

Załącznik nr 2 do umowy generalnej w sprawie zawarcia grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – Pakiety GSU (zwanej dalej „umową generalną Pakiety GSU”), zawartej pomiędzy UNIQA Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. i GSU Stowarzyszenie Ubezpieczonych w dniu 18 stycznia 2018 r. – Pakiet Szczęśliwe Dziecko Pakiet Szczęśliwe Dziecko – tekst jednolity Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem zmienionych umową generalną Pakiety GSU

Spis treści

Zakres ubezpieczenia dla Ubezpieczonego	Indeks	Strona
1) Śmierć Ubezpieczonego	GNOW/14/03/01	2
Zakres ubezpieczenia dla dziecka		
2) Uszczerbek lub uszkodzenie ciała dziecka	GNUUCD/14/07/01	9
3) Poważne zachorowanie dziecka	GNCD/14/03/01	10
4) Pobyt dziecka w szpitalu	GNPWD/14/03/01	12
Świadczenia opiekuńcze i medyczne		
5) Świadczenia opiekuńcze dla Ubezpieczonego oraz jego rodziny Opieka24 i Opieka24 Plus	GNŚO/14/03/01	14
6) Świadczenia medyczne i opiekuńcze w następstwie nieszczęśliwego wypadku MediPomoc dla dziecka	GNSAMD/17/07/01	18
Załączniki		
Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka		23
Tabela procedur medycznych		30

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

INDEKS GNOW/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

I. UMOWA UBEZPIECZENIA

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Umowa ubezpieczenia

§ 2

Na treść umowy ubezpieczenia składają się następujące dokumenty:

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

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

Co Towarzystwo ubezpiecza i za co odpowiada?

§ 3

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

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

W jaki sposób zawierana jest umowa ubezpieczenia?

§ 4

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

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

§ 5

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

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

Czy warunki ubezpieczenia mogą ulec zmianie?

§ 6

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

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

5. Jeżeli Ubezpieczony nie upoważni Ubezpieczającego do wyrażania w jego imieniu zgody na zmiany w umowie ubezpieczenia, to w przypadku zaproponowania przez Towarzystwo zmiany warunków, jeśli Towarzystwo nie otrzymało zgody Ubezpieczonego na nowe warunki, ochrona ubezpieczeniowa nie ulega wobec niego przedłużeniu i wygasa w ostatnim dniu roku polisy. Jeśli jednak najpóźniej na 15 dni przed końcem roku polisy Ubezpieczony przekaze Ubezpieczającemu piśmną 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 zaproponuje zmianę warunków ubezpieczenia przed rocznicą polisy, wówczas ochrona względem tego Ubezpieczonego wygaśnie. Jeśli jednak Ubezpieczony złoży oświadczenie na 15 dni przed rocznicą polisy, ochrona ubezpieczeniowa ulegnie wobec niego przedłużeniu.

II. TWOJE UBEZPIECZENIE

Kto może przystąpić do ubezpieczenia?

§ 7

1. (otrzymuje brzmienie) Do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia.
2. (otrzymuje brzmienie) Towarzystwo ma prawo odmówić zgody na przystąpienie do umowy ubezpieczenia. O odmowie zgody na przystąpienie do ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego.

Od kiedy jest świadczona ochrona względem Ubezpieczonego?

§ 8

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

Jak przebiega i na czym polega ocena ryzyka ubezpieczeniowego?

§ 9

1. (otrzymuje brzmienie) Względem każdej osoby zgłoszonej do ubezpieczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny ryzyka.
2. (otrzymuje brzmienie) Ocena ryzyka ubezpieczeniowego dotyczy w szczególności osoby, która:
 - 1) (usunięto)

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

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

§ 10

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

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

III. SKŁADKA I SUMA UBEZPIECZENIA

W jaki sposób ustalana jest wysokość składki i sumy ubezpieczenia?

§ 11

1. (*otrzymuje brzmienie*) Wysokość składki należnej za danego *Ubezpieczonego* ustala się na podstawie taryfy składek obowiązującej w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku. Wysokość składki za danego *Ubezpieczonego* określa Towarzystwo w zależności od:
 - 1) wysokości *sumy ubezpieczenia*;
 - 2) zakresu ubezpieczenia;
 - 3) częstotliwości opłacania składek;
 - 4) liczby, wieku i płci osób przystępujących do ubezpieczenia;
 - 5) (*usunięto*)

- 6) informacji o ryzyku ubezpieczeniowym, zawartych w deklaracjach i innych dokumentach ubezpieczeniowych.
2. Wysokość składki należnej za danego *Ubezpieczonego* jest określana w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*.

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

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

W jaki sposób opłacana jest składka?

§ 12

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

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

Jakie są konsekwencje nieopłacenia składki?

§ 13

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

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

§ 14 (*usunięto*)

IV. ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE

Świadczenie z tytułu umowy podstawowej

§ 15

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

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

Uposażony

§ 16

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

Wypłata świadczenia

§ 17

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

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

V. ZA CO TOWARZYSTWO NIE ODPOWIADA?

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

Kiedy ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona?

§ 18 (otrzymuje brzmienie)

1. Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z zastosowaniem 3-miesięcznej karencji, liczonej od daty zawarcia lub zmiany warunków *umowy ubezpieczenia* i dotyczącej całego zakresu ochrony.
2. Do okresu karencji zalicza się okres nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w takim samym zakresie przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w ramach poprzedniego ubezpieczenia trwającego bezpośrednio przed przystąpieniem lub zmianą warunków umowy ubezpieczenia, względem którego ochrona zakończyła się przed rozpoczęciem odpowiedzialności z tytułu *umowy ubezpieczenia*.
3. W sytuacji opisanej w ust. 3 w okresach karencji, o których mowa w ust. 1 świadczenie ograniczone jest do wysokości niższego z następujących świadczeń:
 - 1) świadczenia należnego z tytułu OWU lub OWUD albo
 - 2) świadczenia należnego w ramach poprzedniego ubezpieczenia.
4. Karencji nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane zostało *nieszczęśliwym wypadkiem*.

Kiedy świadczenie nie zostanie wypłacone?

§ 19

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

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

Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji

§ 20

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

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

VI. OBOWIĄZKI

Jakie są obowiązki *Ubezpieczającego* względem Towarzystwa?

§ 21

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

! Do obowiązków *Ubezpieczającego* należy w szczególności:

- 1) informowanie o zmianach swoich danych kontaktowych i adresowych;
- 2) przekazywanie list osób przystępujących do ubezpieczenia i względem których ochrona nie będzie kontynuowana, jak również osób, względem których ochrona ma ulec zawieszeniu bądź wznowieniu;
- 3) opłacanie składki należnej za wszystkich *Ubezpieczonych* zgodnie z warunkami zawartej umowy;

- 4) udzielanie odpowiedzi na pytania Towarzystwa zawarte we wniosku i innych dokumentach.

Jakie są obowiązki *Ubezpieczającego* względem *Ubezpieczonych*?

§ 22

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

Jakie są obowiązki Towarzystwa?

§ 23

Towarzystwo jest zobowiązane do:

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

Jakie są obowiązki *Ubezpieczonego*?

§ 24

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

VII. REZYGNACJA, WYPOWIEDZENIE, ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Kiedy *Ubezpieczający* może odstąpić od umowy ubezpieczenia?

§ 25

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

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

Kiedy *Ubezpieczony* może zrezygnować z umowy ubezpieczenia?

§ 26

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

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

Kiedy umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu?

§ 27

Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:

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

Kiedy można wypowiedzieć umowę ubezpieczenia?

§ 28

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

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

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

Zmiana umowy ubezpieczenia

§ 29

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

Zmiana zakresu i sum ubezpieczenia względem

Ubezpiezonego

§ 30

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

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

VIII. UMOWY DODATKOWE

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

Jakie definicje mają zastosowanie w poszczególnych umowach dodatkowych?

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

W jaki sposób zawierana jest umowa dodatkowa?

§ 31

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

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

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

§ 32

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

Kiedy można wypowiedzieć umowę dodatkową?

§ 33

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

W jaki sposób rozwiązuje się umowa dodatkowa?

§ 34

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

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

§ 35

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

Kiedy ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona?

§ 36

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

Postanowienia końcowe

§ 37

W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

§ 38 (usunięto)

X. REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA

Reklamacje, skargi i zażalenia

§ 39

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

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

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

Sąd właściwy do rozpatrywania sporów

§ 40

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

XI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE ORAZ INFORMACJA O PRZEPISACH PODATKOWYCH

Postanowienia końcowe

§ 41 (otrzymuje brzmienie)

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

Informacje o przepisach podatkowych

§ 42

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

3. Kwoty otrzymane przez osoby prawne z tytułu ubezpieczeń na życie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób prawnych zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

XII. DEFINICJE

Co oznaczają poszczególne pojęcia?

§ 43

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

- 1) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 2) (otrzymuje brzmienie) **dzień wymagalności składki** – określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia data, w której należna jest Towarzystwu składka;
- 3) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25. roku życia; w zakresie dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka w szpitalu pod pojęciem dziecka rozumie się dziecko, które ukończyło 1. rok życia i nie ukończyło 25. roku życia;
- 4) **ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowana przez Światową Organizację Zdrowia;
- 5) **karencja** – okres, w którym odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona; okres karencji uwzględniany jest w wyliczeniu wysokości składki za danego Ubezpieczonego;
- 6) **lekarz specjalista** – lekarz specjalista, uwzględniony w wykazie specjalności lekarskich w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (m.in. alergolog, anestezjolog, chirurg klatki piersiowej, chirurg naczyń, chirurg ogólny, dermatolog, diabetolog, endokrynolog, gastrolog, ginekolog, hematolog, kardiolog, nefrolog, neurochirurg, neurolog, okulista, onkolog, ortopeda, otolaryngolog, proktolog, pulmonolog, reumatolog, urolog);
- 7) **miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, określonym w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- 8) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz odpowiednio – w zależności od przedmiotu ubezpieczenia wskazanego w umowie dodatkowej – współmałżonka, dziecka, rodzica Ubezpieczonego, rodzica współmałżonka; zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, nie uważa się za nieszczęśliwy wypadek; za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się także następstw zdrowotnych przecięcia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia;
- 9) (usunięto)
- 10) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 11) (usunięto)
- 12) (usunięto)
- 13) (usunięto)
- 14) **Partner Medyczny** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy ubezpieczenia;
- 15) **placówka medyczna** – działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka 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, a także ośrodka rehabilitacji;
- 16) **podgrupa** – grupa Ubezpieczonych wyodrębniona ze względu na zaakceptowane przez Towarzystwo kryterium, w szczególności zakres ubezpieczenia;
- 17) **polisa** – dokument wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia oraz warunki tej umowy, w tym wysokości sum ubezpieczenia;
- 18) (usunięto)
- 19) **rocznica polisy** – dzień w każdym roku kalendarzowym obowiązywania umowy ubezpieczenia, odpowiadający dacie początku ochrony ubezpieczeniowej, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony;
- 20) (usunięto)

- 21) **rok polisy** – okres rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdą *rocznicę polisy*, a kończący się w dniu bezpośrednio poprzedzającym *rocznicę polisy*;
- 22) (*usunięto*)
- 23) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia;
- 24) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za *szpital* nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic, ośrodka leczenia uzależnień w szczególności od: alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacji, oddziału i ośrodka rehabilitacji;
- 25) (*usunięto*)
- 26) (*usunięto*)
- 27) **trwały nośnik** – materiał lub narzędzie umożliwiające Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niego, w sposób umożliwiający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, i które pozwalają na odtworzenie przechowywanych informacji w niezminionej postaci;
- 28) (*otrzymuje brzmienie*) **Ubezpieczający** – GSU Stowarzyszenie Ubezpieczonych;
- 29) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
- 30) (*usunięto*)
- 31) **umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia (OWUD) jako rozszerzenie *umowy podstawowej*;
- 32) (*usunięto*)
- 33) **umowa podstawowa** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU;
- 34) (*otrzymuje brzmienie*) **umowa ubezpieczenia** – *umowa podstawowa*, a w przypadku gdy została ona rozszerzona o *umowy dodatkowe*, wówczas obejmuje również te *umowy dodatkowe*;
- 35) **Uposażony** – osoba wskazana jako uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci *Ubezpieczonego*;
- 36) **Uprawiony** – *Ubezpieczony*, *dziecko* lub, jeżeli *dziecko* jest niepełnoletnie, prawny opiekun lub osoba upoważniona do sprawowania opieki nad *dzieckiem*, uprawnieni do organizowania i odbywania wizyt w *placówkach medycznych z dzieckiem*;
- 37) (*usunięto*)
- 38) (*usunięto*)
- 39) **uszczerbek lub uszkodzenie ciała** – następstwa *nieszczęśliwego wypadku* wymienione w Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*;
- 40) (*usunięto*)
- 41) **wada wrodzona** – nabyta w życiu płodowym, pojedyncza lub mnoga nieprawidłowość rozwojowa dotycząca narządu lub części ciała, doprowadzająca do zmian morfologicznych danego narządu, narządów lub części ciała, zakwalifikowana według ICD-10 w rozdziale XVII „Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe” (Q00-Q99), która została zdiagnozowana przed ukończeniem 1. roku życia *dziecka*;
- 42) **wcześnieiak** – żywy noworodek, który urodził się przed 36. tygodniem ciąży z wagą poniżej 2500 g; poród przedwczesny oraz wiek korygowany płodu muszą być potwierdzone w dokumentacji medycznej;
- 43) (*usunięto*)
- 44) (*usunięto*)
- 45) (*usunięto*)
- 46) (*usunięto*)
- 47) (*dodano*) **wariant** – zakres ubezpieczenia, zróżnicowany ze względu na wysokości *sum ubezpieczenia* i składki ubezpieczeniowej;
- 48) (*dodano*) **Tekst jednolity** – Tekst jednolity ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem zmienionych umową generalną Pakiety GSU.

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

INDEKS GNUUCD/14/07/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

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

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

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 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. Towarzystwo udostępnia Tabelę na swojej stronie internetowej lub na żądanie.
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 w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Podstawą wypłaty świadczenia jest dokumentacja medyczna potwierdzająca zajście zdarzenia, którą należy dostarczyć do Towarzystwa. Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 19 OWU.

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

INDEKS GNCD/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *dziecka*.

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

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *poważne zachorowania dziecka* określone w § 5 niniejszych OWUD, rozumiane jako:
 - 1) zdiagnozowane u *dziecka choroby* lub
 - 2) przeprowadzone u *dziecka zabiegi*, jeżeli w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD diagnoza lub zabieg miały miejsce po raz pierwszy lub rozpoczęło się postępowanie diagnostyczno-lecznicze.
3. 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 ze zdiagnozowaniem u *dziecka* cukrzycy zostanie przyznane pod warunkiem, że cukrzyca została zdiagnozowana przed ukończeniem przez *dziecko* 18. roku życia, a rodzice *dziecka* nie są diabetykami.
4. Prawo do świadczenia z tytułu niniejszych OWUD zostanie przyznane pod warunkiem, że *dziecko* pozostawało przy życiu przez okres co najmniej 1 miesiąca od daty:
 - 1) zdiagnozowania *choroby* lub
 - 2) przeprowadzenia zabiegu.
5. Rodzaj i data zdiagnozowania *choroby* lub przeprowadzenia zabiegu potwierdzone są na podstawie dokumentacji medycznej. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie rodzaju i daty zdiagnozowania *choroby* lub przeprowadzenia zabiegu, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

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

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

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

§ 3

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 4

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

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

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

Definicje

§ 5

Co oznaczają poszczególne pojęcia?

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

- 1) **ciężkie oparzenia** – głębokie termicznie i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
 - a) nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
 - b) nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
 - c) nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia;przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;
- 2) **cukrzyca** – choroba metaboliczna o wieloczynnikowej etiologii, charakteryzująca się przewlekłą hiperglikemią, która rozwija się w wyniku defektu wydzielania lub działania insuliny, bądź też obu tych zaburzeń;
- 3) **dystrofia mięśniowa** – dystrofia mięśniowa typu Duchenne’a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii); rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną dotyczącą rozpoznania *choroby*;
- 4) **guzy śródczaszkowe** – niezłośliwe guzy śródczaszkowe będące przyczyną stałych ubytków neurologicznych; wykluczeniu podlegają torbiele, ziarniaki, malformacje śródczaszkowe, guzy przysadki;
- 5) **inwazyjna choroba pneumokokowa (IChP)** – pierwotne zakażenie wywołane przez pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae*), o dużym nasileniu objawów chorobowych, występujące u dzieci, przebiegające pod postacią chorób o charakterze miejscowym lub uogólnionym; ochroną ubezpieczeniową objęte są przypadki ciężkich zakażeń inwazyjnych, takich jak między innymi: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, kości i szpiku, stawów, wsierdza, osierdza, otrzewnej, ucha środkowego, sepsa pneumokokowa i inne pozostawiające trwałe następstwa pod postacią np. utraty słuchu, zaburzeń procesu uczenia się, opóźnień w nauce mowy, porażeń lub innych ubytków neurologicznych; wykluczeniu podlegają zakażenia pneumokokowe o przebiegu lekkim, niepowikłane lub niepozostawiające trwałych następstw oraz pourazowe wtórne zakażenia pneumokokowe; rozpoznanie IChP oraz jej trwałych następstw winno być jednoznacznie potwierdzone wynikami badań, w tym bakteriologicznych i zawarte w dokumentacji medycznej wydanej przez ośrodek służby zdrowia prowadzący leczenie;
- 6) **niewydolność nerek** – krańcove stadium przewlekłej niewydolności nerek charakteryzujące się wskaźnikiem filtracji kłębuszkowej mniejszym niż 10 ml/min oraz wymagające ze wskazań życiowych przewlekłego leczenia dializami lub przeszczepu nerek;

- 7) **niewydolność wątroby** – krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem; rozpoznanie wymaga potwierdzenia jednoznaczną dokumentacją medyczną; za stan przewlekły uważa się co najmniej 6-miesięczny okres trwania *choroby* będącej przyczyną krańcowej niewydolności wątroby;
- 8) **nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami** – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych niszczący zdrowe tkanki; *choroba* musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego; ostateczny wynik badania histopatologicznego jednoznacznie potwierdzający nowotworowe tło *choroby* przyjmuje się za datę zaistnienia *choroby*; wykluczeniu podlegają nowotwory „in situ”, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (w tym czerniak złośliwy do 1-B stopnia zaawansowania w klasyfikacji TNM), ziarnica złośliwa i chłoniaki w 1. stopniu zaawansowania;
- 9) **przeszczep narządu** – przeszczepienie *dziecku* jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie *dziecka* na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
 - a) serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
 - b) szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy; Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu; ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- 10) **przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typ C trwające ponad 12 miesięcy i potwierdzone obecnością przeciwciał Anty HCV (IgG+), dodatnim wynikiem HCV RNA PCR oraz stwierdzonymi w badaniu biopsji wątroby cechami zapalenia wątroby, włóknienia lub marskości wątroby;
- 11) **sepsa (sepsis)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej powstały w wyniku krwiopochodnego 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;
- 12) **śpiączka** – stan utraty przytomności charakteryzujący się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (oceniany w skali śpiączki Glasgow na mniej niż 9 punktów) i koniecznością użycia sprzętu wspomagającego utrzymanie czynności życiowych (np. respiratora); stan ten winien trwać co najmniej 96 godzin oraz pozostawiać trwałe ubytki neurologiczne, a jego rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną, zawierającą między innymi końcową ocenę stanu neurologicznego;
- 13) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w następstwie *choroby*, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy; rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o badania obiektywne słuchu; zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty słuchu, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
- 14) **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach, spowodowana *chorobą*; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym;
- 15) **zapalenia mózgu** – jednoznacznie potwierdzone w trakcie *pobytu w szpitalu* rozpoznanie ostrego zapalenia tkanki mózgowej (półkul mózgowych, pnia mózgu lub mózdzku) skutkujące trwałym deficytem neurologicznym utrzymującym się przez co najmniej 6 miesięcy. Wykluczone jest zapalenie mózgu w przebiegu infekcji HIV;
- 16) **zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – pierwotne ropne, włóknikowe, ziarniniakowe lub limfocytowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych; zakresem ubezpieczenia objęte są również przypadki poronnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych; rozpoznanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych musi być udokumentowane wynikami badań i zawarte w dokumentacji medycznej ośrodka medycznego prowadzącego leczenie, z określeniem właściwego numeru statystycznego klasyfikacji ICD-10.

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

INDEKS GNPWD/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *dziecka*.

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

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *pobyt dziecka w szpitalu*, który rozpoczął się i trwa 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*.

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

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

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

§ 2

1. W przypadku *pobytu dziecka w szpitalu* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* za każdy dzień *pobytu w szpitalu*, w zależności od przyczyny *pobytu*, jedno świadczenie wskazane w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*.
2. Jeżeli *pobyt w szpitalu* został spowodowany więcej niż jedną przyczyną objętą ochroną z tytułu niniejszych OWUD, Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości odpowiadającej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
3. (otrzymuje brzmienie) Limit odpowiedzialności Towarzystwa stanowi świadczenie ubezpieczeniowe za maksymalnie 180 dni *pobytu w szpitalu* w danym *roku polisy*, z zastrzeżeniem zdania drugiego. Jeżeli *nierozrywany pobyt w szpitalu* rozpoczął się w trakcie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i wykracza:
 - 1) poza dany *rok polisy* lub
 - 2) poza okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej,przysługuje limit odpowiedzialności Towarzystwa jak w zdaniu pierwszym i jest wliczany do limitu z *roku polisy*, w którym *pobyt w szpitalu* się rozpoczął.
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 każdym *roku polisy*.

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

§ 3

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

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

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

4. Zakres świadczeń ambulatoryjnych obejmuje:

- 1) konsultacje lekarzy o następujących specjalnościach:

- a) ortopeda,
- b) chirurg ogólny,
- c) okulista,
- d) neurolog,
- e) diabetolog,
- f) internista,
- g) kardiolog;

- 2) badania laboratoryjne:

- a) badania hematologiczne,
- b) koagulologia,
- c) glukoza,
- d) lipidogram,
- e) sól, potas,
- f) mocznik,
- g) kreatynina,
- h) badania wątroby (transaminazy, bilirubina),
- i) białko,
- j) badanie ogólne moczu;

- 3) zabiegi ambulatoryjne:

- a) chirurgiczne i ortopedyczne (zdjęcie gipsu, szwów),
 - b) iniekcje domięśniowe,
 - c) iniekcje dożylnie;
- 4) badania obrazowe:
 - a) RTG,
 - b) MR oraz tomograf,
 - c) USG w tym ECHO serca,
 - d) EKG,
 - e) spirometria.

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

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

6. Świadczenia ambulatoryjne realizowane są przez *placówki medyczne* należące do sieci *Partnera Medycznego*, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.uniqa.pl. Informacje o aktualnym wykazie *placówek medycznych*, należących do sieci *Partnera Medycznego*, można uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej, udostępnionej niezwłocznie po przyznaniu świadczenia 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.uniqa.pl
- infolinii medycznej, udostępnionej po przyznaniu świadczenia.

7. Konsultacje *lekarzy specjalistów* z zakresu okulistyki oraz chirurgii ogólnej realizowane są w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia *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 za-

kresie danej specjalizacji. Konsultacje *lekarzy specjalistów* nie wymagają skierowania lekarskiego.

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

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

! 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.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 świadczeń ambulatoryjnych, dokonując zwrotu tych kosztów w ciągu 10 dni roboczych od dopełnienia przez *Ubezpieczonego* formalności związanych ze zgłoszeniem.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 4

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

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

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

Co oznaczają poszczególne pojęcia?

§ 5

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

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

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

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

INDEKS GNŚO/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego, współmałżonka, dziecka, rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka.*
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń z tytułu niniejszych OWUD są:
 - 1) *Ubezpieczony;*
 - 2) *współmałżonek;*
 - 3) *dziecko;*
 - 4) *rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka – jedynie w zakresie świadczeń wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 16).*
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) *rozstrój zdrowia w następstwie nagłego zachorowania;*
 - 2) *obrażenia ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku;*
 - 3) *pogorszenie się stanu zdrowia w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 15);*
 - 4) *urodzenie się dziecka Ubezpieczonego.*
4. W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo zobowiązuje się do zapewnienia *Ubezpieczonemu, współmałżonkowi oraz dziecku* świadczeń polegających na organizacji lub organizacji i pokryciu kosztów usług w zakresie i na zasadach opisanych w § 2 ust. 1, oraz rodzicowi *Ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka – świadczeń w zakresie i na zasadach opisanych w § 2 ust. 1 pkt 16).*
5. Dodatkowe grupowe ubezpieczenie świadczeń opiekuńczych dla *Ubezpieczonego* oraz jego rodziny może zostać zawarte jako:
 - 1) *Opieka24, w której suma ubezpieczenia z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, do której realizowane są świadczenia wymienione w § 2 ust. 1 pkt 1)–15), wynosi 3000 zł lub*
 - 2) *Opieka24 PLUS, w której suma ubezpieczenia z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, do której realizowane są świadczenia wymienione w § 2 ust. 1 pkt 1)–15), wynosi 3000 zł, a w przypadku gdy zdarzeniem ubezpieczeniowym stanowiącym podstawę udzielenia świadczeń wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 1)–15) był wypadek komunikacyjny wynosi – 6000 zł.*
6. *Sumy ubezpieczenia* wymienione w ust. 5 mogą być wykorzystywane wielokrotnie, pod warunkiem że odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

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

Jakie świadczenia zostaną przyznane?

§ 2

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenia medyczne realizowane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej na poniżej określonych zasadach:
 - 1) **opieka po hospitalizacji** – jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego była hospitalizowana przez okres dłuższy niż 5 dni oraz zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza prowadzącego powinna pozostawać w pozycji leżącej po okresie hospitalizacji, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej albo domowej po zakończeniu hospitalizacji, w miejscu zamieszkania;
 - 2) **dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza** – jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga pozostawania w pozycji leżącej, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza prowadzącego, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów dostarczenia niezbędnych leków, zaleconych wcześniej przez lekarza prowadzącego na podstawie recept i odpowiednio pisemnych zaleceń, do miejsca pobytu; Towarzystwo nie pokrywa kosztów zakupu leków;
 - 3) **transport medyczny z osobą towarzyszącą z miejsca pobytu do placówki medycznej** – jeżeli zaistniała konieczność przewiezienia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia do placówki medycznej na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, w uzgodnieniu z lekarzem Centrum Operacyjnego; o wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjne 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 fizyioterapeuty w miejscu zamieszkania albo zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej;
- 9) **wypożyczenie albo zakup sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, zgodnie ze wskazaniem lekarza specjalisty, powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Towarzystwo zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny; dodatkowo Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty transportu drobnego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania; Towarzystwo zapewnia dostęp do sprzętu rehabilitacyjnego oraz pokrywa w granicach sumy ubezpieczenia:
 - a) koszty wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego;
 - b) koszty zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.Towarzystwo nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową przebiegu i skutków terapii prowadzonej w ramach rehabilitacji; Centrum Operacyjne nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach;
- 10) **opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi** – w przypadku hospitalizacji osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, w sytuacji gdy przewidywany jest dłuższy niż 3-dniowy okres hospitalizacji,

Towarzystwo – na wniosek *Ubezpieczonego* – zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:

- a) przewozu *dzieci Ubezpieczonego* w towarzystwie osoby wyznaczonej przez *Ubezpieczonego* do *miejsca zamieszkania* na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy), albo
- b) przejazdu osoby wyznaczonej przez *Ubezpieczonego* do opieki nad *dziećmi/osobami niesamodzielnymi* z jej *miejsca zamieszkania* (na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej) do *miejsca zamieszkania Ubezpieczonego* i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);

warunkiem świadczenia wskazanych wyżej świadczeń jest podanie *Centrum Operacyjnemu* przez *Ubezpieczonego* następujących danych osoby wyznaczonej do opieki nad *dziećmi*: imię i nazwisko, dane teleadresowe;

Centrum Operacyjne świadczy usługi organizacji opieki nad *dziećmi/osobami niesamodzielnymi* po uzyskaniu przez *lekarza Centrum Operacyjnego* informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji oraz gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną przez *Ubezpieczonego* do opieki;

w przypadku gdy *Centrum Operacyjnemu* nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki, w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia przez *Ubezpieczonego*, pod wskazanym przez *Ubezpieczonego* adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania usług, Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty opieki nad *dziećmi/osobami niesamodzielnymi* w *miejscu zamieszkania* – pod warunkiem że zostanie ono udostępnione – maksymalnie do 3 dni; jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, *Centrum Operacyjne* dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną; powyższe usługi są realizowane na wniosek *Ubezpieczonego* i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w *miejscu zamieszkania* nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić;

- 11) **korepetycje** – jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* lub *nagłego zachorowania dziecka* 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 dziecka* 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 1 wizyty (tj. dojazdu oraz honorarium) położnej, w *miejscu zamieszkania*;
- 15) **pomoc psychologa** – w przypadku gdy w wyniku pogorszenia się stanu zdrowia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w związku z zajściem następujących sytuacji losowych:

- a) śmierć *Ubezpieczonego*,
- b) śmierć *dziecka*,
- c) urodzenie się *martwego dziecka*,
- d) śmierć *współmałżonka*,
- e) *poronienie*,
- f) *rozstrój zdrowia Ubezpieczonego*,
- g) *rozstrój zdrowia współmałżonka*,
- h) *rozstrój zdrowia dziecka*,

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

- 16) **udzielenie pomocy medycznej rodzicowi *Ubezpieczonego* lub rodzicowi *współmałżonka*** – Towarzystwo gwarantuje rodzicowi *Ubezpieczonego* oraz rodzicowi *współmałżonka* organizację i pokrycie kosztów następujących usług:

- a) **opieka po hospitalizacji** – jeżeli na skutek *zdarzenia ubezpieczeniowego* rodzic *Ubezpieczonego* lub rodzic *współmałżonka* był hospitalizowany przez okres co najmniej 5 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem *lekarza prowadzącego* powinien leżeć po okresie *hospitalizacji*, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej albo domowej po zakończeniu *hospitalizacji*, w *miejscu zamieszkania* rodzica *Ubezpieczonego* lub rodzica *współmałżonka*; Towarzystwo pokrywa koszty tego świadczenia do łącznej kwoty 500 zł na jedno *zdarzenie ubezpieczeniowe*,

- b) **transport na wizytę kontrolną** – jeżeli na skutek *zdarzenia ubezpieczeniowego* rodzic *Ubezpieczonego* lub rodzic *współmałżonka* był hospitalizowany przez okres co najmniej 5 dni oraz zgodnie z zaleceniem *lekarza prowadzącego* powinien udać się na wizytę kontrolną, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu na 1 wizytę kontrolną w roku z *miejsca zamieszkania* rodzica *Ubezpieczonego* lub rodzica *współmałżonka* do *placówki medycznej*,

- c) **asysta** – jeżeli na skutek *zdarzenia ubezpieczeniowego* rodzic *Ubezpieczonego* lub rodzic *współmałżonka* wymaga transportu medycznego do *placówki medycznej* i w powrotem, Towarzystwo zapewni zorganizowanie i pokrycie honorarium osoby, która będzie towarzyszyć rodzicowi *Ubezpieczonego* lub rodzicowi *współmałżonka* podczas tego transportu oraz pomoże przy załatwieniu w *placówce medycznej* formalności związanych z rejestracją oraz wypisem ze szpitala; Towarzystwo pokrywa koszty tego świadczenia do łącznej kwoty 200 zł na jedno *zdarzenie ubezpieczeniowe*,

- d) **infolinia medyczna** – na wniosek rodzica *Ubezpieczonego* lub rodzica *współmałżonka* Towarzystwo zapewnia udzielenie pierwszej konsultacji z *lekarzem Centrum Operacyjnego* drogą telefoniczną na podstawie informacji przekazanych przez rodzica *Ubezpieczonego* lub rodzica *współmałżonka*; ogólna informacja, o której mowa powyżej, nie stanowi porady medycznej; Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zastosowania się do uzyskanych informacji; świadczenie jest realizowane, o ile stan zdrowia rodzica *Ubezpieczonego* lub rodzica *współmałżonka* nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego;

- 17) **przekazanie pilnej wiadomości od *Ubezpieczonego*, *współmałżonka* lub *dziecka*** – na wniosek osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia Operator *Centrum Operacyjnego* przekaze wyznaczonej przez nią osobie każdą pilną wiadomość w związku z nagłym *zdarzeniem ubezpieczeniowym*, któremu uległa;

- 18) **infolinia medyczna** – Towarzystwo zapewnia dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z uprawnionym personelem medycznym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ustnej ogólnej informacji o danym schorzeniu, typowo stosowanym leczeniu, w tym o nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, a także o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń; Towarzystwo gwarantuje również dostęp do informacji na temat:

- a) jednostek chorobowych,
- b) stanów wymagających nagłej pomocy,
- c) zachowań prozdrowotnych,
- d) leków, w tym objawów niepożądanych przy przyjmowaniu leków, oraz przyjmowania leków w trakcie ciąży,
- e) ciąży – jej objawów, etapów rozwoju płodu, badań w czasie ciąży, zagrożeń, diety w trakcie ciąży i po porodzie,
- f) przygotowania się do porodu,
- g) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
- h) badań prenatalnych,
- i) szkół rodzenia,
- j) karmienia noworodka,

- k) obowiązkowych szczepień dzieci,
 - l) pielęgnacji niemowląt,
 - m) transportu medycznego,
 - n) telefonów zaufania i grup wsparcia, udzielających na terenie Rzeczypospolitej Polskiej pomocy osobom dotkniętym alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na określone schorzenia (np. 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 podróżnych,
 - 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 jego numer telefonu;
 - 2) podać numer *polisy* grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem;
 - 3) podać dokładne miejsce zdarzenia, krótki opis i rodzaj wymaganej pomocy;
 - 4) stosować się do zaleceń *Centrum Operacyjnego*, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw;
 - 5) umożliwić *Centrum Operacyjnemu* dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności zdarzenia, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu wyjaśnień.
3. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba występująca w jej imieniu nie mogły skontaktować się z *Centrum Operacyjnym* i w związku z tym same pokryły koszty usług medycznych, o których mowa w niniejszych OWUD, Towarzystwo zwróci w całości bądź częściowo (w zależności od tego jaka część wydatków została przeznaczona na sfinansowanie świadczeń, 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 wysokości *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 któregokolwiek z obowiązków określonych wyżej, o ile przyczyniło się to do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Towarzystwu ustalenie okoliczności lub skutków *zdarzenia ubezpieczeniowego*.
6. Podanie nieprawdziwych danych, dotyczących okoliczności lub skutków *zdarzenia ubezpieczeniowego* objętego ochroną ubezpieczeniową, lub uchylenie się od udzielenia wyjaśnień, powoduje odmowę zwrotu kosztów. W przypadku podania nieprawdziwych informacji Towarzystwo może zażądać zwrotu poniesionych kosztów.
7. Wykonanie usług medycznych gwarantowanych w niniejszych OWUD może być opóźnione na skutek strajków, zamieszek, niepokojów społecznych, zamachów terrorystycznych, wojny domowej lub wojny o zasięgu międzynarodowym, promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, zaistnienia zdarzenia losowego lub zadziałania siły wyższej udokumentowanych przez Towarzystwo.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe?

§ 4

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

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

Co oznaczają poszczególne pojęcia?

§ 5

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

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia świadczeń medycznych i opiekuńczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku MediPomoc dla dziecka zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNSAMD/17/07/01

Formularz do OWU (usunięto)

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *dziecka*.
2. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu niniejszych OWUD jest *dziecko* zamieszkujące wspólnie z *Ubezpieczonym* pod *adresem zamieszkania* oraz inny podmiot wskazany w OWUD.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje urazy powstałe u *dziecka* w wyniku *nieszczęśliwego wypadku*.

Jakie świadczenia zostaną przyznane

§ 2

1. W przypadku zaistnienia *nieszczęśliwego wypadku dziecka* Towarzystwo zobowiązuje się do organizacji lub organizacji i pokrycia kosztów świadczeń w zakresie i na zasadach opisanych poniżej.
2. O celowości organizacji lub organizacji i pokrycia kosztów wszystkich wymienionych poniżej usług medycznych decyduje *lekarz Centrum Operacyjnego* w porozumieniu z *lekarzem prowadzącym*.
3. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń wymienionych w niniejszych OWUD przekroczy limity zdefiniowane dla danego świadczenia, może zostać wykonana przez *Centrum Operacyjne*, o ile *Ubezpieczony* wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Towarzystwo limitem dla określonego świadczenia.
4. Wszystkie poniżej wymienione świadczenia realizowane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
5. W przypadku zaistnienia *nieszczęśliwego wypadku dziecka* 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 *dziecka* u lekarza chirurga.

2) Konsultacja okulisty

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie *lekarza prowadzącego*, zorganizuje i pokryje koszty wizyt *dziecka* u okulisty.

3) Konsultacja otolaryngologa

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie *lekarza prowadzącego*, zorganizuje i pokryje koszty wizyt *dziecka* u otolaryngologa.

4) Konsultacja ortopedy

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie *lekarza prowadzącego*, zorganizuje i pokryje koszty wizyt *dziecka* u ortopedy.

5) Konsultacja kardiologa

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie *lekarza prowadzącego*, zorganizuje i pokryje koszty wizyt *dziecka* u kardiologa.

6) Konsultacja neurologa

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie *lekarza prowadzącego*, zorganizuje i pokryje koszty wizyt *dziecka* u neurologa.

7) Konsultacja pulmonologa

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie *lekarza prowadzącego*, zorganizuje i pokryje koszty wizyt *dziecka* u pulmonologa.

8) Konsultacja lekarza rehabilitacji

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie *lekarza prowadzącego*, zorganizuje i pokryje koszty wizyt *dziecka* u lekarza rehabilitacji.

9) Konsultacja neurochirurga

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie *lekarza prowadzącego*, zorganizuje i pokryje koszty wizyt *dziecka* u neurochirurga.

10) Konsultacja psychologa

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie *lekarza prowadzącego*, zorganizuje i pokryje koszty wizyt *dziecka* u psychologa.

11) Zabiegi ambulatoryjne

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie *lekarza prowadzącego*, zorganizuje i pokryje koszty zabiegów medycznych wykonanych w warunkach ambulatoryjnych na rzecz *dziecka*, 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 *dziecka*

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 *dziecka* 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 *dziecka* w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych.

15) Pakiet rehabilitacyjny

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku dziecka* wymaga rehabilitacji – zgodnie z pisemnym zaleceniem *lekarza prowadzącego* – *Centrum Operacyjne* zorganizuje i pokryje koszty jednego z poniższych świadczeń:

a) wizyt fizjoterapeuty w miejscu pobytu *dziecka* albo

b) wizyty *dziecka* w poradni rehabilitacyjnej, znajdującej się najbliżej jego 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 *dziecka* 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 *dziecka* 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 dziecka* wymaga opieki pielęgniarskiej w miejscu pobytu – zgodnie z pisemnym zaleceniem *lekarza prowadzącego* – *Centrum Operacyjne* zorganizuje lub zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia *dziecku* 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 dziecka* – zgodnie z pisemnym zaleceniem *lekarza prowadzącego* lub zaleceniem *lekarza Centrum Operacyjnego* wydanym w oparciu o dokumentację medyczną – powinno używać *sprzętu rehabilitacyjnego*, *Centrum Operacyjne* zorganizuje lub 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 dziecka

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku dziecka* wymaga hospitalizacji przez okres dłuższy niż 4 dni w placówce medycznej znajdującej się powyżej 50 km od *adresu zamieszkania*, *Centrum Operacyjne* zorganizuje i pokryje koszty transportu osoby wskazanej przez osobę występującą w imieniu *dziecka* z miejsca jej pobytu na

terytorium Rzeczypospolitej Polskiej do placówki medycznej, w której *dziecko* jest hospitalizowane, oraz koszty podróży powrotnej tej osoby pod adres jej zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej 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,
- w tym, w odniesieniu do lit. b) i c), również transport taksówką na dworzec lub lotnisko i z powrotem.

21) Transport do placówki medycznej

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* zaistniała konieczność przewiezienia *dziecka* do placówki medycznej, *Centrum Operacyjne* zorganizuje i pokryje koszty jego transportu wraz z osobą wskazaną przez osobę występującą w imieniu *dziecka* z miejsca pobytu do odpowiedniej placówki medycznej, dostosowanym do stanu zdrowia *dziecka* środkiem transportu. O wyborze środka transportu decyduje lekarz *Centrum Operacyjnego* w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

22) Transport pomiędzy placówkami medycznymi

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* *dziecko* znalazło się w placówce medycznej, która nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jego zdrowia, lub jest ono skierowane na zabieg lub badania lekarskie do innej placówki medycznej, *Centrum Operacyjne* zorganizuje i pokryje koszty transportu *dziecka* wraz z osobą wskazaną przez osobę występującą w imieniu *dziecka* 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 *dziecka*.

23) Transport z placówki medycznej

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* *dziecko* było hospitalizowane i wymaga transportu z placówki medycznej pod adres zamieszkania zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego, *Centrum Operacyjne* zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu wraz z osobą wskazaną przez osobę występującą w imieniu *dziecka*, środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia *dziecka*. O wyborze środka transportu decyduje lekarz *Centrum Operacyjnego* w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

24) Transport na komisję lekarską oraz transport powrotny

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* *dziecko* musi udać się, zgodnie z otrzymanym wezwaniem, na komisję lekarską, *Centrum Operacyjne* zorganizuje i pokryje koszty transportu *dziecka* wraz z osobą wskazaną przez osobę występującą w imieniu *dziecka* z adresu zamieszkania do siedziby komisji lekarskiej oraz transportu powrotnego pod adres zamieszkania, jeżeli ze względu na stan zdrowia *dziecka*, potwierdzony dokumentacją medyczną, *dziecko* nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub samochodem. O wyborze środka transportu decyduje lekarz *Centrum Operacyjnego* w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

25) Transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* *dziecko* było hospitalizowane przez okres dłuższy niż 4 dni i zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego przed upływem roku od dnia zakończenia hospitalizacji powinno udać się na wizytę kontrolną do placówki medycznej, *Centrum Operacyjne* zorganizuje i pokryje koszty transportu na taką wizytę oraz transportu powrotnego pod adres zamieszkania, jeżeli ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, *dziecko* nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub samochodem. O wyborze środka transportu decyduje lekarz *Centrum Operacyjnego* w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

26) Dostarczenie rzeczy osobistych do szpitala

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* *dziecko* trafiło do szpitala, *Centrum Operacyjne* zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia niezbędnych artykułów pierwszej potrzeby, takich jak: odzież, przybory toaletowe, okulary, jeżeli *dziecko* nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników w ww. zakresie. Warunkiem skorzystania ze świadczenia jest udostępnienie przez *dziecko* lub osobę występującą w imieniu *dziecka* ww. przedmiotów przedstawicielowi *Centrum Operacyjnego*. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu ww. artykułów.

27) Dostarczenie lekarstw

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* *dziecko* zostały zaordynowane leki przez lekarza prowadzącego i zgodnie z jego pisemnym zaleceniem lub zaleceniem lekarza *Centrum Operacyjnego*, podjętym w oparciu o dokumentację medyczną, *Centrum Operacyjne* zorganizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia mu leków przepisanych przez lekarza prowadzącego. Świadczenie przysługuje w przypadku, gdy *dziecko*, a tym samym osoba sprawująca opiekę nad *dzieckiem*, 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.

28) Dostarczenie podstawowych artykułów spożywczych

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* *dziecko*, a tym samym osoba sprawująca opiekę nad *dzieckiem*, nie może opuszczać adresu 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 pod adres zamieszkania *dziecka* podstawowych artykułów spożywczych, jeżeli nie ma ono możliwości skorzystania z pomocy domowników w ww. zakresie. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu artykułów spożywczych.

29) Pobyt prawnego opiekuna w szpitalu

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* *dziecko* jest hospitalizowane, *Centrum Operacyjne* zorganizuje i pokryje koszty:

- a) pobytu razem z *dzieckiem* jednego prawnego opiekuna *dziecka* w szpitalu, w którym *dziecko* jest hospitalizowane, zgodnie z wymogami i możliwościami, jakimi dysponuje szpital, albo
- b) pobytu jednego opiekuna prawnego *dziecka* w hotelu o kategorii do trzech gwiazdek najbliższym miejsca hospitalizacji *dziecka* – w przypadku gdy nie ma możliwości zorganizowania pobytu prawnego opiekuna w szpitalu, pod warunkiem że szpital znajduje się w odległości powyżej 50 km od adresu zamieszkania.

Świadczenie obejmuje pobyt prawnego opiekuna w szpitalu przez okres trwania hospitalizacji *dziecka*, jednak nie dłużej niż 4 doby. W ramach danego *nieszczęśliwego wypadku* świadczenie może być wykorzystane tylko jeden raz.

30) 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 adresu 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.

! *Dziecko* przysługuje maksymalnie 20 świadczeń z zakresu Pomocy medycznej i Pomocy opiekuńczej na jeden *nieszczęśliwy wypadek*. 20 świadczeń stanowi limit całkowity na jeden *nieszczęśliwy wypadek*.

! Przykład: *Dziecko*, które w wyniku *nieszczęśliwego wypadku* złamało nogę, w ramach umowy skorzystało z 8 następujących świadczeń: 3 konsultacji ortopedy (3 świadczeń), 1 konsultacji lekarza rehabilitacji, 1 rezonansu magnetycznego, założenia oraz zdjęcia gipsu (2 świadczeń), jak również 17 zabiegów rehabilitacyjnych w ramach pakietu rehabilitacyjnego (1 świadczenia).

Podsumowanie świadczeń pomocy medycznej i opiekuńczej

Świadczenia dostępne w przypadku nieszczęśliwego wypadku dziecka	Opis	Ile razy dziecko może skorzystać ze świadczenia w ramach jednego nieszczęśliwego wypadku
POMOC MEDYCZNA		
1) Konsultacja chirurga	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego	Do wykorzystania limitu całkowitego
2) Konsultacja okulisty	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego	Do wykorzystania limitu całkowitego
3) Konsultacja otolaryngologa	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego	Do wykorzystania limitu całkowitego
4) Konsultacja ortopedy	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego	Do wykorzystania limitu całkowitego
5) Konsultacja kardiologa	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego	Do wykorzystania limitu całkowitego
6) Konsultacja neurologa	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego	Do wykorzystania limitu całkowitego
7) Konsultacja pulmonologa	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego	Do wykorzystania limitu całkowitego
8) Konsultacja lekarza rehabilitacji	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego	Do wykorzystania limitu całkowitego
9) Konsultacja neurochirurga	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego	Do wykorzystania limitu całkowitego
10) Konsultacja psychologa	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego	Do wykorzystania limitu całkowitego
11) Zabiegi ambulatoryjne	Pakiet zabiegów ambulatoryjnych zaleconych przez lekarza prowadzącego, w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania limitu całkowitego
12) Badania laboratoryjne	Badania laboratoryjne zalecone przez lekarza prowadzącego, w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania limitu całkowitego
13) Badania radiologiczne	Badania radiologiczne zalecone przez lekarza prowadzącego, w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania limitu całkowitego
14) Badania ultrasonograficzne	Badania ultrasonograficzne zalecone przez lekarza prowadzącego, w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania limitu całkowitego
15) Pakiet rehabilitacyjny	Maksymalnie 40 zabiegów/procedur medycznych zaleconych przez lekarza prowadzącego, w zakresie procedur wymienionych w Tabeli procedur medycznych	1 raz
16) Tomografia komputerowa	Badanie tomografii komputerowej zalecone przez lekarza prowadzącego, w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych	1 raz
17) Rezonans magnetyczny	Badanie rezonansu magnetycznego zalecone przez lekarza prowadzącego, w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych	1 raz
POMOC OPIEKUŃCZA		
18) Opieka pielęgniarska	Organizacja oraz pokrycie kosztów dojazdu i honorarium pielęgniarki, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego. Świadczenie obejmuje maksymalnie 4 wizyty.	1 raz
19) Sprzęt rehabilitacyjny	Organizacja i pokrycie kosztu wypożyczenia albo zakupu oraz kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego. Maksymalny koszt zakupu/wypożyczenia wynosi 800 zł.	1 raz
20) Transport osoby wskazanej w przypadku hospitalizacji dziecka	Transport osoby wskazanej przez osobę występującą w imieniu dziecka do/z placówki medycznej w przypadku, gdy dziecko wymaga hospitalizacji przez okres dłuższy niż 4 dni w placówce medycznej znajdującej się powyżej 50 km od adresu zamieszkania.	Do wykorzystania limitu całkowitego
21) Transport do placówki medycznej	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania limitu całkowitego
22) Transport pomiędzy placówkami medycznymi	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania limitu całkowitego
23) Transport z placówki medycznej	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania limitu całkowitego
24) Transport na komisję lekarską oraz transport powrotny	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania limitu całkowitego
25) Transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania limitu całkowitego
26) Dostarczenie rzeczy osobistych do szpitala	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania limitu całkowitego
27) Dostarczenie lekarstw	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania limitu całkowitego

Świadczenia dostępne w przypadku nieszczęśliwego wypadku dziecka	Opis	Ile razy dziecko może skorzystać ze świadczenia w ramach jednego nieszczęśliwego wypadku
28) Dostarczenie podstawowych artykułów spożywczych	Zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego, organizacja i pokrycie kosztów dostarczenia pod adres zamieszkania dziecka podstawowych artykułów spożywczych.	Do wykorzystania limitu całkowitego
29) Pobyt prawnego opiekuna w szpitalu	Organizacja i pokrycie kosztów pobytu opiekuna prawnego razem z dzieckiem w szpitalu. Świadczenie obejmuje pobyt prawnego opiekuna w szpitalu przez okres trwania hospitalizacji dziecka, jednak nie dłużej niż 4 doby.	1 raz
30) 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

6. Od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej *Uprawnionemu* 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 zasad 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 Polskiej;
- 4) zachowań prozdrowotnych;
- 5) profilaktyki zachorowań na grypę, profilaktyki antynikotynowej;
- 6) wyjaśnienia opisów/wyników wykonanych badań;
- 7) sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych, przyjęcia lub wypisu ze szpitala;
- 8) leków oraz objawów niepożądanych przy ich przyjmowaniu, interakcji z innymi lekami;
- 9) poziomu refundacji leków;
- 10) grup wsparcia, telefonów zaufania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, świadczących pomoc osobom dotkniętym alkoholizmem, narkomanią, nikotynizmem, osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe czy depresję, mającym problemy zdrowotne, rodzicom ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci;
- 11) szczepień, zagrożeń epidemiologicznych dla podróżnych;
- 12) placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym: adresów, godzin pracy i numerów telefonów, placówek odpowiadających potrzebom *dziecka* oraz rekomendowanych przez lekarza *Centrum Operacyjnego*;
- 13) 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 *Uprawnionemu* możliwość telefonicznej konsultacji z lekarzem.

W jaki sposób realizowane są świadczenia ubezpieczeniowe § 3

1. W celu uzyskania świadczeń *Uprawniony* zobowiązany jest niezwłocznie skontaktować się z *Centrum Operacyjnym*, którego numer telefonu podany jest w *polisie*, nie później jednak niż w terminie 30 dni od daty wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, chyba że z przyczyn niezależnych od *Uprawnionego* 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 zamieszkania;
- 4) datę zajścia *nieszczęśliwego wypadku*;
- 5) telefon kontaktowy;
- 6) krótki opis zaistniałego zdarzenia.

2. *Uprawniony* zobowiązany 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.

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* *Uprawniony* zobowiązany jest wypełnić i przekazać do *Centrum Operacyjnego* „Wniosek o realizację świadczeń” oraz kopie:

- 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.

Wyżej wymienione dokumenty należy przesłać do *Centrum Operacyjnego* pocztą tradycyjną lub pocztą elektroniczną 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 *nieszczęśliwego wypadku* *Uprawniony* zobowiązany jest przekazać do *Centrum Operacyjnego* kopię skierowania/zalecenia lekarza prowadzącego odnoszącego się do przeprowadzenia konsultacji, badań lub dodatkowych świadczeń.

6. W oparciu o przekazane przez *Uprawnionego* 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 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, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

8. Konsultacje u lekarzy specjalistów realizowane są w ciągu 5 dni roboczych, o ile *Uprawniony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałaby skorzystać ze świadczenia. Gwarancja dostępności dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji.

9. Świadczenia medyczne realizowane są w placówkach medycznych należących do sieci medycznej *Partnera Medycznego*.

10. 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 *Uprawniony* powinien skontaktować się z *Centrum Operacyjnym*, którego numer telefonu podany jest w *polisie* lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Kiedy nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe § 4

1. Świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostaną przyznane w wypadku, gdy *nieszczęśliwy wypadek* objęty zakresem ubezpieczenia 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, niezaleconego przez lekarza zażycia leków, środków odurzających lub psychotropowych, jeżeli *Uprawniony* wiedział lub powinien wiedzieć o takim działaniu leku, na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informacje o wpływie leku na zdolności psychosomatyczne, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody;
 - 4) chorób psychicznych;
 - 5) umyślnego działania *dziecka* lub umyślnego działania osoby, z którą *dziecko* pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
 - 6) rażącego niedbalstwa, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
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 *dziecka* w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 4) ograniczonego lub niemożliwego dostępu do *dziecka* lub do innych osób, w stosunku do których miało zostać spełnione świadczenie, względnie pod *adres zamieszkania* albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie.
 3. W przypadku gdy udzielenie świadczenia określonego w OWUD wymaga wyrażenia przez *Uprawnionego* 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 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) **adres zamieszkania** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej (RP) wskazane przez Ubezpieczonego lub *dziecko* jako miejsce stałego zamieszkania;
- 2) **Centrum Operacyjne** – jednostka zajmująca się organizacją i świadczeniem usług medycznych i opiekuńczych w imieniu Towarzystwa;
- 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 *dzieckiem* z ramienia placówki medycznej, w której *dziecko* poddało się leczeniu następstw *nieszczęśliwego wypadku*;
- 6) **lekarz specjalista** – chirurg, okulista, otolaryngolog, ortopeda, kardiolog, neurolog, pulmonolog, lekarz rehabilitacji, neurolog lub psycholog;
- 7) **limit całkowity** – maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania na jeden *nieszczęśliwy wypadek*; limit całkowity wynosi 20 świadczeń;
- 8) **miejsce pobytu** – znajdujące się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsce, w którym znajduje się *dziecko*, z wyjątkiem pobytu w placówce medycznej;
- 9) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia *dziecka*, w wyniku którego *dziecko* doznało uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
- 10) **Partner Medyczny** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach *umowy ubezpieczenia*;
- 11) **placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu środków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa;
- 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) **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;
- 14) **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*;

Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka

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

Pojęcia użyte w niniejszej Tabeli oznaczają:

rana – uszkodzenie pełnej grubości skóry zaopatrzone chirurgicznie poprzez założenie szwów lub klamer (z wyjątkiem uszkodzeń języka oraz oparzeń); maksymalne sumaryczne świadczenie z tytułu odniesionych ran w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 6% sumy ubezpieczenia;

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

A. USZKODZENIA GŁOWY	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
a) rany skóry owłosionej głowy	1
b) utrata skóry owłosionej – oskalpowanie (powyżej 75% powierzchni)	25
2. Złamania kości czaszki:	
a) sklepienia (za każdą kość)	2
b) podstawy	5
3. Ubytek pełnej grubości kości niezależnie od powierzchni: 10	
4. Rozpoznane wstrząśnienie mózgu w następstwie urazu czaszkowo-mózgowego:	
a) z hospitalizacją od 1 do 2 dni	1
b) z hospitalizacją od 3 do 5 dni	2
c) z hospitalizacją od 6 do 10 dni	5
d) z hospitalizacją powyżej 10 dni	10
5. Uszkodzenie nerwów ruchowych:	
a) boczny 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 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, 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 twarzewego łącznie z pęknięciem kości skalistej:

a) jednostronne	5
b) dwustronne	20

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

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI TCHAWICY I PRZEŁYKU Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

25. Uszkodzenie gardła, krtani, tchawicy leczone operacyjnie 7

26. Uszkodzenie przełyku:

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

27. Uszkodzenie skóry szyi:

a) rany skóry	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

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 10

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 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	20

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	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 RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
---	---

49. Uszkodzenie kręgosłupa szyjnego:	
a) skręcenie	2
b) zwichnięcie	4
c) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
d) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1

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

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

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

51. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11–L5):	
a) skręcenie	2
b) zwichnięcie	4
c) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5

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

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

J. USZKODZENIA MIEDNICY	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
--------------------------------	---

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

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

54. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe:	
--	--

a) w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa lub kulszowa)	2
---	---

b) w odcinku przednim – kość łonowa i kulszowa lub obustronnie	5
--	---

c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a) bez przemieszczenia	10
--	----

d) w odcinku przednim i tylnym z przemieszczeniem	20
---	----

55. Złamanie panewki stawu biodrowego:	
---	--

a) tylnej kolumny, tylnej krawędzi	15
------------------------------------	----

b) przedniej kolumny, przedniej krawędzi	7
--	---

c) zwichnięcie centralne I°	7
-----------------------------	---

d) zwichnięcie centralne II°	15
------------------------------	----

e) zwichnięcie centralne III°	30
-------------------------------	----

f) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
---	----

56. Izolowane 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 ramiennie-łopatkowego (zwichnięcia, złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej; skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku:	
a) skręcenie	1
b) zwichnięcie wymagające repozycji przez lekarza	3
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
d) złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	5
e) inne złamania	2
f) złamania leczone protezoplastyką	15
61. Utrata kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym	65
62. Utrata kończyny wraz z łopatką	70
RAMIĘ	
63. Złamanie trzonu kości ramiennej:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	12
b) złamania otwarte	10
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	7
d) złamania 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	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 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	55
72. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka	50

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	50
ŚRÓDRĘCZE	
75. Złamania kości śródreżca:	
a) I kość śródreżca:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
– złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	4
– inne złamania	2
b) II kość śródreżca:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	4
– złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	2
– inne złamania	1
c) III, IV, V kość śródreżca:	
– 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 śródreżca	10
d) utrata obu paliczków z kością śródreżca	15
77. Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania 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 śródreżczo-paliczkowym	2
PALEC WSKAZUJĄCY	
78. Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:	
a) utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b) utrata paliczka paznokciowego	2
c) utrata paliczka środkowego	8
d) utrata trzech paliczków	10
e) utrata wskaziciela z kością śródreżca	11
79. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
b) złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
d) rany	1
e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	1

PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY**80. Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:**

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

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

a) palec III:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
– złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
– inne złamania	1
– rany, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczno-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 śródreżczno-paliczkowym	1
c) palec V:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
– inne złamania	1
– rany, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczno-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 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) 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**102. Utrata stopy na poziomie stawu skokowego****103. Utrata stopy w środkowej części stępu****104. Utrata stopy w okolicy stępowo-środo-stopnej****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)**109. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)****110. Utrata palca V z kością śródstopia****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 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 procedur medycznych

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego 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-obojęczykowy, 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 (opatrunek rękawiczkowy); Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, palec (np. przykurcz); Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – ósemkowego; Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – gips piersiowo-ramienny; Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna górna); Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna dolna)

2. BADANIA LABORATORYJNE

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

3. BADANIA RADIOLOGICZNE

czaszka; klatka piersiowa, jedna projekcja – czołowa PA; klatka piersiowa, dwie projekcje – czołowa PA i boczna; żuchwa; układ kostny twarzy; klatka piersiowa, specjalne projekcje (np. w pozycji leżącej na boku); żebra, jednostronne; żebra, obustronne; mostek; staw lub stawy mostkowo-obojęczykowe; 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; obojęczki; łopatka, całkowite; bark; stawy barkowo-obojęczykowe; 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; Kinezyotaping; 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: jonoforeza; Galwanizacja; Elektrostymulacja; Tonoliza; Prądy diadynamiczne; Prądy interferencyjne; Prądy Kotza; Prądy Tens; Prądy Traberta; Impulsowe pole magnetyczne; Laseroterapia (skaner, punktowo); Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: okłady ciepłe lub zimne (termozele); Krioterapia – miejscowa; Krioterapia – zabieg w kriokomorze

6. TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA

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

7. REZONANS MAGNETYCZNY

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