozdrowotnych;
- 5) profilaktyki zachorowań na grypę, profilaktyki antynikotynowej;
- 6) opisów lub wyników wykonanych badań;
- 7) sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych, przyjęcia lub wypisu ze szpitala;
- 8) niezbędnych badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku;
- 9) leków oraz objawów niepożądanych przy ich przyjmowaniu, interakcji z innymi lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji;
- 10) poziomu refundacji leków;
- 11) grup wsparcia, telefonów zaufania na terenie Polski świadczących pomoc osobom dotkniętym alkoholizmem, narkomanią, nikotynizmem, osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe czy depresję, mającym problemy zdrowotne, dla rodziców ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci, kobietom po mastektomii;
- 12) szczepień, zagrożeń epidemicznych dla podróżnych;
- 13) placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym: adresów, godzin pracy i numerów telefonów, placówek odpowiadających potrzebom osoby uprawnionej oraz rekomendowanych przez lekarza Centrum Operacyjnego;

- 14) danych teleadresowych aptek, placówek opieki społecznej, hospicjów i placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, szpitali prywatnych należących do sieci partnera medycznego, w tym dostępności, zakresu świadczeń medycznych czy średnich cen usług medycznych.

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

Świadczenia ubezpieczeniowe – w jaki sposób je realizujemy

10. Aby uzyskać świadczenie, osoba uprawniona lub osoba występująca w jej imieniu powinna skontaktować się z Centrum Operacyjnym, na numer telefonu podany w polisie, i podać niezbędne informacje, w szczególności:
 - 1) imię i nazwisko ubezpieczonego,
 - 2) numer PESEL ubezpieczonego,
 - 3) miejsce zamieszkania,
 - 4) datę zajścia zdarzenia,
 - 5) telefon kontaktowy,
 - 6) krótki opis zdarzenia.
11. Osoba uprawniona powinna postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Operacyjnego.
12. Jeśli nie otrzymamy informacji wskazanych w pkt 10, mamy prawo odmówić realizacji świadczenia, o ile informacje te są niezbędne do prawidłowej realizacji świadczenia.
13. Aby uzyskać pierwsze świadczenie w odniesieniu do danego nieszczęśliwego wypadku, osoba uprawniona lub osoba działająca w jej imieniu powinna wypełnić i przekazać do Centrum Operacyjnego wniosek o realizację świadczeń. Do wniosku należy dołączyć kopię dotychczas zgromadzonej dokumentacji medycznej, z której wynika, że powstałe obrażenia ciała są następstwem nieszczęśliwego wypadku. Dokumenty należy przesyłać do Centrum Operacyjnego pocztą lub mejlowo na adres wskazany we wniosku o realizację świadczeń.
14. Lekarz Centrum Operacyjnego podejmie decyzję, czy osoba uprawniona spełnia warunki uzyskania świadczenia, w terminie 3 dni roboczych od dnia otrzymania dokumentów, o których mówimy w pkt 13.
15. Na prośbę Centrum Operacyjnego osoba uprawniona powinna przekazać inne dokumenty, niezbędne do ustalenia, czy świadczenie jest należne.

16. Czas oczekiwania na konsultację u lekarzy specjalistów wynosi 5 dni roboczych od przyznania prawa do świadczenia, o ile osoba uprawniona nie wskaże późniejszego terminu. Gwarancja dostępności dotyczy konsultacji u dowolnego lekarza danej specjalizacji, a nie konsultacji u konkretnego lekarza.
17. Świadczenia medyczne realizują placówki medyczne należące do sieci partnera medycznego.
18. Koszty świadczeń pokrywa Centrum Operacyjne bezpośrednio na rzecz podmiotu lub placówki medycznej, które realizują świadczenie.
19. W wyjątkowych sytuacjach, gdy osoba uprawniona nie mogła skontaktować się z Centrum Operacyjnym na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej i sama pokryła koszty usług medycznych, zwrócimy koszty w zakresie, w jakim dotyczyły świadczeń, do których zobowiązane było Centrum Operacyjne, z zastrzeżeniem zdania ostatniego. Należy zgłosić się do Centrum Operacyjnego w ciągu 14 dni kalendarzowych od daty, kiedy ustały przyczyny uniemożliwiające skontaktowanie się z Centrum Operacyjnym, i przedstawić dokumenty, które wskaże Centrum Operacyjne. Zwrócimy koszty po weryfikacji dokumentów. Mamy prawo do zwrotu kosztów, jakie ponieśliśmy w przypadku zapewnienia usług medycznych we własnym zakresie, w wysokości nie wyższej niż limity, które wskazaliśmy dla poszczególnych usług medycznych.

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

Wyłączenia odpowiedzialności – kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

20. Nie przyznamy świadczeń, jeśli nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego, jest następstwem zdarzeń wymienionych w pkt 76–78 OWU lub następstwem:
 - 1) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych;
 - 2) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka;
 - 3) użycia narkotyków, środków odurzających, psychoaktywnych lub substancji psychotropowych, lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 4) niezaleconego przez lekarza zażycia leków;
 - 5) zaburzeń psychicznych.
21. Nie ponosimy odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia, jeśli było to spowodowane:
 - 1) trzęsieniem lub osunięciem się ziemi, powodzią, huraganem, pożarem;
 - 2) strajkami, atakami terrorystycznymi, skutkiem promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych, mogącymi uniemożliwić realizację danych świadczeń przez usługodawców;
 - 3) wojną, działaniami wojennymi lub zbrojnymi, zamieszkami;
 - 4) brakiem lub ograniczeniem dostępu do osoby uprawnionej lub do innych osób, w stosunku do których miało zostać spełnione świadczenie, albo do miejsca zamieszkania, albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie.
22. Jeżeli do realizacji świadczenia konieczna jest pisemna zgoda osoby uprawnionej na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej, nie ponosimy odpowiedzialności, jeżeli brak tej zgody był przyczyną niespełnienia lub nienależytego spełnienia świadczenia.
23. Nie ponosimy odpowiedzialności za organizację i pokrycie kosztów leczenia obrażeń ciała, które nie są związane z nieszczęśliwym wypadkiem.
24. Centrum Operacyjne nie ponosi odpowiedzialności za przebieg ani skutki organizowanych przez nie terapii, leczenia, zabiegów, badań ani rehabilitacji.
25. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki, jeśli osoba uprawniona nie zastosuje się do decyzji i zaleceń lekarza Centrum Operacyjnego lub podejmuje decyzje, które są sprzeczne z zaleceniami lekarza Centrum Operacyjnego.
26. Informacje udzielane w ramach telefonicznej informacji medycznej mają charakter ogólny i informacyjny, nie stanowią porady medycznej, nie mają charakteru diagnostycznego i nie mogą być traktowane jako ostateczna opinia czy porada.

Definicje – jak rozumiemy pojęcia w OWUD

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

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

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

Pojęcia użyte w tej tabeli oznaczają:

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

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

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

A. USZKODZENIA GŁOWY		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):		
a) rany skóry owłosionej głowy od 5 do 8 cm długości		1
b) rany powyżej 8 do 12 cm długości		3
c) rany powyżej 12 cm długości		10
d) utrata skóry owłosionej – oskalpowanie (powyżej 75% powierzchni)		25
2. Złamania kości czaszki – za każdą kość:		
a) sklepienia		2
b) podstawy		5
3. Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni – w zależności od rozmiarów:		
a) poniżej 3 cm ²		3
b) od 3 do 10 cm ²		7
c) powyżej 10 do 50 cm ²		10
d) powyżej 50 cm ²		20
4. Rozpoznane wstrząśnienie mózgu w następstwie urazu czaszkowo-mózgowego:		
a) z hospitalizacją od 1 do 2 dni		1
b) z hospitalizacją od 3 do 5 dni		2
c) z hospitalizacją od 6 do 10 dni		5
d) z hospitalizacją powyżej 10 dni		10
5. Urazy śródczaszkowe		
a) krwiak śródczaszkowy pourazowy, potwierdzony w badaniach obrazowych mózgu (TK, RM) leczony zachowawczo		10
b) krwiak śródczaszkowy pourazowy leczony operacyjnie		20
c) krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o czasowej niezdolności do pracy na ponad 12 miesięcy		30
d) krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy		60
e) krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji		100
6. Uszkodzenie nerwów ruchowych:		
a) bloczkowy dodatkowy, podjęzykowy		2

b)	okoruchowy, odwodzący, trójdzielny, twarzowy, błędny, językowo-gardłowy	3
B. USZKODZENIA TWARZY		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
7. Uszkodzenia powłok twarzy (rany i ubytki):		
a)	rany skóry twarzy od 2 do 7 cm długości	1
b)	rany skóry twarzy powyżej 7 do 11 cm długości	3
c)	rany skóry twarzy powyżej 11 cm długości	10
d)	oparzenia powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5
8. Uszkodzenia nosa:		
a)	złamanie kości nosa i przegrody nosa wieloodłamowe, z przemieszczeniem	5
b)	złamanie kości przegrody nosa i przegrody nosa z przemieszczeniem	2
c)	inne złamania kości przegrody nosa lub przegrody nosa bez przemieszczenia	1
d)	utrata części nosa operowana rekonstrukcyjnie	7
e)	utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	30
9. Ukruszenie zęba (odbycie wizyty lekarskiej; świadczenie za maksymalnie 5 zębów)		0,5
10. Utrata zębów stałych (co najmniej korona) – za każdy ząb		1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za utratę zębów stałych nie może przekroczyć 20%.		
11. Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej:		
a)	złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b)	złamania wieloodłamowe	4
c)	inne złamania	1
12. Utrata szczęki lub żuchwy:		
a)	częściowa	15
b)	całkowita	40
13. Złamania żuchwy:		
a)	złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b)	złamania wieloodłamowe	4
c)	inne złamania	1
14. Ubytek podniebienia		15
15. Urazy języka:		
a)	rana języka powyżej 1 cm	1
b)	częściowa utrata języka	3
c)	całkowita utrata języka	50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
16.	Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
a)	jednego oka	15
b)	obojga oczu	30
17.	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych, drażących, urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:	
a)	bez zaburzeń ostrości wzroku – z potwierdzeniem dodatniego testu barwienia rogówki (fluoresceiną lub innym barwnikiem)	2
b)	z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	5
c)	z częściowym obniżeniem ostrości wzroku obojga oczu (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	15
d)	z całkowitą utratą widzenia jednego oka	35
e)	z całkowitą utratą widzenia obojga oczu	100
f)	utrata gałki ocznej	40
18.	Ubytki pola widzenia:	
a)	dwuskroniowe	60
b)	dwunosowe	30
c)	jednoimienne	30
d)	inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	5
19.	Bezsoczewkowość pourazowa:	
a)	w jednym oku	15
b)	w obojgu oczach	30
20.	Uszkodzenie przewodów łzowych wymagające korekcji operacyjnej:	
a)	w jednym oku	5
b)	w obojgu oczach	15
21.	Odwartwienie siatkówki jednego oka – pourazowe, po urazie oka lub głowy:	
a)	bez zaburzeń ostrości wzroku	2
b)	z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	5
c)	z całkowitą utratą wzroku	35
22.	Jaskra wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy	3
23.	Wytrzeszcz tętniący pourazowy	40
Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Ocenę końcową należy pomniejszyć o ewentualne wcześniejsze upośledzenie ostrości wzroku. W przypadku uszkodzenia narządu wzroku kolejne należne świadczenie wypłacane z tytułu tego samego nieszczęśliwego wypadku pomniejszane jest o kwotę już wypłaconego świadczenia.		
D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU (nie podlegają sumowaniu)		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
24.	Urazy małżowiny usznej:	
a)	rany powyżej 1 cm, oparzenia i odmrożenia	1
b)	utrata części małżowiny	2
c)	utrata części małżowiny operowana rekonstrukcyjnie	7
d)	całkowita utrata jednej małżowiny	15
e)	całkowita utrata obu małżowin	30

25.	Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, ucha wewnętrznego:	
a)	bez utraty słuchu, jednostronne	2
b)	z częściową jednostronną utratą słuchu (powyżej 25 dB)	5
c)	z całkowitą jednostronną utratą słuchu	20
d)	z częściową obustronną utratą słuchu (powyżej 25 dB)	10
e)	z całkowitą obustronną utratą słuchu	50
Uwaga: Oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1000 i 2000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z czterech progów: 500, 1000, 2000 i 4000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ale próg słyszalności dla 4000 Hz jest lepszy niż dla 2000 Hz, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z trzech progów.		
W przypadku uszkodzenia narządu słuchu kolejne należne świadczenie wypłacane z tytułu tego samego nieszczęśliwego wypadku pomniejszane jest o kwotę już wypłaconego świadczenia.		
E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
26.	Uszkodzenie gardła, krtani, tchawicy leczone operacyjnie	7
27.	Uszkodzenie przełyku:	
a)	leczone operacyjnie (nie obejmuje rekonstrukcji)	7
b)	leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	30
28.	Uszkodzenie skóry szyi:	
a)	rany skóry od 5 do 10 cm długości	1
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 osierdza:	
a)	uszkodzenia serca wymagające nakłucia osierdza	10
b)	uszkodzenia serca lub osierdza 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	4
b)	uszkodzenia wymagające odbytu sztucznego	15
40.	Uszkodzenia śledziony:	
a)	leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b)	leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c)	utrata śledziony	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 częściowej nerki	15
d)	utrata całkowita nerki	30
e)	utrata obu nerek	100
43.	Uszkodzenie moczowodu:	
a)	leczone operacyjnie, bez względu na metodę	5
b)	leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
44.	Uszkodzenie pęcherza moczowego:	
a)	leczone zachowawczo	2

b)	leczone operacyjnie	10
c)	utrata całkowita pęcherza	50
45.	Uszkodzenia cewki moczowej:	
a)	leczone zachowawczo	2
b)	leczone operacyjnie, bez względu na metodę	5
c)	leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
46.	Uszkodzenia prącia:	
a)	rany, uszkodzenia leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	3
b)	częściowa utrata prącia	10
c)	całkowita utrata prącia	40
47.	Uszkodzenie lub utrata jądra, jajnika:	
a)	leczone zachowawczo (wodniak, krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b)	leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c)	utrata częściowa	10
d)	utrata całkowita	20
e)	utrata całkowita obu jąder lub jajników	40
48.	Utrata macicy	30
49.	Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy:	
a)	izolowane rany w zakresie skóry	3
b)	uszkodzenia skóry oraz mięśni lub powięzi, zaopatrzone chirurgicznie	7
c)	uszkodzenia leczone operacyjnie lub rekonstrukcyjnie	15
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 oraz wyrostków stawowych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%.		
51.	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th10):	
a)	skręcenie	1
b)	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 oraz wyrostków stawowych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym nie może przekroczyć 30%.		
52.	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11–L5):	
a)	skręcenie	2
b)	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 oraz wyrostków stawowych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym nie może przekroczyć 40%.		
53.	Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	
a)	uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), leczone zachowawczo	10
b)	uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), leczone operacyjnie	20
c)	uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o czasowej niezdolności do pracy na ponad 12 miesięcy	30
d)	uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy	60
e)	uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji	100
J. USZKODZENIA MIEDNICY		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
54.	Rozejście się spojenia łonowego	5
55.	Skręcenie stawu biodrowego	2
56.	Zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego	10
57.	Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe:	
a)	w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa lub kulszowa)	2
b)	w odcinku przednim – kość łonowa i kulszowa lub obustronnie	5
c)	w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a) bez przemieszczenia	10
d)	w odcinku przednim i tylnym z przemieszczeniem	20
58.	Złamanie panewki stawu biodrowego:	
a)	tylnej kolumny, tylnej krawędzi	15
b)	przedniej kolumny, przedniej krawędzi	7
c)	zwichnięcie centralne I°	7
d)	zwichnięcie centralne II°	15
e)	zwichnięcie centralne III°	30
f)	uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
59.	Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej:	
a)	jednomiejscowe nieprzemieszczone złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej	2
b)	jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej z przemieszczeniem	4
c)	wielomiejscowe złamania kości miednicy lub kości krzyżowej bez przemieszczenia	5
d)	wielomiejscowe złamania kości miednicy lub kości krzyżowej z przemieszczeniem	10
e)	izolowane złamania talerza kości biodrowej, kolców biodrowych, guza kulszowego	3

f)	złamanie kości ogonowej bez przemieszczenia	2
g)	złamanie kości ogonowej z przemieszczeniem	5
K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
ŁOPATKA		
60.	Złamania łopatki:	
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c)	inne złamania	1
OBOJCZYK		
61.	Złamania obojczyka:	
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c)	inne złamania	1
62.	Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego:	
a)	zwichnięcie I°	1
b)	zwichnięcie II°	3
c)	zwichnięcie III°	5
BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY		
63.	Uszkodzenia stawu ramiennio-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	10
d)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e)	inne złamania	2
f)	złamania leczone protezoplastyką	15
64.	Utrata kończyny w stawie ramiennio-łopatkowym	65
65.	Utrata kończyny wraz z łopatką	70
RAMIĘ		
66.	Złamanie trzonu kości ramiennej:	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte	12
b)	złamania otwarte	10
c)	złamania wieloodłamowe	7
d)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e)	inne złamania	2
67.	Izolowane uszkodzenia skóry, mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów:	
a)	rany powyżej 7 cm długości	1
b)	uszkodzenie mięśnia dwugłowego lub uszkodzenie ścięgna zaopatrzone chirurgicznie	4
c)	uszkodzenie innych mięśni ramienia zaopatrzone chirurgicznie	3
68.	Utrata kończyny w obrębie ramienia	60
STAW ŁOKCIOWY		
69.	Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej):	
a)	złamania wieloodłamowe	8
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5

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

b)	utrata paliczka paznokciowego	6
c)	utrata obu paliczków bez kości śródręcza	10
d)	utrata obu paliczków z kością śródręcza	15
81.	Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich):	
a)	złamania wieloodłamowe	6
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c)	inne złamania	2
d)	rany kciuka powyżej 3 cm	1
e)	uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f)	zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	2
g)	zwichnięcia w stawie śródręczno-paliczkowym	2
PALEC WSKAZUJĄCY		
82.	Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:	
a)	utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b)	utrata paliczka paznokciowego	2
c)	utrata paliczka środkowego	8
d)	utrata trzech paliczków	10
e)	utrata wskaziciela z kością śródręcza	11
83.	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich):	
a)	złamania wieloodłamowe	4
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c)	inne złamania	1
d)	rany powyżej 3 cm	1
e)	uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f)	zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	1
g)	zwichnięcia w stawie śródręczno-paliczkowym	1
PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY		
84.	Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:	
a)	utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b)	palec III – utrata paliczka paznokciowego	2
c)	palec III – utrata dwóch paliczków	5
d)	palec III – utrata trzech paliczków	8
e)	utrata palca III z kością śródręcza	9
f)	palec IV – utrata paliczka paznokciowego	1
g)	palec IV – utrata dwóch paliczków	2
h)	palec IV – utrata trzech paliczków	3
i)	utrata palca IV z kością śródręcza	4
j)	palec V – utrata paliczka paznokciowego	1
k)	palec V – utrata dwóch paliczków	2
l)	palec V – utrata trzech paliczków	3
m)	utrata palca V z kością śródręcza	4
85.	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich:	
a)	palec III:	
i)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
ii)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii)	inne złamania	1

iv)	rany powyżej 4 cm	1
v)	uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
vi)	zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	1
vii)	zwichnięcia w stawie śródrečno-paliczkowym	1
b)	palec IV:	
i)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
ii)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii)	inne złamania	1
iv)	rany powyżej 5 cm, uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
v)	zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródrečno-paliczkowym	1
c)	palec V:	
i)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
ii)	inne złamania	1
iii)	rany powyżej 5 cm, uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
iv)	zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	1
v)	zwichnięcia w stawie śródrečno-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		
86.	Utrata kończyny dolnej:	
a)	przez wyluszczenie jej w stawie biodrowym	70
b)	amputacja na poziomie uda	60
87.	Uszkodzenia stawu biodrowego – bliższej nasady kości udowej – złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej:	
a)	złamania wieloodłamowe	15
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	10
c)	inne złamania	8
d)	uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
UDO		
88.	Złamanie trzonu kości udowej:	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte	15
b)	złamania otwarte	12
c)	złamania wieloodłamowe	8
d)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e)	inne złamania	3
89.	Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich – skóry, mięśni, ścięgien, naczyń:	
a)	rany skórne uda lub pośladka powyżej 7 cm długości	1
b)	uszkodzenia mięśni zaopatrzone chirurgicznie	3
c)	uszkodzenia naczyń leczone operacyjnie	8

KOLANO		
90.	Złamania kości tworzących staw kolanowy – dalszej nasady kości udowej, bliższej nasady kości piszczelowej:	
a)	skręcenie stawu kolanowego (konieczne unieruchomienie stawu na minimum 7 dni)	2
b)	skręcenie stawu kolanowego bez unieruchomienia (konieczne leczenie* przez minimum 2 tygodnie)	1
c)	złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	20
d)	złamania wieloodłamowe	10
e)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
f)	inne złamania	3
91.	Złamania rzepki:	
a)	złamania skutkujące usunięciem rzepki	10
b)	złamania wieloodłamowe	8
c)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d)	inne złamania	3
92.	Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego (sumarycznie maksymalnie do 25%):	
a)	uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej	3
b)	uszkodzenie łąkotki bocznej	3
c)	uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego przedniego – ACL	5
d)	uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego tylnego – PCL	4
e)	uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego boczego – LCL	4
f)	uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego przyśrodkowego – MCL	4
g)	zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	4
93.	Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50
PODUDZIE		
94.	Złamanie trzonu kości podudzia:	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	15
b)	złamania otwarte	12
c)	złamania wieloodłamowe	10
d)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e)	inne złamania	3
95.	Izolowane złamanie trzonu kości strzałkowej:	
a)	złamania wieloodłamowe	3
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c)	inne złamania	1
96.	Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien:	
a)	rany skórne powyżej 7 cm długości	1
b)	naderwanie mięśnia trójgłowego łydki	2
c)	całkowite uszkodzenie mięśnia trójgłowego łydki	10
d)	uszkodzenie ścięgna Achillesa niewymagające leczenia operacyjnego	2
e)	uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	5
f)	uszkodzenie mięśnia piszczelowego przedniego i prostowników palców	3
g)	uszkodzenie innych mięśni i ścięgien	2

97.	Utrata kończyny w obrębie podudzia:	
a)	przy długości kikuta do 8 cm, mierząc od szpary stawowej	50
b)	przy dłuższych kikutach	45
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA		
98.	Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego:	
a)	skręcenie stawu skokowego bez unieruchomienia (konieczne leczenie* przez minimum 2 tygodnie)	1
b)	skręcenia leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator)	2
c)	złamanie kostki bocznej z przemieszczeniem	3
d)	złamanie kostki bocznej bez przemieszczenia	2
e)	złamanie kostki przyśrodkowej z przemieszczeniem	5
f)	złamanie kostki przyśrodkowej bez przemieszczenia	3
g)	złamanie dwukostkowe z przemieszczeniem	8
h)	złamanie dwukostkowe bez przemieszczenia	5
i)	złamanie trójkostkowe z przemieszczeniem	10
j)	złamanie trójkostkowe bez przemieszczenia	6
99.	Złamania kości skokowej:	
a)	złamania wieloodłamowe	8
b)	inne złamania	3
100.	Złamania kości piętowej:	
a)	złamania wieloodłamowe	10
b)	inne złamania	4
101.	Utrata kości skokowej lub piętowej:	
a)	częściowa utrata	25
b)	całkowita utrata	40
102.	Uszkodzenie pozostałych kości stępu – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 10%):	
a)	złamania wieloodłamowe	6
b)	inne złamania	2
103.	Złamania kości śródstopia – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 15%):	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte	6
b)	złamania otwarte	5
c)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
d)	inne złamania	2
104.	Inne uszkodzenia okolicy stępu, śródstopia i stopy:	
a)	rany powyżej 5 cm grzbietu stopy	1
b)	rany podeszwy stopy	2
105.	Utrata stopy w całości	45
106.	Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40
107.	Utrata stopy w środkowej części stępu	35
108.	Utrata stopy w okolicy stępowo-śródstopnej	25
PALCE STOPY		
109.	Uszkodzenie palucha:	
a)	rana palucha powyżej 3 cm długości	1
b)	częściowa lub całkowita utrata opuszki palucha	1
c)	utrata paliczka paznokciowego palucha	4
d)	utrata całego palucha	8
e)	utrata z kością śródstopia	9

110.	Złamania palucha:	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte	4
b)	złamania otwarte	3
c)	złamania wieloodłamowe	2
d)	inne złamania	1
111.	Złamania w zakresie palców II, III, IV, V (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 5%):	
a)	złamania wieloodłamowe (każdy)	2
b)	inne złamania (każdy)	1
112.	Utrata palców stopy II–V (każdy)	2
113.	Częściowa utrata palców stopy II–V (każdy)	1
114.	Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)	3
115.	Utrata palca V z kością śródstopia	4
116.	Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, rany, uszkodzenia ścięgien, częściowa lub całkowita utrata opuszki (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
117.	Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:	
a)	nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	15
b)	nerwu piersiowego długiego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	10
c)	nerwu pachowego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	20
d)	nerwu mięśniowo-skórnego:	
i)	częściowe	3
ii)	całkowite	15
e)	nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójdłowego ramienia:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	30
f)	nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójdłowego 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 pośladowych (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

* 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 doznany uraz do ostatniej wizyty kontrolnej (ewentualnie do zakończenia rehabilitacji).

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

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka

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

KATALOG A

- 1) **angioplastyka wieńcowa** – pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych z zastosowaniem angioplastyki balonowej, przezskórnej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod; przeprowadzenie takiej angioplastyki musi być uzasadnione medycznie na podstawie zalecenia specjalisty kardiologa oraz musi istnieć angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej;
- 2) **bakteryjne zapalenie opon mózgowych** – infekcja bakteryjna opon mózgowych, powodująca zaburzenia funkcji mózgu i prowadząca do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się dłużej niż 3 miesiące od czasu jej rozpoznania; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa oraz wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego;
- 3) **choroba Alzheimera** – upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnych spowodowane nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzone testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji, polegające na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej chorobą AIDS, nadużywaniem alkoholu lub substancji odurzających;
- 4) **choroba Creutzfeldta-Jakoba (CJD)** – choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, klinicznie rozpoznana za życia ubezpieczonego, współmałżonka przez specjalistę neurologa i skutkująca niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się w domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); warunkiem uznania roszczenia przez nas jest stwierdzenie przez specjalistę neurologa pełnoobjawowej choroby Creutzfeldta-Jakoba z jednoczesną niepełnosprawnością w wyżej wymienionych czynnościach życia codziennego;
- 5) **choroba neuronu ruchowego** – rozpoznanie choroby neuronu ruchowego postawione przez lekarza neurologa i potwierdzone badaniami neurologicznymi;
- 6) **choroba Parkinsona** – samoistna postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej i niestabilności postawy oraz skutkująca niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się w domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa;
- 7) **dystrofia mięśniowa** – rozpoznanie dystrofii mięśniowej przez lekarza neurologa, skutkującej trwałym deficytem neurologicznym i niezdolnością do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch z następujących czynności życia codziennego bez pomocy:
 - a) kąpiel/prysznic,
 - b) ubieranie/rozbieranie,
 - c) jedzenie/picie,
 - d) korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,
 - e) kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła, wózka inwalidzkiego lub poruszanie się z punktu A do punktu B: samodzielnie, na wózku inwalidzkim lub o kulach;
- 8) **łagodny guz mózgu** – wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwały ubytek neurologiczny; zakres ubezpieczenia nie obejmuje: krwaków, ziarniaków, cyst, guzów szyszynki lub przysadki mózgowej ani malformacji naczyń mózgowych;
- 9) **nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)** – wzrost ciśnienia w tętnicy płucnej o 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 mężczy, powoduje duszności, kołatanie serca lub ból dławicowy, a dolegliwości te występują także w spoczynku; zakres ubezpieczenia nie obejmuje tych wszystkich przypadków, w których nadciśnienie płucne ma charakter wtórny (w tym zwłaszcza jest związane z chorobami płuc, przewlekłą niewydolnością oddechową, zatorowością płucną, niewydolnością lewej komory serca i wadami zastawek serca); ponadto muszą być spełnione jednocześnie wszystkie poniższe kryteria:
 - a) średnie ciśnienie w tętnicy płucnej równe 30 mmHg lub wyższe,
 - b) naczyniowy opór płucny > 3 (mmHg/L)/min,
 - c) ciśnienie zaklinowania we włosniczках płucnych < 15 mmHg;
 rozpoznanie choroby musi być postawione przez kardiologa lub pulmonologa, w oparciu o obowiązujące standardy medyczne i wyniki badań dodatkowych, w tym cewnikowanie serca;
- 10) **łagodny guz rdzenia** – niezłośliwy histologicznie guz śródrdzeniowy lub wewnątrzoponowy rdzenia kręgowego lub rdzenia przedłużonego, wymagający usunięcia operacyjnego, a w przypadku jego zaniechania powodujący trwały ubytek neurologiczny; rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje: nowotworów złośliwych, torbieli, ziarniaków, ropni, krwaków, malformacji naczyńiowych, guzów zewnątrzoponowych, guzów kości, gruczolicy ani urazów kręgosłupa, zmian zwyrodnieniowych ani dyskopatii;
- 11) **niedokrwistość aplastyczna** – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku kostnego, przebiegająca ze zmniejszeniem liczby komórek szpiku kostnego poniżej 25% oraz występowaniem co najmniej dwóch spośród trzech podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:
 - a) całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm³,
 - b) liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm³,
 - c) liczba retikulocytów poniżej 20 000/mm³;
 ubezpieczony lub współmałżonek musi być leczony przez okres 3 kolejnych miesięcy częstymi przetoczeniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne, lub u ubezpieczonego, lub współmałżonka musiał zostać wykonany przeszczep szpiku kostnego lub przeszczep komórek macierzystych krwi pępowinowej; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza hematologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przejściowych lub odwracalnych postaci niedokrwistości aplastycznej;
- 12) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, stanowiące bezwzględne wskazanie do rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii; fakt rozpoczęcia dializoterapii oraz konieczność jej stosowania muszą być potwierdzone przez lekarza nefrologa; ostra niewydolność nerek wymagająca okresowej dializoterapii nie jest objęta zakresem ubezpieczenia;

- 13) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznawanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa; zakres ubezpieczenia obejmuje także biopsję, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów; zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
 - a) raka nieinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji szyjki macicy, raka szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 ani wszelkich zmian przedrakowych i nieinwazyjnych,
 - b) wczesnego raka gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji),
 - c) czerniaka złośliwego skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤ 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
 - d) nadmiernego rogowacenia (hyperkeratosis), raka podstawonokomórkowego skóry ani raka kolczystokomórkowego skóry,
 - e) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 14) **ciężkie oparzenia III stopnia** – oparzenia termiczne lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia lub wyższych; przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera w zależności od metody zastosowanej przez lekarza i wskazanej w dokumentacji medycznej; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;
- 15) **ciężkie oparzenia I i II stopnia** – oparzenia termiczne lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
 - a) nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia lub wyższych,
 - b) nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia lub wyższych,przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera w zależności od metody zastosowanej przez lekarza i wskazanej w dokumentacji medycznej; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;
- 16) **operacja aorty brzusznej** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty brzusznej, polegający na otwartym wszczepieniu protezy naczyniowej; zakres ubezpieczenia nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, ani zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- 17) **operacja aorty piersiowej** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty piersiowej, polegający na otwartym wszczepieniu protezy naczyniowej; zakres ubezpieczenia nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, ani zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- 18) **pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego; operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych, wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
- 19) **przeszczep narządów** – przeszczepienie ubezpieczonemu lub współmałżonkowi jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie ubezpieczonego lub współmałżonka na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
 - a) serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
 - b) szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi, po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy;przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu; zakresem ubezpieczenia nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- 20) **schyłkowa niewydolność wątroby** – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby przebiegająca z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:
 - a) stałej żółtaczki,
 - b) wodobrzusza,
 - c) encefalopatii wątrobowej;rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę; zakres ubezpieczenia nie obejmuje niewydolności wątroby będącej skutkiem nadużywania leków, narkotyków lub alkoholu;
- 21) **stwardnienie rozsiane** – choroba przewlekła przebiegająca z okresami rzutów i remisji (minimum dwóch z okresem pomiędzy rzutami nie mniejszym niż 30 dni) lub o przebiegu postępującym, u której podłoża leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; rozpoznanie choroby, postawione przez lekarza neurologa, musi być potwierdzone:
 - a) istnieniem deficytów neurologicznych, tj. wystąpieniem co najmniej dwóch objawów ubytkowych z odrębnych części ośrodkowego układu nerwowego,
 - b) wynikiem badania rezonansu magnetycznego (MRI), potwierdzającym istnienie rozszanych ognisk demielinizacji w ośrodkowym układzie nerwowym;
- 22) **śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby naturalne, utrzymujący się przez okres co najmniej 96 godzin, wymagający intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia; skutkiem tego stanu musi być dodatkowo zaistnienie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się nieprzerwanie co najmniej przez 30 dni od momentu utraty przytomności i nierokującego możliwości poprawy; zakres ubezpieczenia nie obejmuje śpiączki farmakologicznej lub pozostającej w związku z nadużyciem alkoholu lub narkotyków, lub będącej skutkiem samouškodzenia lub próby samobójczej;
- 23) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmoźgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 2 miesiące od chwili rozpoznania udaru mózgu; rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (MR); zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
 - a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - b) uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem,
 - c) patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika,
 - d) przebytego bezobjawowo udaru mózgu, rozpoznanego na podstawie badań obrazowych;
- 24) **utrata kończyn** – amputacja lub całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn z powodu choroby; w przypadku amputacji zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
 - a) w zakresie kończyn dolnych – amputację na poziomie stawów skokowych lub proksymalnie od nich,
 - b) w zakresie kończyn górnych – amputację na wysokości nadgarstków lub proksymalnie od nich;
- 25) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia w następstwie choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii stwierdzającego chorobę fałdów głosowych; zakres ubezpieczenia nie obejmuje żadnych przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi ani utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
- 26) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu spowodowana zachorowaniem; rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
- 27) **utrata wzroku** – całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obojgu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie;

28) **zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych** – zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS) potwierdzone przez pozytywny wynik dwu testów: testu na przeciwciała 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 dentylistyczną w zarejestrowanych zakładach opieki zdrowotnej,
- b) w drodze kontaktu ubezpieczonego lub współmałżonka z zainfekowaną krwią, kontaktu z zakrwawioną, skażoną igłą, podczas zranienia ostrymi przyrządami lub poprzez kontakt błony śluzowej ubezpieczonego z zainfekowaną krwią;

ponadto muszą być spełnione wszystkie poniższe kryteria:

- a) zdarzenie prowadzące do zakażenia wirusem HIV miało miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
- b) ubezpieczony zgłosił zdarzenie, które doprowadziło do zakażenia wirusem HIV, swojemu pracodawcy lub innemu właściwemu organowi w ciągu 24 godzin od jego zajścia,
- c) testy krwi dokumentujące brak HIV czy przeciwciał HIV zostały przeprowadzone w ciągu 5 dni od momentu wypadku,
- d) serokonwersja potwierdzająca zarażenie HIV lub AIDS została stwierdzona wynikiem testu HIV, przeprowadzonego w ciągu 180 dni od dnia wypadku,
- e) po przebytej ekspozycji ubezpieczony lub współmałżonek zgodził się poddać terapii antywirusowej zgodnej z obowiązującymi standardami medycznymi,
- f) w przypadku gdy przed datą zdarzenia były dostępne szczepienia przeciw wirusowi HIV, a ich użycie rekomendowano w zawodzie ubezpieczonego, zostały one u niego wykonane;

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

29) **zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi** – zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) potwierdzone pozytywnym wynikiem dwóch testów: testu na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR; do zakażenia wirusem HIV musi dojść w następstwie przetoczenia krwi, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich warunków podanych poniżej:

- a) przetoczenie krwi było niezbędne z punktu widzenia medycznego,
- b) przetoczenie krwi miało miejsce w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tych OWUD,
- c) przetoczona krew pochodziła z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie odbyło się w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia,
- d) ubezpieczony lub współmałżonek nie choruje na ciężką postać talasemii (*Thalassaemia maior*) lub hemofilii; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są wszystkie inne niż przetoczenie krwi drogi zakażenia wirusem HIV, w tym jeśli do zakażenia doszło w następstwie kontaktów seksualnych lub dożylnego przyjmowania narkotyków; ubezpieczony lub współmałżonek jest zobowiązany do umożliwienia nam dostępu do wszelkich wyników badań oraz do poddania się na nasz wniosek dodatkowym badaniom krwi;

30) **zapalenie mózgu** – oznacza ciężkie zapalenie tkanki mózgowej, które powoduje poważne następstwa neurologiczne oraz całkowitą i trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej jednej lub więcej czynności dnia codziennego:

- a) kąpiel/prysznic,
- b) ubieranie/rozbieranie,
- c) jedzenie/picie,
- d) korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,
- e) kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła, wózka inwalidzkiego lub poruszanie się z punktu A do punktu B: samodzielnie, na wózku inwalidzkim lub o kulach;

zakres ubezpieczenia nie obejmuje zapalenia mózgu w wyniku infekcji HIV;

31) **zawał serca** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
- b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowe powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;

zakres ubezpieczenia nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;

32) **ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń** – układowa choroba autoimmunologiczna charakteryzująca się martwicznym zapaleniem małych i średnich naczyń krwionośnych, górnych dróg oddechowych, płuc i nerek, powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał c-ANCA; choroba musi być rozpoznana przez lekarza specjalistę z zakresu pulmonologii albo nefrologii w oparciu o kryteria American College of Rheumatology przy występowaniu przynajmniej jednego z objawów: schyłkowej niewydolności nerek, schyłkowej niewydolności oddechowej, utraty wzroku lub utraty słuchu.

KATALOG B

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

33) **choroba Leśniowskiego-Crohna** – ostateczne rozpoznanie choroby Leśniowskiego-Crohna z tworzeniem przetok oraz zwężeń jelitowych potwierdzone przez lekarza gastroenterologa; konieczne jest również potwierdzenie postępującego procesu zapalnego pomimo leczenia oraz przebycie co najmniej dwóch zabiegów chirurgicznych w przebiegu kolejnych zaostrzeń;

34) **kardiomiopatia** – oznacza upośledzenie funkcji lewej komory o różnej etiologii, skutkujące znaczną i nieodwracalną niewydolnością serca w stopniu co najmniej 4. według skali Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); rozpoznanie powinno być postawione przez kardiologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje: kardiomiopatii będącej skutkiem nadużywania alkoholu lub narkotyków;

35) **niedowład (paraliż)** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana urazem lub chorobą; niedowład musi mieć charakter nierokujący poprawy i występować przez okres co najmniej 3 miesięcy; rozpoznanie i zakres zmian muszą być potwierdzone przez lekarza neurologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje żadnych przypadków niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi lub będących skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej;

36) **piorunujące zapalenie wątroby** – masywna martwica komórek wątroby spowodowana infekcją wirusową, prowadząca bezpośrednio do niewydolności wątroby; rozpoznanie musi być postawione w oparciu o spełnienie wszystkich poniższych kryteriów:

- a) szybkie zmniejszenie rozmiarów wątroby,
- b) zmiany martwicze obejmujące całe płaciki, z pozostawieniem jedynie zapadniętej siatki podścieliska,
- c) gwałtowne pogorszenie wyników prób wątrobowych,
- d) szybko narastająca żółtaczką,
- e) wystąpienie encefalopatii wątrobowej;

rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę hepatologa; zakresem ubezpieczenia nie są objęte inne postacie zapalenia wątroby, w tym w szczególności ostre wirusowe zapalenie wątroby czy nosicielstwo wirusa;

37) **poważny uraz głowy** – martwica tkanki mózgowej z powodu urazu, skutkująca trwałym deficytem neurologicznym i niezdolnością do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch z następujących czynności życia codziennego bez pomocy osób trzecich:

- a) kąpiel/prysznic,
- b) ubieranie/rozbieranie,

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

KATALOG C

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

- 42) **bakteryjne zapalenie wsierdza** – choroba rozwijająca się wskutek pozaszpitalnego zakażenia o podłożu bakteryjnym u osób z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, prowadząca do infekcyjnego zapalenia wsierdza (IZW); rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę chorób wewnętrznych lub lekarza specjalistę kardiologa na podstawie objawów klinicznych, wyników badań bakteriologicznych i obrazowych; przypadki choroby zdiagnozowane u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu tej definicji;
- 43) **borelioza** – choroba zakaźna przenoszona przez kleszcze, spowodowana infekcją bakteryjną krętkami *Borrelia burgdorferi*, przebiegająca ze zmianami skórnymi, objawiającymi się rumieniem, oraz objawami narządowymi, takimi jak: zapalenie stawów, zapalenie mięśnia sercowego, lub objawami neurologicznymi; pierwsze rozpoznanie choroby powinno być potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych, potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego i podane w dokumentacji medycznej wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;
- 44) **choroba Huntingtona** – rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Huntingtona (płasawicy Huntingtona), postępującej choroby genetycznej ośrodkowego układu nerwowego, objawiającej się niekontrolowanymi ruchami i postępującym ośpieniem;
- 45) **gruźlica** – zakażenie prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) – będące w stadium aktywnej choroby z zajęciem płuc i co najmniej jednej spośród wymienionych struktur pozapłucnych: opłucnej,

węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu – rozpoznane przez lekarza specjalistę na podstawie objawów charakterystycznych dla aktywnej choroby, badań obrazowych i bakteriologicznych oraz wymagające hospitalizacji w celu przeprowadzenia diagnostyki i rozpoczęcia leczenia przeciwprątkowego; pozytywny wynik skórnej próby tuberkulinowej nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu tej definicji, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwprątkowe; nie stanowi też poważnego zachorowania bezobjawowa, nieaktywna gruźlica płuc, ujawniona jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej;

- 46) **masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** – nagłe zamknięcie światła tętnicy płucnej rozpoznane przez lekarza specjalistę w oparciu o objawy kliniczne, w tym niedociśnienie, wyniki badań obrazowych i biochemicznych, wymagające wykonania zabiegu embolizacji przy otwartej klatce piersiowej, czyli nacięcia tętnicy i usunięcia materiału zatorowego z pnia tętnicy płucnej w trakcie zabiegu operacyjnego wykonywanego w trybie pilnym; zatętnienia płucne leczone przy użyciu metod mikrochirurgicznych, technik śródnaczyniowych bądź środków farmakologicznych nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu tej definicji;

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

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

D00 – Rak in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka,

D01 – Rak in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego,

D02 – Rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego,

D03 – Czerniak in situ,

D04 – Rak in situ skóry,

D05 – Rak in situ piersi,

D06 – Rak in situ szyjki macicy,

D07 – Rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych,

D09 – Rak in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu;

- 48) **odkleszczowe zapalenie mózgu** – rozpoznanie przez specjalistę neurologa, w trakcie hospitalizacji, wirusowej choroby ośrodkowego układu nerwowego przenoszonej przez kleszcze, potwierdzonej badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego; rozpoznanie A84 (według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10) musi być podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego;

- 49) **operacja bąblowca mózgu** – operacja chirurgiczna polegająca na usunięciu torbieli bąblowcowej mózgu, spowodowanej tasiemcem z rodzaju *Echinococcus*; rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem mikroskopowym;

- 50) **operacja ropnia mózgu** – operacja chirurgiczna polegająca na usunięciu zmiany w mózgu rozpoznanej na podstawie badań obrazowych i badania histopatologicznego jako ropień;

- 51) **sepsa (posocznica)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną, powodujący niedociśnienie o wartościach skurczowych poniżej 90 mmHg i prowadzący do niewydolności narządowej co najmniej dwóch spośród następujących narządów i układów: ośrodkowego układu nerwowego, układu krążenia, układu oddechowego, układu krwiotwórczego, nerek, wątroby; przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy stanowią poważne zachorowanie w rozumieniu tej definicji; rozpoznanie musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej, dożylnym podawaniu antybiotyków i preparatów podwyższających ciśnienie tętnicze; obecność drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu tej definicji;

- 52) **tężec** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (*Clostridium tetani*), wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych w postaci dożylnego antybiotykoterapii oraz

surowicy przeciwtężcowej, stwierdzona przez lekarza specjalistę na podstawie wystąpienia jednego z następujących objawów:

- a) bolesnych skurczów mięśniowych mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękocisk lub uśmiech sardoniczny),
- b) bolesnych skurczów mięśni tułowia,
- c) uogólnionych skurczów,

oraz objawów klinicznych takich jak: nadpobudliwość, drażliwość, niepokój, gorączka, potliwość, tachykardia, arytmia, labilne ciśnienie tętnicze; rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi;

- 53) **wścieklizna** – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem wścieklizny (*Rabies virus*), przebiegająca klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, rozpoznana przez lekarza spe-

cialistę na podstawie objawów klinicznych i wykrycia wirusa wścieklizny w próbkach materiału pobranego ze śliny lub skóry bądź wykrycia przeciwciał przeciwko wirusowi wścieklizny w osoczu krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym, wymagająca zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych;

- 54) **zakażona martwica trzustki** – zabieg operacyjny wykonany pierwszorazowo z powodu rozpoznanej w badaniu histopatologicznym zakażonej martwicy trzustki w przebiegu jej ostrego zapalenia, polegający na usunięciu martwiczych fragmentów narządu i tkanek okołotrzustkowych;

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

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej ubezpieczonego

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

0341	Operacja ciała szklanego	2
0342	Zniszczenie zmiany siatkówki	3
4. UCHO		Klasa operacji
0401	Wycięcie ucha zewnętrznego	2
0402	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	3
0403	Plastyka ucha zewnętrznego	2
0404	Drenaż ucha zewnętrznego	3
0405	Otwarcie wyrostka sutkowatego	2
0406	Operacja naprawcza błony bębenkowej	2
0407	Drenaż ucha środkowego	3
0408	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	2
0409	Usunięcie zmiany ucha środkowego	2
0410	Operacja trąbki Eustachiusza	2
0411	Operacja ślimaka	1
0412	Operacja aparatu przedsionkowego	2
5. UKŁAD ODDECHOWY		Klasa operacji
0501	Wycięcie nosa	2
0502	Plastyka nosa	2
0503	Operacja przegrody nosa	3
0504	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	3
0505	Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego	3
0506	Operacja nosa zewnętrznego	3
0507	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	3
0508	Endoskopowa operacja zatok obocznych nosa	3
0509	Operacja zatoki czołowej	3
0510	Operacja zatoki klinowej	3
0511	Operacja zatoki nosa	3
0512	Wycięcie gardła	1
0513	Operacja naprawcza gardła	2
0514	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	2
0515	Wycięcie krtani	2
0516	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	2
0517	Rekonstrukcja krtani	1
0518	Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	3
0519	Częściowe wycięcie tchawicy	1
0520	Plastyka tchawicy	2
0521	Protezowanie tchawicy metodą otwartą	2
0522	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	3
0523	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	2
0524	Częściowe usunięcie oskrzela	2
0525	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	2
0526	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	2
0527	Przeszczep płuca	1
0528	Wycięcie płuca	1
0529	Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	1
0530	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	2
0531	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	2

6. JAMA USTNA I GÓRNA CZĘŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO

Klasa operacji

0601	Częściowe wycięcie wargi	3
0602	Usunięcie zmiany wargi	3
0603	Korekcja deformacji wargi	2
0604	Wycięcie języka	2
0605	Usunięcie zmiany języka	3
0606	Nacięcie języka	3
0607	Usunięcie zmiany podniebienia	3
0608	Korekcja deformacji podniebienia	2
0609	Wycięcie migdałków	3
0610	Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	3
0611	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	2
0612	Wycięcie ślinianki	3
0613	Usunięcie zmiany ślinianki	3
0614	Nacięcie gruczołu ślinowego	3
0615	Przeszczepienie przewodu ślinowego	3
0616	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	3
0617	Podwiązanie przewodu ślinowego	3
0618	Poszerzenie przewodu ślinowego	3
0619	Inne operacje przewodu ślinowego	3
0620	Wycięcie przełyku i żołądka	1
0621	Całkowite wycięcie przełyku	1
0622	Częściowe wycięcie przełyku	2
0623	Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	2
0624	Zespolenie omijające przełyku	1
0625	Rewizja zespolenia przełyku	2
0626	Operacja naprawcza przełyku	1
0627	Wytworzenie przetoki przełykowej	2
0628	Nacięcie przełyku	2
0629	Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą	2
0630	Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	2
0631	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową	3
0632	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoscopu	3
0633	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	2
0634	Operacja antyrefluksowa	3
0635	Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	3
0636	Całkowite wycięcie żołądka	1
0637	Częściowe wycięcie żołądka	2
0638	Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą	2
0639	Operacja plastyczna żołądka	2
0640	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	2
0641	Zespolenie żołądkowo-czcze	2
0642	Gastrostomia	3
0643	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	2
0644	Pyloromyotomia	2
0645	Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	3
0646	Wycięcie dwunastnicy	2
0647	Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	2

0648	Zespole nie omijające dwunastnicy	2	0807	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	3
0649	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	2	0808	Zespole nie pęcherzyka żółciowego	2
0650	Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	3	0809	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	2
0651	Wycięcie jelita czczego	2	0810	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	3
0652	Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	2	0811	Przezkórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	3
0653	Jejunostomia	2	0812	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	2
0654	Zespole nie omijające jelita czczego	2	0813	Usunięcie zmiany dróg żółciowych	2
0655	Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	2	0814	Zespole nie przewodu wątrobowego	1
0656	Wycięcie jelita krętego	2	0815	Zespole nie przewodu żółciowego wspólnego	2
0657	Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	2	0816	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	2
0658	Zespole nie omijające jelita krętego	2	0817	Nacięcie przewodu żółciowego	2
0659	Rewizja zespolenia jelita krętego	2	0818	Przedwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	2
0660	Wytworzenie ileostomii	2	0819	Przedwunastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	2
0661	Rewizja ileostomii	2	0820	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	3
0662	Śródbrzusne manipulacje na jelicie krętym	3	0821	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	3
0663	Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	2	0822	Endoskopowe operacje przewodu trzustkowego	3
7. DOLNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO			Klasa operacji		
0701	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	3	0823	Przezkórna rewizja połączenia przewodu żółciowego	3
0702	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	1	0824	Przezkórna implantacja protezy przewodu żółciowego	3
0703	Całkowite wycięcie okrężnicy	1	0825	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	3
0704	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	2	0826	Przeszczep trzustki	1
0705	Resekcja poprzecznicy	2	0827	Całkowite wycięcie trzustki	1
0706	Lewostronna hemikolektomia	2	0828	Wycięcie głowy trzustki	1
0707	Wycięcie esicy	2	0829	Usunięcie zmiany trzustki	2
0708	Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą	2	0830	Zespole nie przewodu trzustkowego	1
0709	Zespole nie omijające okrężnicy	2	0831	Otwarty drenaż trzustki	2
0710	Wyłonienie jelita ślepego	2	0832	Nacięcie trzustki	2
0711	Nacięcie okrężnicy	2	0833	Całkowite wycięcie śledziony	2
0712	Śródbrzusne manipulacje na okrężnicy	3	9. SERCE, NACZYNIYA TĘTNICZE ORAZ ŻYŁNE		
0713	Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	2	Klasa operacji		
0714	Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu	3	0901	Przeszczep płuc i serca	1
0715	Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoskopu	3	0902	Korekcja całkowita tetralogii Fallota	1
0716	Wycięcie odbytnicy	1	0903	Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie spływu żylnego (op. Mustarda)	1
0717	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	2	0904	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	1
0718	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	2	0905	Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo-komorowej	1
0719	Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	2	0906	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	1
0720	Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	2	0907	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	1
0721	Wycięcie odbytu	2	0908	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	2
0722	Wycięcie zmiany odbytu	3	0909	Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja przegrody serca	1
0723	Operacja naprawcza odbytu	2	0910	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	1
0724	Wycięcie hemoroidów	3	0911	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	1
0725	Drenaż przez okolicę krocza	3	0912	Plastyka przedsionka serca	1
0726	Wycięcie zatoki włosowej	3	0913	Walwuloplastyka mitralna	1
0727	Nacięcie ropnia okołoodbytniczego	3	0914	Walwuloplastyka aortalna	1
8. INNE NARZĄDY JAMY BRZUSZNEJ			0915	Plastyka zastawki trójdzielnej	1
Klasa operacji			0916	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	1
0801	Przeszczep wątroby	1	0917	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	1
0802	Częściowe wycięcie wątroby	1	0918	Rewizja plastyki zastawki serca	1
0803	Usunięcie zmiany wątroby	1	0919	Otwarta walwulotomia	1
0804	Nacięcie wątroby	3	0920	Zamknięta walwulotomia	1
0805	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu	2	0921	Przezkórna operacja dotycząca zastawki serca	2
0806	Przeznaczeniowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych	2			

0922	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	1	0972	Operacja żyłaków kończyny dolnej z usunięciem żyły odpiszczelowej	3
0923	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	1	0973	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	3
0924	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu	1	0974	Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna naczyń żylnego	3
0925	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy	1	10. UKŁAD MOCZOWY		Klasa operacji
0926	Pomostowanie t. wieńcowej z t. piersiową wewnętrzną	1	1001	Przeszczep nerki	2
0927	Otwarta koronaroplastyka	1	1002	Całkowite wycięcie nerki	2
0928	Przeżyłowa balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej	2	1003	Częściowe wycięcie nerki	2
0929	Otwarta operacja układu bójcoprzewodzącego serca	1	1004	Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	2
0930	Wszczepienie systemu wspomagania serca	2	1005	Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	2
0931	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	3	1006	Nacięcie nerki	2
0932	Inny stały sposób stymulacji serca	1	1007	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	3
0933	Wycięcie osierdza	1	1008	Operacja nerki przez nefrostomię	3
0934	Drenaż osierdza	2	1009	Wycięcie moczowodu	2
0935	Nacięcie osierdza	2	1010	Wytworzenie przetoki moczowodowej	2
0936	Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	1	1011	Reimplantacja moczowodu	2
0937	Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	1	1012	Operacja naprawcza moczowodu	2
0938	Przeżyłowa operacja dotycząca wad wielkich naczyń	1	1013	Nacięcie moczowodu	2
0939	Zespolenie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	1	1014	Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop	2
0940	Zespolenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	1	1015	Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop	3
0941	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	1	1016	Operacja w zakresie ujścia moczowodu	3
0942	Przeżyłowa operacja tętnicy płucnej	2	1017	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	1
0943	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	1	1018	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	2
0944	Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych	1	1019	Powiększenie pęcherza	2
0945	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	1	1020	Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skórnej	3
0946	Plastyka aorty	1	1021	Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	2
0947	Przeznaczeniowa operacja aorty	2	1022	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	3
0948	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	1	1023	Brzuszo-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	2
0949	Przeznaczeniowa operacja tętnicy szyjnej	2	1024	Brzuszną plastyką ujścia pęcherza u kobiety	2
0950	Operacja tętniaka tętnicy mózgu	1	1025	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	2
0951	Przeznaczeniowa operacja tętnicy mózgowej	2	1026	Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	3
0952	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	1	1027	Wycięcie prostaty metodą otwartą	2
0953	Przeznaczeniowa operacja tętnicy podobojczykowej	2	1028	Wycięcie prostaty metodą endoskopową	3
0954	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	1	1029	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	3
0955	Przeznaczeniowa operacja tętnicy nerkowej	2	1030	Wycięcie cewki moczowej	2
0956	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	1	1031	Operacja naprawcza cewki moczowej	2
0957	Przeznaczeniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	2	1032	Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	3
0958	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	1	1033	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	3
0959	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	1	11. NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE		Klasa operacji
0960	Przeznaczeniowa operacja tętnicy biodrowej	2	1101	Usunięcie moszny	3
0961	Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych	1	1102	Obustronne wycięcie jąder	2
0962	Rekonstrukcja tętnicy udowej	1	1103	Usunięcie zmiany jądra	3
0963	Rewizja po rekonstrukcji tętnicy biodrowej lub udowej	3	1104	Jednostronne wycięcie jądra	3
0964	Przeznaczeniowa operacja tętnicy udowej	3	1105	Obustronne sprowadzenie jąder	2
0965	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	3	1106	Jednostronne sprowadzenie jądra	3
0966	Wycięcie innej tętnicy	3	1107	Protezowanie jądra	3
0967	Operacja naprawcza innej tętnicy	3	1108	Operacja wodniaka jądra	3
0968	Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna innych tętnic	3	1109	Operacja najądrza	3
0969	Zespolenie tętniczo-żylnie	3	1110	Wycięcie nasieniowodu	3
0970	Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	1	1111	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	2
0971	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	3	1112	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	3

1113	Operacja pęcherzyków nasiennych	2	1312	Przeszczep śluzówki	3
1114	Amputacja prącia	2	1313	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	3
1115	Usunięcie zmiany prącia	3	1314	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	3
1116	Operacja plastyczna prącia	3	1315	Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	3
1117	Protezowanie prącia	3	14. TKANKI MIĘKKIE		
1118	Operacja napletka	3	Klasa operacji		
12. ŻEŃSKI UKŁAD ROZRODCZY			1401	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	2
Klasa operacji			1402	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	2
1201	Operacja techtaczk	3	1403	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	2
1202	Operacja gruczołu Bartholina	3	1404	Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu	3
1203	Wycięcie sromu	2	1405	Otwarcie klatki piersiowej	2
1204	Wycięcie zmiany sromu	3	1406	Operacja naprawcza pękniętej przepony	1
1205	Operacja naprawcza w obrębie sromu	3	1407	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	3
1206	Nacięcie kanału pochwy	3	1408	Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	3
1207	Wycięcie pochwy	3	1409	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	2
1208	Nacięcie zrostów pochwy	3	1410	Pierwotna plastyka przepukliny udowej	3
1209	Usunięcie zmiany pochwy	3	1411	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	2
1210	Operacja plastyczna pochwy	3	1412	Plastyka przepukliny pępkowej	3
1211	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	3	1413	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	3
1212	Plastyka sklepienia pochwy	3	1414	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	2
1213	Operacja w obrębie zatoki Douglasa	3	1415	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	3
1214	Wycięcie szyjki macicy	3	1416	Operacja dotycząca pępka	3
1215	Wycięcie zmiany szyjki macicy	3	1417	Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej)	3
1216	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	2	1418	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	3
1217	Wycięcie macicy drogą przezpochwową	2	1419	Otwarcie jamy otrzewnej	3
1218	Terapeutyczna operacja endoskopowa macicy	3	1420	Operacja dotycząca sieci	3
1219	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	2	1421	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	3
1220	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	3	1422	Operacja dotycząca krezki okrężnicy	3
1221	Częściowe wycięcie jajowodu	3	1423	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	3
1222	Wszczepienie protezy jajowodu	3	1424	Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej	3
1223	Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	3	1425	Przeszczep powięzi	3
1224	Nacięcie jajowodu	2	1426	Wycięcie powięzi brzucha	3
1225	Endoskopowe leczenie jajowodu	3	1427	Usunięcie zmiany powięzi	3
1226	Operacja dotycząca strzępków jajowodu	3	1428	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	3
1227	Częściowe wycięcie jajnika	3	1429	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	3
1228	Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	3	1430	Operacja kaletki maziowej	3
1229	Operacja naprawcza jajnika	3	1431	Przełożenie ścięgna	3
1230	Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	3	1432	Wycięcie ścięgna	3
1231	Operacja więzadła szerokiego macicy	3	1433	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	3
1232	Operacja innego więzadła macicy	3	1434	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	2
13. SKÓRA			1435	Uwolnienie ścięgna	3
Klasa operacji			1436	Zmiana długości ścięgna	3
1301	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	2	1437	Wycięcie pochewki ścięgna	3
1302	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	3	1438	Przeszczep mięśnia	2
1303	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno	3	1439	Wycięcie mięśnia	3
1304	Przeszczep płata skóry owłosionej	3	1440	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szcicia mięśnia)	3
1305	Przeszczep płata skórno z unerwieniem	2	1441	Uwolnienie przykurczu mięśnia	3
1306	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno	3	1442	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	2
1307	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	3	1443	Wycięcie lub biopsja otwarta węzła chłonnego	3
1308	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	3	1444	Drenaż węzła chłonnego	3
1309	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	3			
1310	Przeszczep płata śluzówki	3			
1311	Siatkowy autoprzeszczep skóry	3			

1445	Operacja przewodu limfatycznego	2	1543	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	2
1446	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	3	1544	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	3
15. KOŚCI ORAZ STAWY		Klasa operacji	1545	Zamknięte nastawienie złamania kości z przeskorną stabilizacją zewnętrzną	3
1501	Operacja naprawcza czaszki	2	1546	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	3
1502	Otwarcie czaszki	1	1547	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu	2
1503	Wycięcie kości twarzy	3	1548	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu	2
1504	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	3	1549	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu	2
1505	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	3	1550	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu	2
1506	Wycięcie żuchwy	2	1551	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	2
1507	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	3	1552	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	2
1508	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	2	1553	Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu	2
1509	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	1	1554	Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu	2
1510	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	2	1555	Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	2
1511	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	1	1556	Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	2
1512	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy (nie obejmuje operacji wycięcia krążka międzykręgowego)	1	1557	Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	3
1513	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego	1	1558	Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	3
1514	Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa	2	1559	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	3
1515	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	1	1560	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym	3
1516	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	1	1561	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym	3
1517	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	1	1562	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	3
1518	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	1	1563	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	2
1519	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	2	1564	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	2
1520	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	1	1565	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	3
1521	Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	2	1566	Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	2
1522	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	1	1567	Protezowanie ścięgna	2
1523	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	2	1568	Wzmocnienie ścięgna protezą	3
1524	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	2	1569	Rekonstrukcja więzadła stawu kolanowego	2
1525	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	1	1570	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	2
1526	Usunięcie zmiany kręgosłupa	2	1571	Uwolnienie przykurczu stawu	3
1527	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	2	1572	Operacja struktur okołostawowych palucha	3
1528	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	2	1573	Terapeutyczna endoskopia chrząstki półksiężycowatej	3
1529	Całkowita rekonstrukcja kciuka	2	1574	Terapeutyczna endoskopia innych chrząstek stawowych	3
1530	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	2	1575	Terapeutyczna endoskopia innych struktur stawowych	3
1531	Całkowita rekonstrukcja tylostopia	2	1576	Terapeutyczna endoskopia stawu kolanowego	3
1532	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	2	1577	Terapeutyczna endoskopia innego stawu	2
1533	Wycięcie kości ektopowej	3	16. RÓŻNE		Klasa operacji
1534	Usunięcie zmiany kości	2	1601	Replantacja kończyny górnej	2
1535	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	2	1602	Replantacja kończyny dolnej	2
1536	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	2	1603	Replantacja innego narządu	2
1537	Rozdzielenie trzonu kości	2	1604	Wszczepienie protezy kończyny	1
1538	Rozdzielenie kości stopy	3	1605	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	2
1539	Drenaż kości	3	1606	Amputacja ręki na wysokości nadgarstka	3
1540	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	2	1607	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	2
1541	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	2	1608	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia stopy	3
1542	Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	2	1609	Amputacja palucha	3

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

Pojęcia użyte w tej tabeli oznaczają:

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

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

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

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 (za każdą kość):	
a)	sklepienia	2
b)	podstawy	5
3.	Ubytek pełnej grubości kości niezależnie od powierzchni:	10
4.	Rozpoznane wstrząśnienie mózgu w następstwie urazu czaszkowo-mózgowego:	
a)	z hospitalizacją od 1 do 2 dni	1
b)	z hospitalizacją od 3 do 5 dni	2
c)	z hospitalizacją od 6 do 10 dni	5
d)	z hospitalizacją powyżej 10 dni	10
5.	Urazy śródczaszkowe:	
a)	krwiał śródczaszkowy pourazowy, potwierdzony w badaniach obrazowych mózgu (TK, RM), leczony zachowawczo	10
b)	krwiał śródczaszkowy pourazowy leczony operacyjnie	20
c)	krwiał śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o czasowej niezdolności do pracy na ponad 12 miesięcy	30
d)	krwiał śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy	60
e)	krwiał śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji	100
6.	Uszkodzenie nerwów ruchowych:	
a)	błoczkowy dodatkowy, podjęzykowy	2
b)	okoruchowy, odwodzący, trójdzielnny, twarzowy, błędny, językowo-gardłowy	3
B. USZKODZENIA TWARZY		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
7.	Uszkodzenia powłok twarzy:	
a)	rany skóry twarzy	2
b)	oparzenia powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5

8.	Uszkodzenia nosa:	
a)	złamanie kości nosa i przegrody nosa wieloodłamowe, z przemieszczeniem	5
b)	złamanie kości przegrody nosa i przegrody nosa z przemieszczeniem	2
c)	inne złamania kości przegrody nosa lub przegrody nosa bez przemieszczenia	1
d)	utrata części nosa operowana rekonstrukcyjnie	7
e)	utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	30
9.	Ukruszenie zęba (odbycie wizyty lekarskiej; świadczenie za maksymalnie 5 zębów)	0,5
10.	Utrata zębów stałych (co najmniej korona) – za każdy ząb:	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za utratę zębów stałych nie może przekroczyć 20%.		
11.	Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej:	
a)	złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b)	złamania wieloodłamowe	4
c)	inne złamania	1
12.	Utrata szczęki lub żuchwy:	
a)	częściowa	15
b)	całkowita	40
13.	Złamania żuchwy:	
a)	złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b)	złamania wieloodłamowe	4
c)	inne złamania	1
14.	Ubytek podniebienia	15
15.	Urazy języka:	
a)	rany języka powyżej 1 cm	1
b)	częściowa utrata języka	3
c)	całkowita utrata języka	50
C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU (nie podlegają sumowaniu)		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
16.	Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
a)	jednego oka	15
b)	obojsza oczu	30
17.	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych, drażących, urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:	
a)	bez zaburzeń ostrości wzroku z potwierdzeniem dodatniego testu barwienia rogówki (fluoresceiną)	2
b)	z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	5
c)	z częściowym obniżeniem ostrości wzroku obojsza oczu (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	15

d)	z całkowitą utratą widzenia jednego oka	35
e)	z całkowitą utratą widzenia obojga oczu	100
f)	utrata gałki ocznej	40
18.	Ubytki pola widzenia:	
a)	dwuskroniowe	60
b)	dwunosowe	30
c)	jednoimienne	30
d)	inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	5
19.	Bezsoczewkowość pourazowa:	
a)	w jednym oku	15
b)	w obojgu oczach	30
20.	Uszkodzenie przewodów łzowych wymagające korekcji operacyjnej:	
a)	w jednym oku	5
b)	w obojgu oczach	15
21.	Odwartwienie siatkówki jednego oka – pourazowe, po urazie oka lub głowy:	
a)	bez zaburzeń ostrości wzroku	2
b)	z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	5
c)	z całkowitą utratą wzroku	35
22.	Jaskra wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy	3
23.	Wytrzeszcz tętniący pourazowy	40

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

D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
24.	Urazy małżowiny usznej:	
a)	rany, oparzenia i odmrożenia	1
b)	utrata części małżowiny	2
c)	utrata części małżowiny operowana rekonstrukcyjnie	7
d)	całkowita utrata jednej małżowiny	15
e)	całkowita utrata obu małżowin	30
25.	Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, ucha wewnętrznego:	
a)	bez utraty słuchu, jednostronne	2
b)	z częściową jednostronną utratą słuchu (powyżej 25 dB)	5
c)	z całkowitą jednostronną utratą słuchu	20
d)	z częściową obustronną utratą słuchu (powyżej 25 dB)	10
e)	z całkowitą obustronną utratą słuchu	50

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

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

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZĘŁYKU		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
26.	Uszkodzenie gardła, krtani, tchawicy leczone operacyjnie	7

27.	Uszkodzenie przełyku:	
a)	leczone operacyjnie (nie obejmuje rekonstrukcji)	7
b)	leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	30
28.	Uszkodzenie skóry szyi:	
a)	rany skóry	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)	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	1
b)	rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
c)	rany brzucha leczone operacyjnie z otwarciem jamy otrzewnowej	5
37.	Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:	
a)	leczone operacyjnie, bez utraty narządów jamy brzusznej	5
b)	utrata części żołądka, jelita cienkiego lub grubego	10
38.	Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy (aorty brzusznej, tętnic biodrowych wspólnych, zewnętrznych i wewnętrznych, żyły głównej dolnej i żył biodrowych wspólnych) leczone operacyjnie	10
39.	Uszkodzenie odbytnicy, odbytu, zwieracza odbytu:	
a)	uszkodzenia zaopatrzone chirurgicznie	4
b)	uszkodzenia wymagające odbytu sztucznego	15

40. Uszkodzenia śledziony:	
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata śledziony	20
41. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki:	
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata pęcherzyka żółciowego, fragmentu wątroby lub fragmentu trzustki	10
d) utrata całkowita wątroby lub trzustki	100
H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH	
Wysokość świadczenia 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 operacyjnie, bez względu na metodę	5
b) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
44. Uszkodzenie pęcherza moczowego:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone operacyjnie	10
c) utrata całkowita pęcherza	50
45. Uszkodzenia cewki moczowej:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone operacyjnie, bez względu na metodę	5
c) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
46. Uszkodzenia prącia:	
a) rany, uszkodzenia leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	2
b) częściowa utrata prącia	10
c) całkowita utrata prącia	40
47. Uszkodzenie lub utrata jądra, jajnika:	
a) leczone zachowawczo (wodniak, krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata częściowa	10
d) utrata całkowita	20
e) utrata całkowita obu jąder lub jajników	40
48. Utrata macicy	30
49. Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy:	
a) izolowane rany w zakresie skóry	2
b) uszkodzenia skóry oraz mięśni lub powięzi, zaopatrzone chirurgicznie	7
c) uszkodzenia leczone operacyjnie lub rekonstrukcyjnie	15
I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA	
Wysokość świadczenia 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 oraz wyrostków stawowych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%.	
51. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th10):	
a) skręcenie	1
b) 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 oraz wyrostków stawowych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym nie może przekroczyć 30%.	
52. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11–L5):	
a) skręcenie	2
b) 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 oraz wyrostków stawowych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym nie może przekroczyć 40%.	
53. Urazy rdzenia kręgowego:	
a) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), leczone zachowawczo	10
b) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), leczone operacyjnie	20
c) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o czasowej niezdolności do pracy na ponad 12 miesięcy	30
d) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy	60
e) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji	100
J. USZKODZENIA MIEDNICY	
Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
54. Rozejście się spojenia łonowego	5
55. Skręcenie stawu biodrowego	2
56. Zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego	10
57. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe:	
a) w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa lub kulszowa)	2
b) w odcinku przednim – kość łonowa i kulszowa lub obustronnie	5

c)	w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a) bez przemieszczenia	10
d)	w odcinku przednim i tylnym z przemieszczeniem	20
58. Złamanie panewki stawu biodrowego:		
a)	tylnej kolumny, tylnej krawędzi	15
b)	przedniej kolumny, przedniej krawędzi	7
c)	zwichnięcie centralne I°	7
d)	zwichnięcie centralne II°	15
e)	zwichnięcie centralne III°	30
f)	uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
59. Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej:		
a)	jednomiejscowe nieprzemieszczone złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej	2
b)	jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej z przemieszczeniem	4
c)	wielomiejscowe złamania kości miednicy lub kości krzyżowej bez przemieszczenia	5
d)	wielomiejscowe złamania kości miednicy lub kości krzyżowej z przemieszczeniem	10
e)	izolowane złamania talerza kości biodrowej, 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		
60. Złamania łopatki:		
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c)	inne złamania	1
OBOJCZYK		
61. Złamania obojczyka:		
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c)	inne złamania	1
62. Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego:		
a)	zwichnięcie I°	1
b)	zwichnięcie II°	3
c)	zwichnięcie III°	5
BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY		
63. Uszkodzenia stawu ramiennie-łopatkowego (zwichnięcia, złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej; skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku:		
a)	skręcenie	1
b)	zwichnięcie wymagające repozycji przez lekarza	3
c)	złamania wieloodłamowe	10
d)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e)	inne złamania	2
f)	złamania leczone protezoplastyką	15
64. Utrata kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym		65
65. Utrata kończyny wraz z łopatką		70

RAMIĘ		
66. Złamanie trzonu kości ramiennej:		
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte	12
b)	złamania otwarte	10
c)	złamania wieloodłamowe	7
d)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e)	inne złamania	2
67. Izolowane uszkodzenia skóry, mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów:		
a)	rany skórne	1
b)	uszkodzenie mięśnia dwugłowego lub uszkodzenie ścięgna zaopatrzone chirurgicznie	4
c)	uszkodzenie innych mięśni ramienia zaopatrzone chirurgicznie	3
68. Utrata kończyny w obrębie ramienia		60
STAW ŁOKCIOWY		
69. Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej):		
a)	złamania wieloodłamowe	8
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
c)	inne złamania	2
70. Inne uszkodzenia łokcia:		
a)	skręcenie	1
b)	zwichnięcie	3
PRZEDRAMIĘ		
71. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia:		
a)	złamania wieloodłamowe	7
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c)	inne złamania	2
72. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia:		
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte, lub złamania Monteggia, Galeazziego	9
b)	złamania otwarte	7
c)	złamania wieloodłamowe	5
d)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e)	inne złamania	2
73. Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien:		
a)	rany skórne	1
b)	uszkodzenia mięśni lub ścięgien zaopatrzone chirurgicznie (każde)	2
74. Utrata kończyny w obrębie przedramienia		55
75. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka		50
NADGARSTEK		
76. Uszkodzenia nadgarstka:		
a)	złamania mnogie kości nadgarstka z przemieszczeniem	7
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c)	inne złamania	2
d)	zwichnięcia	5
e)	skręcenia	1
77. Utrata ręki na poziomie nadgarstka		50
ŚRÓDRĘCZE		
78. Złamania kości śródręcza:		
a)	I kość śródręcza:	

i)	złamania wieloodłamowe	6
ii)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
iii)	inne złamania	2
b)	II kość śródreżcza:	
i)	złamania wieloodłamowe	4
ii)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii)	inne złamania	1
c)	III, IV, V kość śródreżcza:	
i)	złamania wieloodłamowe	2
ii)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii)	inne złamania	1
79.	Rany dłoni (z wyjątkiem palców) i śródreżcza powyżej 3 cm	1
KCIUK		
80.	Utrata w zakresie kciuka:	
a)	utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b)	utrata paliczka paznokciowego	6
c)	utrata obu paliczków bez kości śródreżcza	10
d)	utrata obu paliczków z kością śródreżcza	15
81.	Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich):	
a)	złamania wieloodłamowe	6
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c)	inne złamania	2
d)	rany	1
e)	uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f)	zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	2
g)	zwichnięcia w stawie śródreżczo-paliczkowym	2
PALEC WSKAZUJĄCY		
82.	Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:	
a)	utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b)	utrata paliczka paznokciowego	2
c)	utrata paliczka środkowego	8
d)	utrata trzech paliczków	10
e)	utrata wskaziciela z kością śródreżcza	11
83.	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich):	
a)	złamania wieloodłamowe	4
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c)	inne złamania	1
d)	rany	1
e)	uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f)	zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	1
g)	zwichnięcia w stawie śródreżczo-paliczkowym	1
PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY		
84.	Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:	
a)	utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b)	palec III – utrata paliczka paznokciowego	2
c)	palec III – utrata dwóch paliczków	5
d)	palec III – utrata trzech paliczków	8
e)	utrata palca III z kością śródreżcza	9

f)	palec IV – utrata paliczka paznokciowego	1
g)	palec IV – utrata dwóch paliczków	2
h)	palec IV – utrata trzech paliczków	3
i)	utrata palca IV z kością śródreżcza	4
j)	palec V – utrata paliczka paznokciowego	1
k)	palec V – utrata dwóch paliczków	2
l)	palec V – utrata trzech paliczków	3
m)	utrata palca V z kością śródreżcza	4
85.	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich:	
a)	palec III:	
i)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
ii)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii)	inne złamania	1
iv)	rany, uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
v)	zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	1
vi)	zwichnięcia w stawie 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	1
v)	zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	1
vi)	zwichnięcia w stawie śródreżczo-paliczkowym	1
c)	palec V:	
i)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
ii)	inne złamania	1
iii)	rany, uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
iv)	zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	1
v)	zwichnięcia w stawie 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		
86.	Utrata kończyny dolnej:	
a)	przez wyluszczenie jej w stawie biodrowym	70
b)	amputacja na poziomie uda	60
87.	Uszkodzenia stawu biodrowego – bliższej nasady kości udowej – złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej:	
a)	złamania wieloodłamowe	15
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	10
c)	inne złamania	8
d)	uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
UDO		
88.	Złamanie kości udowej:	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte	15

b)	złamania otwarte	12
c)	złamania wieloodłamowe	8
d)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e)	inne złamania	3
89.	Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich – skóry, mięśni, ścięgien, naczyń:	
a)	rany skórne uda lub pośladka	1
b)	uszkodzenia mięśni zaopatrzone chirurgicznie	3
c)	uszkodzenia naczyń leczone operacyjnie	8
KOLANO		
90.	Złamania kości tworzących staw kolanowy – dalszej nasady kości udowej, bliższej nasady kości piszczelowej:	
a)	skręcenie stawu kolanowego (konieczne unieruchomienie stawu na minimum 7 dni)	2
b)	skręcenie stawu kolanowego bez unieruchomienia (konieczne leczenie* przez minimum 2 tygodnie)	1
c)	złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiażdżeniowe	20
d)	złamania wieloodłamowe	10
e)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
f)	inne złamania	3
91.	Złamania rzepki:	
a)	złamania skutkujące usunięciem rzepki	10
b)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
c)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d)	inne złamania	3
92.	Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego (sumarycznie maksymalnie do 25%):	
a)	uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej	3
b)	uszkodzenie łąkotki bocznej	3
c)	uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego przedniego – ACL	5
d)	uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego tylnego – PCL	4
e)	uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego bocznego – LCL	4
f)	uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego przyśrodkowego – MCL	4
g)	zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	4
93.	Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50
PODUDZIE		
94.	Złamanie kości podudzia:	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiażdżeniowe	15
b)	złamania otwarte	12
c)	złamania wieloodłamowe	10
d)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e)	inne złamania	3
95.	Izolowane złamanie kości strzałkowej:	
a)	złamania wieloodłamowe	3
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c)	inne złamania	1
96.	Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien:	
a)	rany skórne	1
b)	naderwanie mięśnia trójgłowego łydki	2
c)	całkowite uszkodzenie mięśnia trójgłowego łydki	10
d)	uszkodzenie ścięgna Achillesa niewymagające leczenia operacyjnego	2

e)	uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	5
f)	uszkodzenie mięśnia piszczelowego przedniego i prostowników palców	3
g)	uszkodzenie innych mięśni i ścięgien	2
97.	Utrata kończyny w obrębie podudzia:	
a)	przy długości kikuta do 8 cm, mierząc od szpary stawowej	50
b)	przy dłuższych kikutach	45
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA		
98.	Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego:	
a)	skręcenie stawu skokowego bez unieruchomienia (konieczne leczenie* przez 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
99.	Złamania kości skokowej:	
a)	złamania wieloodłamowe	8
b)	inne złamania	3
100.	Złamania kości piętowej:	
a)	złamania wieloodłamowe	10
b)	inne złamania	4
101.	Utrata kości skokowej lub piętowej:	
a)	częściowa utrata	25
b)	całkowita utrata	40
102.	Uszkodzenie pozostałych kości stępu – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 10%):	
a)	złamania wieloodłamowe	6
b)	inne złamania	2
103.	Złamania kości śródstopia – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 15%):	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte	6
b)	złamania otwarte	5
c)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
d)	inne złamania	2
104.	Inne uszkodzenia okolicy stępu, śródstopia i stopy:	
a)	rany	1
105.	Utrata stopy w całości	45
106.	Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40
107.	Utrata stopy w środkowej części stępu	35
108.	Utrata stopy w okolicy stępowo-środo-stopnej	25
PALCE STOPY		
109.	Uszkodzenie palucha:	
a)	rana	1
b)	częściowa lub całkowita utrata opuszki palucha	1
c)	utrata paliczka paznokciowego palucha	4
d)	utrata całego palucha	8
e)	utrata z kością śródstopia	9
110.	Złamania palucha:	

a)	złamania wieloodłamowe, otwarte	4
b)	złamania otwarte	3
c)	złamania wieloodłamowe	2
d)	inne złamania	1
111.	Złamania w zakresie palców II, III, IV, V (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 5%):	
a)	złamania wieloodłamowe (każdy)	2
b)	inne złamania (każdy)	1
112.	Utrata palców stopy II–V (każdy)	2
113.	Częściowa utrata palców II–V z kością śródstopia (każdy)	1
114.	Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)	3
115.	Utrata palca V z kością śródstopia	4
116.	Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia ścięgien, częściowa lub całkowita utrata opuszek (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%)	1
Uwaga: Wartość świadczenia związana z uszkodzeniem skóry, mięśni, nerwów, kości nie może przekroczyć wartości za całkowitą utratę kończyny lub części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą.		
Wartość świadczenia ustalona za uszkodzenie jednego palca stopy nie może przekroczyć wartości świadczenia przewidzianego za całkowitą utratę tego palca.		
Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę nogi.		
M. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
117.	Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:	
a)	nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	15
b)	nerwu piersiowego długiego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	10
c)	nerwu pachowego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	20
d)	nerwu mięśniowo-skrótnego:	
i)	częściowe	3
ii)	całkowite	15
e)	nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójąłowego ramienia:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	30
f)	nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójąłowego 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)	splotu 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 doznany urazie do ostatniej wizyty kontrolnej (ewentualnie do zakończenia rehabilitacji).

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

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia świadczeń medycznych i opiekuńczych MediPomoc

1. ZABIEGI AMBULATORYJNE

1) Ambulatoryjne zabiegi chirurgiczne	Proste nacięcie i usunięcie ciała obcego, tkanek podskórnych; Nacięcie i drenaż krwiaka, zbiornika płynu surowiczego lub innego zbiornika płynu; Usunięcie szwów; Zmiana opatrunku; Nakłucie stawu, aspiracja lub wstrzyknięcie; mały staw lub kaletka (np. palce u rąk lub nóg); Nakłucie stawu, aspiracja lub wstrzyknięcie; średniej wielkości staw lub kaletka (np. staw skroniowo-żuchwowy, barkowo-obończykowy, nadgarstek, staw łokciowy lub skokowy, kaletka maziowa wyrostka łokciowego); Nakłucie stawu, aspiracja lub wstrzyknięcie; duży staw lub kaletka (np. staw ramienny, biodrowy, kolanowy, kaletka barkowa); Proste zamknięcie powierzchownych ran owłosionej skóry głowy, szyi, pachy, narządów płciowych zewnętrznych, tułowia lub kończyn; Proste zamknięcie powierzchownych ran twarzy, uszu, powiek, nosa, warg lub błon śluzowych; Proste usunięcie płytki paznokciowej, częściowe lub całkowite
2) Ambulatoryjne zabiegi laryngologiczne	Usunięcie ciała obcego, śródnosowe
3) Ambulatoryjne zabiegi okulistyczne	Usunięcie ciała obcego – z wnętrza gałki ocznej, z przedniej komory oka lub soczewki; Usunięcie ciała obcego lub złogu 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, ręką i dolne przedramię (opatrunk rękawiczkowy); Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, palec (np. przykurcz); Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – ósemkowego; Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – gips piersiowo-ramienny; Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna górna); Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna dolna)

2. BADANIA LABORATORYJNE

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

3. BADANIA RADIOLOGICZNE

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

4. ULTRASONOGRAFIA

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

5. REHABILITACJA

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

6. TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA

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

7. REZONANS MAGNETYCZNY

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

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

To stabilna i wiarygodna firma, za którą stoją liczby:

- ☒ obecna w 17 krajach
- ☒ 17 mln klientów w Europie
- ☒ jedna z największych grup ubezpieczeniowych w Polsce
- ☒ 6 mln klientów w Polsce
- ☒ lider w ubezpieczeniach dla segmentu mieszkalnictwa

Skontaktuj się z nami:

22 599 95 22

* koszt połączenia według taryfy operatora

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

Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się z agentem.

