



Program Ubezpieczeniowy Kontynuacja dla Ciebie Plus

PROGRAM UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
DLA PRACOWNIKÓW ODCHODZĄCYCH
Z UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO





Strony umowy:

POWSZECHNYM ZAKŁADEM UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE SA

z siedzibą w Warszawie (00-843) przy Rondzie Ignacego Daszyńskiego 4, wpisanym do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla miasta stołecznego Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000030211, NIP 527-020-60-56, o kapitale zakładowym w wysokości 295 000 000,00 zł wpłaconym w całości

zwany dalej **my/PZU ŻYCIE SA**

oraz

PZU POMOC SA

z siedzibą w Warszawie (00-843) przy Rondzie Ignacego Daszyńskiego 4 wpisaną do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla miasta stołecznego Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000326045, NIP 525-244-97-71, REGON 141749332, o kapitale zakładowym w wysokości 4.885.800 zł wpłaconym w całości

zwana dalej **UBEZPIECZAJĄCYM**

§ 1

1. W wyniku przeprowadzonych negocjacji Strony postanawiają w ramach niniejszej umowy uregulować zasady wprowadzenia i funkcjonowania Programu Ubezpieczeniowego Kontynuacja dla Ciebie Plus (zwanego dalej: „Programem Ubezpieczeniowym” lub „umową”).
2. Strony postanawiają, że w ramach Programu Ubezpieczeniowego zostaną zawarte umowy grupowego ubezpieczenia na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie PZU Pod Dobrą Opieką oraz ogólnych warunków dodatkowych grupowych ubezpieczeń, o których mowa w § 2 Programu Ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem zmian określonych w treści Programu Ubezpieczeniowego.
3. Umowy, o których mowa w ust. 2, zawarte są na okres 1 roku tj. od 01.10.2021 r. do dnia 30.09.2022 r., z możliwością ich przedłużenia na kolejny okres, zgodnie z warunkami umowy.

§ 2

W ramach Programu Ubezpieczeniowego funkcjonują Warianty różniące się zakresem ubezpieczenia, wysokościami sum ubezpieczenia i świadczeń, oparte na ogólnych warunkach:

- 1) **grupowego ubezpieczenia na życie PZU Pod Dobrą Opieką, kod OWU: DOGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 roku, zwane dalej „OWU DO”;
- 2) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Opieka Medyczna, kod OWU: UZGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, zwane dalej „OWU U”;

- 3) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod OWU: NWGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 4) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym, kod OWU: WKGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 5) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego, kod OWU: SMGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 6) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod OWU: ZMGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 7) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka, kod OWU: ZDGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 8) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod OWU: NDGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 9) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka**

albo partnera życiowego ubezpieczonego, kod OWU: ZRGP36, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;

- 10) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod OWU: NRGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 11) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia dziecka, kod OWU: UDGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/108/2019 z dnia 11 czerwca 2019 roku;
- 12) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod OWU: TUGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 13) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu, kod OWU: TZGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/125/2021 z dnia 8 lipca 2021 roku;
- 14) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, kod OWU: CCGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/125/2021 z dnia 8 lipca 2021 roku, zwane dalej „OWU CC”;
- 15) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego, kod OWU: MCGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/125/2021 z dnia 8 lipca 2021 roku, zwane dalej „OWU MC”;
- 16) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, kod OWU: LSGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, zwane dalej „OWU LS”;
- 17) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus, kod OWU: LPGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/125/2021 z dnia 8 lipca 2021 roku, zwane dalej „OWU LP”;
- 18) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia z kartą apoteczną, kod OWU: APGP36**, które Zarząd ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 19) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek specjalistycznego leczenia, kod OWU: LCGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/125/2021 z dnia 8 lipca 2021 roku, zwane dalej „OWU LC”;
- 20) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych, kod OWU: OPGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, zwane dalej „OWU OP”;
- 21) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek złamania kości przez ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod OWU: ZKGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 22) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia konsultacja zagraniczna i assistance, kod OWU: KZGP36**, które

Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/125/2021 z dnia 8 lipca 2021 roku;

- 23) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego, kod OWU: MLGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/137/2020 z dnia 22 czerwca 2020 roku, zwane dalej „OWU ML”;
- 24) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych małżonka albo partnera życiowego, kod OWU: MOGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/137/2020 z dnia 22 czerwca 2020 roku, zwane dalej „OWU MO”;
- 25) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod OWU: MTGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/137/2020 z dnia 22 czerwca 2020 roku;
- 26) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia Ochrona dla dziecka, kod OWU: DPGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/214/2019 z dnia 19 listopada 2019 roku, zwane dalej „OWU DP”.

§ 3

Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenia zaistniałe w okresie naszej ochrony względem ubezpieczonego, wymienione w załączniku do umowy.

W przypadku zmiany wariantu ubezpieczenia, pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony, zgodnie z postanowieniami pkt 19 OWU DO, ma zastosowanie okres karencji na kwotę różnicy pomiędzy obecną a poprzednią wysokością świadczenia oraz na różnicę w zakresie ubezpieczenia.

§ 4

1. W miejsce zapisów ogólnych warunków, o których mowa w § 2 pkt 1), stosuje się następujące zapisy:

- 1) pkt 1 ppkt 7 OWU DO otrzymuje brzmienie: „7) **partner życiowy** – osoba, która pozostaje z ubezpieczonym w wspólnym pożyciu oraz:
 - a) ukończyła 18 lat i nie ukończyła 69 lat,
 - b) nie składa deklaracji przystąpienia do umowy oraz oświadczenia dotyczącego zdrowia,
 - c) została wskazana przez ubezpieczonego w jego deklaracji,
 - d) nie jest krewnym ubezpieczonego,
 - e) nie pozostaje w związku małżeńskim;”;
- 2) pkt 1 ppkt 19 OWU DO otrzymuje brzmienie: „19) **Ty/ubezpieczony** – osoba fizyczna, będąca członkiem Klubu PZU Pomoc w Życiu dla Ciebie, która przystąpiła do ubezpieczenia;”;
- 3) w pkt 1 OWU DO dodaje się ppkt 29 w brzmieniu: „29) **Klub PZU Pomoc w Życiu dla Ciebie** – program lojalnościowy organizowany przez PZU Pomoc SA.”;
- 4) pkt 9 ppkt 5 OWU DO otrzymuje brzmienie: „5) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub po użyciu narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile którakolwiek z tych okoliczności miała wpływ na zajście wypadku komunikacyjnego.”;
- 5) pkt 10 ppkt 4 OWU DO otrzymuje brzmienie: „4) przed tym miesiącem otrzymaliśmy pierwszą składkę za objęcie Ciebie naszą ochroną w terminie wskazanym w pkt 81.”;

- 6) pkt 11 ppkt 3 OWU DO otrzymuje brzmienie: „3) przed tym miesiącem otrzymaliśmy pierwszą składkę za objęcie Ciebie naszą ochroną w terminie wskazanym w pkt 81, z zastrzeżeniem, że nasza ochrona względem Ciebie rozpoczyna się pod warunkiem przekazania pierwszej składki za objęcie Ciebie naszą ochroną przed upływem 6 miesięcy, licząc od końca okresu, za który przekazano ostatnią składkę w ubezpieczeniu grupowym, po którym posiadasz prawo do indywidualnego kontynuowania.”;
- 7) pkt 12 OWU DO otrzymuje brzmienie: „12. Ubezpieczony może wskazać partnera życiowego przystępując do ubezpieczenia albo w innym terminie, ze skutkiem od rocznicy przystąpienia do ubezpieczenia (rozumianej jako każda rocznica dnia, w którym ubezpieczony przystąpił do ubezpieczenia). Ubezpieczony może wskazać partnera życiowego tylko, gdy nie pozostaje w związku małżeńskim. Ubezpieczony może zmienić wskazanego partnera życiowego w każdym terminie – ze skutkiem od rocznicy przystąpienia do ubezpieczenia.”;
- 8) pkt 14 OWU DO otrzymuje brzmienie: „14. W stosunku do osoby:
- 1) która w ramach grupowego ubezpieczenia w PZU Życie SA, po którym posiada prawo do indywidualnego kontynuowania (dalej: „poprzednie ubezpieczenie”), miała niższą wysokość świadczenia, i
 - 2) której początek odpowiedzialności PZU Życie SA z tytułu umowy przypada nie później niż w czwartym miesiącu, licząc od końca okresu, za który przekazano ostatnią składkę w poprzednim ubezpieczeniu, nie ponosimy odpowiedzialności w zakresie różnicy pomiędzy obecną a poprzednią wysokością świadczenia w okresie karencji, tj. w okresie pierwszych 6 miesięcy liczonych od dnia jej przystąpienia do umowy. Ponosimy jednak odpowiedzialność jeżeli w okresie karencji śmierć nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku.”;
- 9) pkt 15 OWU DO otrzymuje brzmienie: „15. W stosunku do osoby, której początek odpowiedzialności PZU Życie SA z tytułu umowy przypada później niż w czwartym miesiącu, licząc od końca okresu, za który przekazano ostatnią składkę w poprzednim ubezpieczeniu, nie ponosimy odpowiedzialności w okresie karencji, tj. w okresie pierwszych 6 miesięcy liczonych od dnia jej przystąpienia do umowy. Ponosimy jednak odpowiedzialność jeżeli w okresie karencji śmierć nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku.”;
- 10) pkt 20 OWU DO otrzymuje brzmienie: „20. Nasza ochrona kończy się względem Ciebie:
- 1) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy;
 - 2) z chwilą Twojej śmierci;
 - 3) z dniem rocznicy polisy przypadającym w roku, w którym kończysz 60 lat;
 - 4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym zrezygnujesz z naszej ochrony;
 - 5) z dniem rozwiązania umowy w przypadku określonym w pkt 48 OWU;
 - 6) z dniem, w którym upłynie okres wypowiedzenia umowy określony w pkt 63 OWU;
 - 7) z końcem miesiąca, za który otrzymaliśmy ostatnią składkę – jeśli ubezpieczony nie przekaże zaległości w terminie określonym w pkt 66 OWU pomimo otrzymania informacji o nieopłaceniu składki w terminie;
 - 8) z dniem ustania członkostwa w Klubie PZU Pomoc w Życiu dla Ciebie;
- 9) w dotychczasowym wariancie ubezpieczenia – z dniem rozpoczęcia ochrony względem Ciebie w innym wariancie ubezpieczenia.”;
- 11) pkt 22 ppkt 4 OWU DO otrzymuje brzmienie: „4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym zrezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego.”;
- 12) pkt 23 OWU DO otrzymuje brzmienie: „23. Ubezpieczający, zanim zawrze z nami umowę, otrzyma od nas OWU, potrzebne formularze, oraz składa wniosek o zawarcie umowy.”;
- 13) pkt 33 OWU DO otrzymuje brzmienie: „33. Do umowy możesz przystąpić, jeśli:
- 1) posiadasz prawo do indywidualnej kontynuacji typ C grupowego ubezpieczenia typ P Plus albo posiadasz prawo do kontynuacji na zasadach aktualnej oferty grupowego ubezpieczenia typ P Plus, grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P albo grupowego ubezpieczenia na życie typ P;
 - 2) w dniu, w którym podpisujesz deklarację przystąpienia nie masz ukończonych 59 lat;
 - 3) przed rozpoczęciem ochrony z tytułu umowy zawarła się ochrona z tytułu ubezpieczenia grupowego, po którym posiadasz prawo do indywidualnego kontynuowania.
- Z tytułu jednej umowy ubezpieczenia grupowego przysługuje prawo do jednokrotnego przystąpienia do umowy.”;
- 14) pkt 36 OWU DO otrzymuje brzmienie: „36. W dniu podpisania deklaracji przystąpienia składasz dodatkowo oświadczenie dotyczące zdrowia, jeśli przystępujesz do wskazanego w zakresie ubezpieczenia Wariantu III albo Wariantu IV, albo Wariantu VII, albo Wariantu VIII, albo Wariantu XI, albo Wariantu XII.”;
- 15) pkt 40 OWU DO otrzymuje brzmienie: „40. Możemy odmówić Tobie przystąpienia do umowy z ważnych przyczyn. Odmowę przekazujemy Tobie na piśmie.”;
- 16) pkt 41 OWU DO otrzymuje brzmienie: „41. Jeśli otrzymamy składkę za osobę, która nie spełnia warunków przystąpienia do umowy określonych w OWU, zwracamy ją tej osobie na wskazany przez nią rachunek jako niezależną, jeżeli składka została przez nią opłacona.”;
- 17) pkt 45 OWU DO otrzymuje brzmienie: „45. Możesz złożyć nam oświadczenie woli zmiany wariantu ubezpieczenia w dowolnym momencie trwania umowy, z tym, że ochrona w nowym wariancie ubezpieczenia rozpocznie się względem Ciebie od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie dotyczące zmiany wariantu ubezpieczenia.”;
- 18) pkt 54 OWU DO otrzymuje brzmienie: „54. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia podstawowego lub umowy ubezpieczenia dodatkowego, gdy oświadczy nam to na piśmie w ciągu 7 dni od jej zawarcia.”;
- 19) pkt 56 OWU DO otrzymuje brzmienie: „56. Jeśli ubezpieczający odstąpi od umowy po przekazaniu składki, zwrócimy ubezpieczonemu składkę zmniejszoną o kwotę składki za okres naszej ochrony, pod warunkiem, że składka została opłacona przez ubezpieczonych.”;
- 20) pkt 66 OWU DO otrzymuje brzmienie: „66. Jeśli składka nie zostanie zapłacona, wezwiemy ubezpieczającego do jej zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania. W wezwaniu podamy do wiadomości ubezpieczającego skutki niezapłacenia składki w postaci zakończenia ochrony. Informację o nieopłaceniu składki otrzymuje również ubezpieczony, który nie opłacił składki zgodnie z pkt 81.”;

- 21) pkt 73 OWU DO otrzymuje brzmienie: „73. Możesz w każdej chwili zrezygnować z ubezpieczenia, jeśli złożysz nam rezygnację w formie pisemnej.”;
- 22) pkt 74 OWU DO otrzymuje brzmienie: „74. Masz obowiązek zgłaszać nam zmiany danych osobowych i teleadresowych Twoich i uposażonych, które podałeś w deklaracji przystąpienia.”;
- 23) pkt 75 OWU DO otrzymuje brzmienie: „75. Ubezpieczający musi informować nas o zmianie swoich danych osobowych i teleadresowych.”;
- 24) pkt 76 ppkt 2 OWU DO otrzymuje brzmienie: „2) przekazywać ubezpieczonym, w formie, którą określa „Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej”, informacje o zmianie warunków umowy lub zmianie prawa właściwego dla umowy i o wpływie tych zmian na wartość świadczenia zanim razem z ubezpieczającym wyrazimy zgodę na wprowadzenie takich zmian.”;
- 25) pkt 76 ppkt 3 OWU DO otrzymuje brzmienie: „3) doręczyć warunki umowy, w tym OWU, na piśmie osobom przystępującym do umowy. Możemy doręczyć warunki umowy, w tym OWU, na innym trwałym nośniku jeżeli osoba przystępująca do ubezpieczenia wyrazi na to zgodę. Powinniśmy to zrobić, zanim osoby te podpiszą deklarację przystąpienia.”;
- 26) w pkt 76 OWU DO dodaje się ppkt 10 w brzmieniu „10) powiadomić ubezpieczonych o nieprzedłużeniu umowy, o jej wypowiedzeniu lub rozwiązaniu.”;
- 27) pkt 80 ppkt 3 lit. e) OWU DO otrzymuje brzmienie: „e) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do umowy.”;
- 28) pkt 81 OWU DO otrzymuje brzmienie: „81. Ubezpieczony opłaca nam składki na wskazany rachunek bankowy w pełnej wymagalnej kwocie do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który składka jest należna, zaś ubezpieczający przekazuje składki do PZU Życie.”;
- 29) pkt 95 OWU DO otrzymuje brzmienie: „95. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć:
 - 1) na piśmie – osobiście albo wysłane pocztą w rozumieniu ustawy „Prawo pocztowe”, na przykład pisząc na adres: PZU Życie SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji);
 - 2) na piśmie – wysłane na adres do doręczeń elektronicznych PZU Życie SA w rozumieniu ustawy o doręczeniach elektronicznych, począwszy od dnia wpisania tego adresu do bazy adresów elektronicznych;
 - 3) w formie ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście, co potwierdzamy protokołem podczas wizyty w naszej jednostce;
 - 4) w postaci elektronicznej – wysyłając e-mail na reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.”;
- 30) pkt 97 OWU DO otrzymuje brzmienie: „97. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy osobie, która je złożyła:
 - 1) w przypadku, gdy klientem jest osoba fizyczna – na piśmie, z tym że odpowiedź dostarczymy elektronicznie wyłącznie na wniosek klienta;
 - 2) w przypadku, gdy klientem jest inny podmiot niż wskazany w ppkt 1 – na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji.”
2. W miejsce zapisów ogólnych warunków, o których mowa w § 2 pkt 2) (OWU UZ), w ramach zakresu usług medycznych ZDROWIE START stosuje się następujące zapisy:
 - 1) w przypadku konsultacji lekarskich z zakresu ginekologii i położnictwa – przysługują bezpłatnie 2 konsultacje w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy, kolejne konsultacje – 15% zniżki;
 - 2) w przypadku badania USG ginekologiczne – badanie przez pochwę (transwaginalne) – przysługują bezpłatnie 2 badania w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy, kolejne badania – 15% zniżki;
 - 3) nie stosuje się zapisów sekcji DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA CIĄŻY – ubezpieczonym nie przysługują usługi medyczne wskazane w tej sekcji.
3. Do Programu Ubezpieczeniowego w zakresie OWU UZ nie może przystąpić współubezpieczony – nie mają zastosowania postanowienia OWU UZ dotyczące współubezpieczonego.
4. W ramach Programu Ubezpieczeniowego, w stosunku do osoby:
 - 1) która w ramach grupowego ubezpieczenia w PZU Życie SA posiada prawo do indywidualnego kontynuowania (dalej: „poprzednie ubezpieczenie”), i
 - 2) której początek odpowiedzialności PZU Życie SA z tytułu umowy przypada nie później niż w czwartym miesiącu, licząc od końca okresu, za który przekazano ostatnią składkę w poprzednim ubezpieczeniu, nie stosuje się zapisu pkt 15 OWU CC, pkt 15 OWU MC, pkt 14 OWU LC, pkt 13 zdanie 1 OWU LS, pkt 21 OWU LP, pkt 12 zdanie 1 OWU OP, pkt 13 zdanie 1 OWU ML, pkt 12 zdanie 1 OWU MO, pkt 27 i pkt 29 zdanie 1 OWU DP, z uwzględnieniem pkt 5 i 6 poniżej;
5. W ramach Programu Ubezpieczeniowego, w stosunku do osoby:
 - 1) która w ramach grupowego ubezpieczenia w PZU Życie SA, po którym posiada prawo do indywidualnego kontynuowania (dalej: „poprzednie ubezpieczenie”), miała niższą wysokość świadczenia, i
 - 2) której początek odpowiedzialności PZU Życie SA z tytułu umowy przypada nie później niż w czwartym miesiącu, licząc od końca okresu, za który przekazano ostatnią składkę w poprzednim ubezpieczeniu, PZU Życie SA nie ponosi odpowiedzialności w zakresie różnicy pomiędzy obecną a poprzednią wysokością świadczenia w okresie karencji, o którym mowa odpowiednio w pkt 15 OWU CC, pkt 15 OWU MC, pkt 14 OWU LC, pkt 13 zdanie 1 OWU LS, pkt 21 OWU LP, pkt 12 zdanie 1 OWU OP, pkt 13 zdanie 1 OWU ML, pkt 12 zdanie 1 OWU MO, pkt 27 i pkt 29 zdanie 1 OWU DP.
6. W przypadku wszystkich ryzyk dotyczących partnera życiowego znajdujących się w zakresie ubezpieczenia nie ponosimy odpowiedzialności w okresie karencji. Długość okresu karencji wskazana jest we właściwych ogólnych warunkach ubezpieczeń dodatkowych. Okres karencji rozpoczyna się od dnia przystąpienia przez Ciebie do umowy lub – jeśli wskazałeś partnera życiowego po przystąpieniu do umowy albo zmieniłeś wskazanego partnera życiowego – od rocznicy przystąpienia do ubezpieczenia. Ponosimy jednak odpowiedzialność jeżeli w okresie karencji zdarzenie nastąpiło w wyniku nieszcześliwego wypadku.

§ 5

W umowie ubezpieczenia nie stosujemy zapisów OWU DO, które wskazaliśmy w:

- 1) pkt 1 ppkt 8, 9, 10, 23 i 24 OWU DO;
- 2) pkt 10 ppkt 3 OWU DO;
- 3) pkt 11 ppkt 2 OWU DO;
- 4) pkt 16 OWU DO;
- 5) pkt 17 OWU DO;
- 6) pkt 18 OWU DO;
- 7) pkt 21 OWU DO;
- 8) pkt 24 OWU DO;
- 9) pkt 25 OWU DO;
- 10) pkt 34 OWU DO;
- 11) pkt 35 OWU DO;
- 12) pkt 37 OWU DO;
- 13) pkt 39 OWU DO;

- 14) pkt 65 OWU DO;
- 15) Postanowieniach dodatkowych nr 1 do OWU DO;
- 16) Postanowieniach dodatkowych nr 2 do OWU DO.

§ 6

Wszelkie zmiany niniejszego Programu Ubezpieczeniowego wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 7

Program Ubezpieczeniowy wchodzi w życie z dniem 20 września 2021 roku.

§ 8

Program ubezpieczeniowy sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Załącznik do Umowy

Wariant I. Ochrona życia

Zakres ubezpieczenia i wysokości świadczeń w poszczególnych wariantach:

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 51 zł (oferta 296)	Tylko dla mnie – 64 zł (oferta 295)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 58 zł (oferta 304)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 72 zł (oferta 303)	Dla mojej Rodziny – 95 zł (oferta 312)	Dla mojej Rodziny – 119 zł (oferta 311)
Powrót do zdrowia							
Ciężka choroba ubezpieczonego							
Zakres	Onko-kardio-neurowsparcie						
Liczba jednostek chorobowych	18 jednostek chorobowych						
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby nie ukończył 53. roku życia	CCGP36	2 400 zł	3 000 zł	2 400 zł	3 000 zł	2 400 zł	3 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	CCGP36	2 000 zł	2 500 zł	2 000 zł	2 500 zł	2 000 zł	2 500 zł
Ciężka choroba małżonka albo partnera życiowego							
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego	MCGP36			2 400 zł	3 000 zł		
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku	MCGP36			1 200 zł	1 500 zł		
Wsparcie poszpitalne							
Leczenie szpitalne ubezpieczonego							
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego nie ukończył 53. roku życia							
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt w szpitalu musi trwać minimum 4 dni)	LSGP36	20 zł	25 zł	20 zł	25 zł	20 zł	25 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	40 zł	50 zł	40 zł	50 zł	40 zł	50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	LSGP36	20 zł	25 zł	20 zł	25 zł	20 zł	25 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia							
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt w szpitalu musi trwać minimum 4 dni)	LSGP36	10 zł	12,50 zł	10 zł	12,50 zł	10 zł	12,50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	20 zł	25 zł	20 zł	25 zł	20 zł	25 zł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 51 zł (oferta 296)	Tylko dla mnie – 64 zł (oferta 295)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 58 zł (oferta 304)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 72 zł (oferta 303)	Dla mojej Rodziny – 95 zł (oferta 312)	Dla mojej Rodziny – 119 zł (oferta 311)
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	LSGP36	10 zł	12,50 zł	10 zł	12,50 zł	10 zł	12,50 zł
Operacja chirurgiczna ubezpieczonego							
jeżeli ubezpieczony w dniu operacji chirurgicznej nie ukończył 53. roku życia							
klasa I	OPGP36	1 400 zł	1 800 zł	1 400 zł	1 800 zł	1 400 zł	1 800 zł
klasa II	OPGP36	700 zł	900 zł	700 zł	900 zł	700 zł	900 zł
klasa III	OPGP36	420 zł	540 zł	420 zł	540 zł	420 zł	540 zł
klasa IV	OPGP36	140 zł	180 zł	140 zł	180 zł	140 zł	180 zł
klasa V	OPGP36	70 zł	90 zł	70 zł	90 zł	70 zł	90 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu operacji chirurgicznej ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia							
klasa I	OPGP36	700 zł	900 zł	700 zł	900 zł	700 zł	900 zł
klasa II	OPGP36	350 zł	450 zł	350 zł	450 zł	350 zł	450 zł
klasa III	OPGP36	210 zł	270 zł	210 zł	270 zł	210 zł	270 zł
klasa IV	OPGP36	70 zł	90 zł	70 zł	90 zł	70 zł	90 zł
klasa V	OPGP36	35 zł	45 zł	35 zł	45 zł	35 zł	45 zł
WSPARCIE POWYPADKOWE							
Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% trwałego uszczerbku							
jeżeli ubezpieczony w dniu zdarzenia nie ukończył 53. roku życia	TUGP36	240 zł	300 zł	240 zł	300 zł	240 zł	300 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu zdarzenia ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	TUGP36	240 zł	300 zł	240 zł	300 zł	240 zł	300 zł
Złamanie kości spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem – odpowiedni procent wskazanej sumy ubezpieczenia w zależności od rodzaju złamania (zgodnie z OWU)							
jeżeli ubezpieczony w dniu złamania kości nie ukończył 53. roku życia	ZKGP36	2 400 zł	3000 zł	2 400 zł	3000 zł	2 400 zł	3000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu złamania kości ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZKGP36	1 200 zł	1 500 zł	1 200 zł	1 500 zł	1 200 zł	1 500 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% trwałego uszczerbku	MTGP36			40 zł	50 zł	80 zł	100 zł
ZABEZPIECZENIE NAJBLIŻSZYCH							
Śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	205 000 zł	256 000 zł	197 000 zł	246 000 zł	189 000 zł	236 000 zł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 51 zł (oferta 296)	Tylko dla mnie – 64 zł (oferta 295)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 58 zł (oferta 304)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 72 zł (oferta 303)	Dla mojej Rodziny – 95 zł (oferta 312)	Dla mojej Rodziny – 119 zł (oferta 311)
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	173 000 zł	216 000 zł	169 000 zł	211 000 zł	165 000 zł	206 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	157 000 zł	196 000 zł	155 400 zł	194 000 zł	158 600 zł	198 000 zł
Śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	NWGP36 DOGP36	128 000 zł	160 000 zł	120 000 zł	150 000 zł	112 000 zł	140 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	NWGP36 DOGP36	96 000 zł	120 000 zł	92 000 zł	115 000 zł	88 000 zł	110 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NWGP36 DOGP36	80 000 zł	100 000 zł	78 400 zł	98 000 zł	81 600 zł	102 000 zł
Śmierć ubezpieczonego							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	DOGP36	56 000 zł	70 000 zł	48 000 zł	60 000 zł	40 000 zł	50 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	DOGP36	24 000 zł	30 000 zł	20 000 zł	25 000 zł	16 000 zł	20 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	DOGP36	8 000 zł	10 000 zł	6 400 zł	8 000 zł	9 600 zł	12 000 zł
WSPARCIE DLA CIEBIE							
Śmierć ubezpieczonych bliskich							
małżonka albo partnera życiowego – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	ZMGP36			44 000 zł	55 000 zł	44 000 zł	55 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZMGP36			34 400 zł	43 000 zł	38 000 zł	47 500 zł
małżonka albo partnera życiowego							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	SMGP36			12 000 zł	15 000 zł	12 000 zł	15 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	SMGP36			2 400 zł	3 000 zł	6 000 zł	7 500 zł
rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica nie ukończył 53. roku życia	NRGP36					4 800 zł	6 000 zł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 51 zł (oferta 296)	Tylko dla mnie – 64 zł (oferta 295)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 58 zł (oferta 304)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 72 zł (oferta 303)	Dla mojej Rodziny – 95 zł (oferta 312)	Dla mojej Rodziny – 119 zł (oferta 311)
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NRGP36					4 400 zł	5 500 zł
rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica nie ukończył 53. roku życia	ZRGP36					800 zł	1 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZRGP36					400 zł	500 zł
dziecka – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	NDGP36					12 000 zł	15 000 zł
dziecka	ZDGP36					4 000 zł	5 000 zł
Urodzenie dziecka	UDGP36					800 zł	1 000 zł
Urodzenie martwego dziecka	UDGP36					1 600 zł	2 000 zł
Prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia	tak						

Umowa gwarantuje indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, kod warunków PTKP51. Składka od 1 000 zł sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym – 7 zł. Świadczenie za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – 1% sumy ubezpieczenia.

WARIANT II. OCHRONA ŻYCIA Z OPIEKĄ MEDYCZNĄ

Zakres ubezpieczenia i wysokości świadczeń w poszczególnych wariantach:

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 96 zł (oferta 298)	Tylko dla mnie – 109 zł (oferta 297)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 103 zł (oferta 306)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 117 zł (oferta 305)	Dla mojej Rodziny – 140 zł (oferta 314)	Dla mojej Rodziny – 164 zł (oferta 313)
OPIEKA MEDYCZNA							
Zakres	UZGP36	Zdrowie Start	Zdrowie Start	Zdrowie Start	Zdrowie Start	Zdrowie Start	Zdrowie Start
POWRÓT DO ZDROWIA							
Ciężka choroba ubezpieczonego							
Zakres	Onko-kardio-neurowsparcie						
Liczba jednostek chorobowych	18 jednostek chorobowych						
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby nie ukończył 53. roku życia	CCGP36	2 400 zł	3 000 zł	2 400 zł	3 000 zł	2 400 zł	3 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	CCGP36	2 000 zł	2 500 zł	2 000 zł	2 500 zł	2 000 zł	2 500 zł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie ~ 96 zł (oferta 298)	Tylko dla mnie ~ 109 zł (oferta 297)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego ~ 103 zł (oferta 306)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego ~ 117 zł (oferta 305)	Dla mojej Rodziny ~ 140 zł (oferta 314)	Dla mojej Rodziny ~ 164 zł (oferta 313)
----------------------	---------	---	--	--	--	---	---

Wystąpienie ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego

jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby nie ukończył 53. roku życia	MCGP36			2 400 zł	3 000 zł		
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	MCGP36			1 200 zł	1 500 zł		

WSPARCIE POSZPITALNE

Leczenie szpitalne ubezpieczonego

jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego nie ukończył 53. roku życia

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt w szpitalu musi trwać minimum 4 dni)	LSGP36	20 zł	25 zł	20 zł	25 zł	20 zł	25 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	40 zł	50 zł	40 zł	50 zł	40 zł	50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	LSGP36	20 zł	25 zł	20 zł	25 zł	20 zł	25 zł

jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt w szpitalu musi trwać minimum 4 dni)	LSGP36	10 zł	12,50 zł	10 zł	12,50 zł	10 zł	12,50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	20 zł	25 zł	20 zł	25 zł	20 zł	25 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	LSGP36	10 zł	12,50 zł	10 zł	12,50 zł	10 zł	12,50 zł

Operacja chirurgiczna ubezpieczonego

jeżeli ubezpieczony w dniu operacji chirurgicznej nie ukończył 53. roku życia

klasa I	OPGP36	1 400 zł	1 800 zł	1 400 zł	1 800 zł	1 400 zł	1 800 zł
klasa II	OPGP36	700 zł	900 zł	700 zł	900 zł	700 zł	900 zł
klasa III	OPGP36	420 zł	540 zł	420 zł	540 zł	420 zł	540 zł
klasa IV	OPGP36	140 zł	180 zł	140 zł	180 zł	140 zł	180 zł
klasa V	OPGP36	70 zł	90 zł	70 zł	90 zł	70 zł	90 zł

jeżeli ubezpieczony w dniu operacji chirurgicznej ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia

klasa I	OPGP36	700 zł	900 zł	700 zł	900 zł	700 zł	900 zł
klasa II	OPGP36	350 zł	450 zł	350 zł	450 zł	350 zł	450 zł
klasa III	OPGP36	210 zł	270 zł	210 zł	270 zł	210 zł	270 zł
klasa IV	OPGP36	70 zł	90 zł	70 zł	90 zł	70 zł	90 zł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 96 zł (oferta 298)	Tylko dla mnie – 109 zł (oferta 297)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 103 zł (oferta 306)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 117 zł (oferta 305)	Dla mojej Rodziny – 140 zł (oferta 314)	Dla mojej Rodziny – 164 zł (oferta 313)
klasa V	OPGP36	35 zł	45 zł	35 zł	45 zł	35 zł	45 zł

WSPARCIE POWYPADKOWE

Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% trwałego uszczerbku

jeżeli ubezpieczony w dniu zdarzenia nie ukończył 53. roku życia	TUGP36	240 zł	300 zł	240 zł	300 zł	240 zł	300 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu zdarzenia ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	TUGP36	240 zł	300 zł	240 zł	300 zł	240 zł	300 zł

Złamanie kości spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem – odpowiedni procent wskazanej sumy ubezpieczenia w zależności od rodzaju złamania (zgodnie z OWU)

jeżeli ubezpieczony w dniu złamania kości nie ukończył 53. roku życia	ZKGP36	2 400 zł	3000 zł	2 400 zł	3000 zł	2 400 zł	3000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu złamania kości ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZKGP36	1 200 zł	1 500 zł	1 200 zł	1 500 zł	1 200 zł	1 500 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% trwałego uszczerbku	MTGP36			40 zł	50 zł	80 zł	100 zł

ZABEZPIECZENIE NAJBLIŻSZYCH

Śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	205 000 zł	256 000 zł	197 000 zł	246 000 zł	189 000 zł	236 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	173 000 zł	216 000 zł	169 000 zł	211 000 zł	165 000 zł	206 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	157 000 zł	196 000 zł	155 400 zł	194 000 zł	158 600 zł	198 000 zł

Śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	NWGP36 DOGP36	128 000 zł	160 000 zł	120 000 zł	150 000 zł	112 000 zł	140 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	NWGP36 DOGP36	96 000 zł	120 000 zł	92 000 zł	115 000 zł	88 000 zł	110 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NWGP36 DOGP36	80 000 zł	100 000 zł	78 400 zł	98 000 zł	81 600 zł	102 000 zł

Śmierć ubezpieczonego

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	DOGP36	56 000 zł	70 000 zł	48 000 zł	60 000 zł	40 000 zł	50 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	DOGP36	24 000 zł	30 000 zł	20 000 zł	25 000 zł	16 000 zł	20 000 zł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 96 zł (oferta 298)	Tylko dla mnie – 109 zł (oferta 297)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 103 zł (oferta 306)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 117 zł (oferta 305)	Dla mojej Rodziny – 140 zł (oferta 314)	Dla mojej Rodziny – 164 zł (oferta 313)
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	DOGP36	8 000 zł	10 000 zł	6 400 zł	8 000 zł	9 600 zł	12 000 zł
WSPARCIE DLA CIEBIE							
Śmierć ubezpieczonych bliskich							
małżonka albo partnera życiowego – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	ZMGP36			44 000 zł	55 000 zł	44 000 zł	55 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZMGP36			34 400 zł	43 000 zł	38 000 zł	47 500 zł
małżonka albo partnera życiowego							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	SMGP36			12 000 zł	15 000 zł	12 000 zł	15 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	SMGP36			2 400 zł	3 000 zł	6 000 zł	7 500 zł
rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica nie ukończył 53. roku życia	NRGP36					4 800 zł	6 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NRGP36					4 400 zł	5 500 zł
rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica nie ukończył 53. roku życia	ZRGP36					800 zł	1 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZRGP36					400 zł	500 zł
dziecka – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	NDGP36					12 000 zł	15 000 zł
dziecka	ZDGP36					4 000 zł	5 000 zł
Urodzenie dziecka	UDGP36					800 zł	1 000 zł
Urodzenie martwego dziecka	UDGP36					1 600 zł	2 000 zł
Prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia	tak						

Umowa gwarantuje indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, kod warunków PTKP51. Składka od 1 000 zł sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym – 7 zł. Świadczenie za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – 1% sumy ubezpieczenia.

WARIANT III. OCHRONA ŻYCIA z dodatkowym zabezpieczeniem Bliskich
Zakres ubezpieczenia i wysokości świadczeń w poszczególnych wariantach:

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 96 zł (oferta 300)	Tylko dla mnie – 109 zł (oferta 299)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 103 zł (oferta 308)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 117 zł (oferta 307)	Dla mojej Rodziny – 140 zł (oferta 316)	Dla mojej Rodziny – 164 zł (oferta 315)
----------------------	---------	-------------------------------------	--------------------------------------	--	--	---	---

POWRÓT DO ZDROWIA

Ciężka choroba ubezpieczonego

Zakres	Onko-kardio-neurowsparcie						
Liczba jednostek chorobowych	18 jednostek chorobowych						
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby nie ukończył 53. roku życia	CCGP36	2 400 zł	3 000 zł	2 400 zł	3 000 zł	2 400 zł	3 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	CCGP36	2 000 zł	2 500 zł	2 000 zł	2 500 zł	2 000 zł	2 500 zł

Ciężka choroba małżonka albo partnera życiowego

jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego	MCGP36			2 400 zł	3 000 zł		
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku	MCGP36			1 200 zł	1 500 zł		

Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu – za 1% trwałego uszczerbku

WSPARCIE POSZPITALNE

Leczenie szpitalne ubezpieczonego

jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego nie ukończył 53. roku życia

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt w szpitalu musi trwać minimum 4 dni)	LSGP36	20 zł	25 zł	20 zł	25 zł	20 zł	25 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	40 zł	50 zł	40 zł	50 zł	40 zł	50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	LSGP36	20 zł	25 zł	20 zł	25 zł	20 zł	25 zł

jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt w szpitalu musi trwać minimum 4 dni)	LSGP36	10 zł	12,50 zł	10 zł	12,50 zł	10 zł	12,50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	20 zł	25 zł	20 zł	25 zł	20 zł	25 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	LSGP36	10 zł	12,50 zł	10 zł	12,50 zł	10 zł	12,50 zł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 96 zł (oferta 300)	Tylko dla mnie – 109 zł (oferta 299)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 103 zł (oferta 308)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 117 zł (oferta 307)	Dla mojej Rodziny – 140 zł (oferta 316)	Dla mojej Rodziny – 164 zł (oferta 315)
----------------------	---------	-------------------------------------	--------------------------------------	--	--	---	---

Operacja chirurgiczna ubezpieczonego

jeżeli ubezpieczony w dniu operacji chirurgicznej nie ukończył 53. roku życia

klasa I	OPGP36	1 400 zł	1 800 zł	1 400 zł	1 800 zł	1 400 zł	1 800 zł
klasa II	OPGP36	700 zł	900 zł	700 zł	900 zł	700 zł	900 zł
klasa III	OPGP36	420 zł	540 zł	420 zł	540 zł	420 zł	540 zł
klasa IV	OPGP36	140 zł	180 zł	140 zł	180 zł	140 zł	180 zł
klasa V	OPGP36	70 zł	90 zł	70 zł	90 zł	70 zł	90 zł

jeżeli ubezpieczony w dniu operacji chirurgicznej ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia

klasa I	OPGP36	700 zł	900 zł	700 zł	900 zł	700 zł	900 zł
klasa II	OPGP36	350 zł	450 zł	350 zł	450 zł	350 zł	450 zł
klasa III	OPGP36	210 zł	270 zł	210 zł	270 zł	210 zł	270 zł
klasa IV	OPGP36	70 zł	90 zł	70 zł	90 zł	70 zł	90 zł
klasa V	OPGP36	35 zł	45 zł	35 zł	45 zł	35 zł	45 zł

WSPARCIE POWYPADKOWE

Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% trwałego uszczerbku

jeżeli ubezpieczony w dniu zdarzenia nie ukończył 53. roku życia	TUGP36	240 zł	300 zł	240 zł	300 zł	240 zł	300 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu zdarzenia ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	TUGP36	240 zł	300 zł	240 zł	300 zł	240 zł	300 zł

Złamanie kości spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem – odpowiedni procent wskazanej sumy ubezpieczenia w zależności od rodzaju złamania (zgodnie z OWU)

jeżeli ubezpieczony w dniu złamania kości nie ukończył 53. roku życia	ZKGP36	2 400 zł	3000 zł	2 400 zł	3000 zł	2 400 zł	3000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu złamania kości ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZKGP36	1 200 zł	1 500 zł	1 200 zł	1 500 zł	1 200 zł	1 500 zł

Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% trwałego uszczerbku

MTGP36				40 zł	50 zł	80 zł	100 zł
--------	--	--	--	-------	-------	-------	--------

ZABEZPIECZENIE NAJBLIŻSZYCH

Śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	335 000 zł	386 000 zł	327 000 zł	376 000 zł	319 000 zł	366 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	303 000 zł	346 000 zł	299 000 zł	341 000 zł	295 000 zł	336 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	287 000 zł	326 000 zł	285 400 zł	324 000 zł	288 600 zł	328 000 zł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 96 zł (oferta 300)	Tylko dla mnie – 109 zł (oferta 299)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 103 zł (oferta 308)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 117 zł (oferta 307)	Dla mojej Rodziny – 140 zł (oferta 316)	Dla mojej Rodziny – 164 zł (oferta 315)
----------------------	---------	---	--	--	--	---	---

Śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	NWGP36 DOGP36	208 000 zł	240 000 zł	200 000 zł	230 000 zł	192 000 zł	220 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	NWGP36 DOGP36	176 000 zł	200 000 zł	172 000 zł	195 000 zł	168 000 zł	190 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NWGP36 DOGP36	160 000 zł	180 000 zł	158 400 zł	178 000 zł	161 600 zł	182 000 zł

Śmierć ubezpieczonego

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	DOGP36	86 000 zł	100 000 zł	78 000 zł	90 000 zł	70 000 zł	80 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	DOGP36	54 000 zł	60 000 zł	50 000 zł	55 000 zł	46 000 zł	50 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	DOGP36	38 000 zł	40 000 zł	36 400 zł	38 000 zł	39 600 zł	42 000 zł

WSPARCIE DLA CIEBIE

Śmierć ubezpieczonych bliskich

małżonka albo partnera życiowego – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	ZMGP36			44 000 zł	55 000 zł	44 000 zł	55 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZMGP36			34 400 zł	43 000 zł	38 000 zł	47 500 zł

małżonka albo partnera życiowego

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	SMGP36			12 000 zł	15 000 zł	12 000 zł	15 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	SMGP36			2 400 zł	3 000 zł	6 000 zł	7 500 zł

rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica nie ukończył 53. roku życia	NRGP36					4 800 zł	6 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NRGP36					4 400 zł	5 500 zł

rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica nie ukończył 53. roku życia	ZRGP36					800 zł	1 000 zł
--	--------	--	--	--	--	--------	----------

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 96 zł (oferta 300)	Tylko dla mnie – 109 zł (oferta 299)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 103 zł (oferta 308)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 117 zł (oferta 307)	Dla mojej Rodziny – 140 zł (oferta 316)	Dla mojej Rodziny – 164 zł (oferta 315)
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZRGP36					400 zł	500 zł
dziecka – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	NDGP36					12 000 zł	15 000 zł
dziecka	ZDGP36					4 000 zł	5 000 zł
Urodzenie dziecka	UDGP36					800 zł	1 000 zł
Urodzenie martwego dziecka	UDGP36					1 600 zł	2 000 zł
Prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia	tak						

Umowa gwarantuje indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, kod warunków PTKP51. Składka od 1 000 zł sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym – 7 zł. Świadczenie za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – 1% sumy.

WARIANT IV. OCHRONA ŻYCIA z OPIEKĄ MEDYCZNĄ i z dodatkowym zabezpieczeniem Bliskich

Zakres ubezpieczenia i wysokości świadczeń w poszczególnych wariantach:

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 141 zł (oferta 302)	Tylko dla mnie – 154 zł (oferta 301)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 148 zł (oferta 310)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 162 zł (oferta 309)	Dla mojej Rodziny – 185 zł (oferta 318)	Dla mojej Rodziny – 209 zł (oferta 317)
----------------------	---------	--------------------------------------	--------------------------------------	--	--	---	---

OPIEKA MEDYCZNA

Zakres	UZGP36	Zdrowie Start	Zdrowie Start	Zdrowie Start	Zdrowie Start	Zdrowie Start	Zdrowie Start
--------	--------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------

POWRÓT DO ZDROWIA

Ciężka choroba ubezpieczonego

Zakres	Onko-kardio-neurowsparcie						
Liczba jednostek chorobowych	18 jednostek chorobowych						
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby nie ukończył 53. roku życia	CCGP36	2 400 zł	3 000 zł	2 400 zł	3 000 zł	2 400 zł	3 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	CCGP36	2 000 zł	2 500 zł	2 000 zł	2 500 zł	2 000 zł	2 500 zł

Ciężka choroba małżonka albo partnera życiowego

jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego	MCGP36			2 400 zł	3 000 zł		
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku	MCGP36			1 200 zł	1 500 zł		

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 141 zł (oferta 302)	Tylko dla mnie – 154 zł (oferta 301)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 148 zł (oferta 310)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 162 zł (oferta 309)	Dla mojej Rodziny – 185 zł (oferta 318)	Dla mojej Rodziny – 209 zł (oferta 317)
----------------------	---------	--------------------------------------	--------------------------------------	--	--	---	---

WSPARCIE POSZPITALNE

Leczenie szpitalne ubezpiezonego

jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego nie ukończył 53. roku życia

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt w szpitalu musi trwać minimum 4 dni)	LSGP36	20 zł	25 zł	20 zł	25 zł	20 zł	25 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	40 zł	50 zł	40 zł	50 zł	40 zł	50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	LSGP36	20 zł	25 zł	20 zł	25 zł	20 zł	25 zł

jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt w szpitalu musi trwać minimum 4 dni)	LSGP36	10 zł	12,50 zł	10 zł	12,50 zł	10 zł	12,50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	20 zł	25 zł	20 zł	25 zł	20 zł	25 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	LSGP36	10 zł	12,50 zł	10 zł	12,50 zł	10 zł	12,50 zł

Operacja chirurgiczna ubezpiezonego

jeżeli ubezpieczony w dniu operacji chirurgicznej nie ukończył 53. roku życia

klasa I	OPGP36	1 400 zł	1 800 zł	1 400 zł	1 800 zł	1 400 zł	1 800 zł
klasa II	OPGP36	700 zł	900 zł	700 zł	900 zł	700 zł	900 zł
klasa III	OPGP36	420 zł	540 zł	420 zł	540 zł	420 zł	540 zł
klasa IV	OPGP36	140 zł	180 zł	140 zł	180 zł	140 zł	180 zł
klasa V	OPGP36	70 zł	90 zł	70 zł	90 zł	70 zł	90 zł

jeżeli ubezpieczony w dniu operacji chirurgicznej ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia

klasa I	OPGP36	700 zł	900 zł	700 zł	900 zł	700 zł	900 zł
klasa II	OPGP36	350 zł	450 zł	350 zł	450 zł	350 zł	450 zł
klasa III	OPGP36	210 zł	270 zł	210 zł	270 zł	210 zł	270 zł
klasa IV	OPGP36	70 zł	90 zł	70 zł	90 zł	70 zł	90 zł
klasa V	OPGP36	35 zł	45 zł	35 zł	45 zł	35 zł	45 zł

WSPARCIE POWYPADKOWE

Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% trwałego uszczerbku

jeżeli ubezpieczony w dniu zdarzenia nie ukończył 53. roku życia	TUGP36	240 zł	300 zł	240 zł	300 zł	240 zł	300 zł
--	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 141 zł (oferta 302)	Tylko dla mnie – 154 zł (oferta 301)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 148 zł (oferta 310)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 162 zł (oferta 309)	Dla mojej Rodziny – 185 zł (oferta 318)	Dla mojej Rodziny – 209 zł (oferta 317)
jeżeli ubezpieczony w dniu zdarzenia ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	TUGP36	240 zł	300 zł	240 zł	300 zł	240 zł	300 zł

Złamanie kości spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem – odpowiedni procent wskazanej sumy ubezpieczenia w zależności od rodzaju złamania (zgodnie z OWU)

jeżeli ubezpieczony w dniu złamania kości nie ukończył 53. roku życia	ZKGP36	2 400 zł	3000 zł	2 400 zł	3000 zł	2 400 zł	3000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu złamania kości ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZKGP36	1 200 zł	1 500 zł	1 200 zł	1 500 zł	1 200 zł	1 500 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% trwałego uszczerbku	MTGP36			40 zł	50 zł	80 zł	100 zł

ZABEZPIECZENIE NAJBLIŻSZYCH

Śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	335 000 zł	386 000 zł	327 000 zł	376 000 zł	319 000 zł	366 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	303 000 zł	346 000 zł	299 000 zł	341 000 zł	295 000 zł	336 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	287 000 zł	326 000 zł	285 000 zł	324 000 zł	288 600 zł	328 000 zł

Śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	NWGP36 DOGP36	208 000 zł	240 000 zł	200 000 zł	230 000 zł	192 000 zł	220 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	NWGP36 DOGP36	176 000 zł	200 000 zł	172 000 zł	195 000 zł	168 000 zł	190 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NWGP36 DOGP36	160 000 zł	180 000 zł	158 400 zł	178 000 zł	161 600 zł	182 000 zł

Śmierć ubezpieczonego

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	DOGP36	86 000 zł	100 000 zł	78 000 zł	90 000 zł	70 000 zł	80 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	DOGP36	54 000 zł	60 000 zł	50 000 zł	55 000 zł	46 000 zł	50 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	DOGP36	38 000 zł	40 000 zł	36 400 zł	38 000 zł	39 600 zł	42 000 zł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 141 zł (oferta 302)	Tylko dla mnie – 154 zł (oferta 301)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 148 zł (oferta 310)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 162 zł (oferta 309)	Dla mojej Rodziny – 185 zł (oferta 318)	Dla mojej Rodziny – 209 zł (oferta 317)
WSPARCIE DLA CIEBIE							
Śmierć ubezpieczonych bliskich							
małżonka albo partnera życiowego – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	ZMGP36			44 000 zł	55 000 zł	44 000 zł	55 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZMGP36			34 400 zł	43 000 zł	38 000 zł	47 500 zł
małżonka albo partnera życiowego							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	SMGP36			12 000 zł	15 000 zł	12 000 zł	15 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	SMGP36			2 400 zł	3 000 zł	6 000 zł	7 500 zł
rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica nie ukończył 53. roku życia	NRGP36					4 800 zł	6 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NRGP36					4 400 zł	5 500 zł
rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica nie ukończył 53. roku życia	ZRGP36					800 zł	1 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZRGP36					400 zł	500 zł
dziecka – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	NDGP36					12 000 zł	15 000 zł
dziecka	ZDGP36					4 000 zł	5 000 zł
Urodzenie dziecka	UDGP36					800 zł	1 000 zł
Urodzenie martwego dziecka	UDGP36					1 600 zł	2 000 zł
Prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia	tak						

Umowa gwarantuje indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, kod warunków PTKP51. Składka od 1 000 zł sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym – 7 zł. Świadczenie za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – 1% sumy ubezpieczenia.

WARIANT V. POWRÓT DO ZDROWIA

Zakres ubezpieczenia i wysokości świadczeń w poszczególnych wariantach:

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie - 56 zł (oferta 320)	Tylko dla mnie - 74 zł (oferta 319)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego - 75 zł (oferta 328)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego - 99 zł (oferta 327)	Dla mojej Rodziny - 80 zł (oferta 336)	Dla mojej Rodziny - 112 zł (oferta 335)
----------------------	---------	---	---	---	---	--	---

POWRÓT DO ZDROWIA**Ciężka choroba ubezpieczonego**

Zakres	Onko-kardio-neurowsparcie						
Liczba jednostek chorobowych	18 jednostek chorobowych						
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby nie ukończył 53. roku życia	CCGP36	15 000 zł	20 000 zł	13 500 zł	18 000 zł	11 200 zł	15 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	CCGP36	3 700 zł	5 000 zł	3 700 zł	5 000 zł	3 700 zł	5 000 zł

Wystąpienie ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego

jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	MCGP36			7 500 zł	10 000 zł	6 000 zł	8 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	MCGP36			2 300 zł	3 100 zł	1 900 zł	2 500 zł

Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu – za 1% trwałego uszczerbku

jeżeli ubezpieczony w dniu zawału serca lub udaru mózgu nie ukończył 53. roku życia	TZGP36	70 zł	100 zł	70 zł	100 zł	70 zł	100 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu zawału serca lub udaru mózgu ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	TZGP36	50 zł	60 zł	50 zł	60 zł	50 zł	60 zł

Leczenie specjalistyczne

jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia specjalistycznego nie ukończył 53. roku życia	LCGP36	4 500 zł	6 000 zł	4 500 zł	6 000 zł	4 500 zł	6 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia specjalistycznego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	LCGP36	2 200 zł	3 000 zł	2 200 zł	3 000 zł	2 200 zł	3 000 zł
Konsultacja zagraniczna i usługi assistance	KZGP36	tak	tak	tak	tak	tak	tak

WSPARCIE POSZPITALNE**Leczenie szpitalne ubezpieczonego****jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego nie ukończył 53. roku życia**

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt w szpitalu musi trwać minimum 4 dni)	LSGP36	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł
--	--------	----------	-------	----------	-------	----------	-------

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 56 zł (oferta 320)	Tylko dla mnie – 74 zł (oferta 319)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 75 zł (oferta 328)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 99 zł (oferta 327)	Dla mojej Rodziny – 80 zł (oferta 336)	Dla mojej Rodziny – 112 zł (oferta 335)
za dzień pobytu w szpitalu związanego z daną chorobą z pakietu Powrót do Zdrowia (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	75 zł	100 zł	75 zł	100 zł	75 zł	100 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	206,25 zł	275 zł	206,25 zł	275 zł	206,25 zł	275 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem przy pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	93,75 zł	125 zł	93,75 zł	125 zł	93,75 zł	125 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	LSGP36	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł
pobyt na oddziale intensywnej terapii (jednorazowe świadczenie – pobyt musi trwać min. 48h)	LPGP36	375 zł	500 zł	375 zł	500 zł	375 zł	500 zł
za dzień rekonwalescencji – pobyt na zwolnieniu lekarskim (maks. 30 dni) po minimum 14-dniowym pobyście w szpitalu	LPGP36	18,75 zł	25 zł	18,75 zł	25 zł	18,75 zł	25 zł
pobyt w szpitalu poza terytorium Polski	LPGP36	tak	tak	tak	tak	tak	tak
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia							
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt w szpitalu musi trwać minimum 4 dni)	LSGP36	18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł
za dzień pobytu w szpitalu związanego z daną chorobą z pakietu Powrót do Zdrowia (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	37 zł	50 zł	37 zł	50 zł	37 zł	50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	101,75 zł	137,50 zł	101,75 zł	137,50 zł	101,75 zł	137,50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem przy pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	74 zł	100 zł	74 zł	100 zł	74 zł	100 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	74 zł	100 zł	74 zł	100 zł	74 zł	100 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	46,25 zł	62,50 zł	46,25 zł	62,50 zł	46,25 zł	62,50 zł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 56 z ł (oferta 320)	Tylko dla mnie – 74 z ł (oferta 319)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 75 z ł (oferta 328)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 99 z ł (oferta 327)	Dla mojej Rodziny – 80 z ł (oferta 336)	Dla mojej Rodziny – 112 z ł (oferta 335)
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	LSGP36	18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł
pobyt na oddziale intensywnej terapii (jednоразowe świadczenie – pobyt musi trwać min. 48h)	LPGP36	185 z ł	250 z ł	185 z ł	250 z ł	185 z ł	250 z ł
za dzień rekonwalescencji – pobyt na zwolnieniu lekarskim (maks. 30 dni) po minimum 14-dniowym pobycie w szpitalu	LPGP36	9,25 z ł	12,50 z ł	9,25 z ł	12,50 z ł	9,25 z ł	12,50 z ł
pobyt w szpitalu poza terytorium Polski	LPGP36	tak	tak	tak	tak	tak	tak

Leczenie szpitalne małżonka albo partnera życiowego

jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. rok życia

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt musi trwać min. 4 dni)	MLGP36			18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	MLGP36			37 z ł	50 z ł	37 z ł	50 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	MLGP36			18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł

jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt musi trwać min. 4 dni)	MLGP36			18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	MLGP36			37 z ł	50 z ł	37 z ł	50 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	MLGP36			18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł

Operacja chirurgiczna ubezpieczonego

jeżeli ubezpieczony w dniu operacji chirurgicznej nie ukończył 53. roku życia

klasa I	OPGP36	3 700 z ł	5 000 z ł	3 700 z ł	5 000 z ł	3 000 z ł	4 000 z ł
klasa II	OPGP36	1 850 z ł	2 500 z ł	1 850 z ł	2 500 z ł	1 500 z ł	2 000 z ł
klasa III	OPGP36	1 100 z ł	1 500 z ł	1 100 z ł	1 500 z ł	900 z ł	1 200 z ł
klasa IV	OPGP36	370 z ł	500 z ł	370 z ł	500 z ł	300 z ł	400 z ł
klasa V	OPGP36	185 z ł	250 z ł	185 z ł	250 z ł	150 z ł	200 z ł

jeżeli ubezpieczony w dniu operacji chirurgicznej ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia

klasa I	OPGP36	1 900 z ł	2 500 z ł	1 900 z ł	2 500 z ł	1 500 z ł	2 000 z ł
klasa II	OPGP36	950 z ł	1 250 z ł	950 z ł	1 250 z ł	750 z ł	1 000 z ł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 56 zł (oferta 320)	Tylko dla mnie – 74 zł (oferta 319)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 75 zł (oferta 328)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 99 zł (oferta 327)	Dla mojej Rodziny – 80 zł (oferta 336)	Dla mojej Rodziny – 112 zł (oferta 335)
klasa III	OPGP36	570 zł	750 zł	570 zł	750 zł	450 zł	600 zł
klasa IV	OPGP36	190 zł	250 zł	190 zł	250 zł	150 zł	200 zł
klasa V	OPGP36	95 zł	125 zł	95 zł	125 zł	75 zł	100 zł

Operacja chirurgiczna małżonka albo partnera życiowego

klasa I	MOGP36			2 600 zł	3 500 zł	2 600 zł	3 500 zł
klasa II	MOGP36			1 300 zł	1 750 zł	1 300 zł	1 750 zł
klasa III	MOGP36			780 zł	1 050 zł	780 zł	1 050 zł
klasa IV	MOGP36			260 zł	350 zł	260 zł	350 zł
klasa V	MOGP36			130 zł	175 zł	130 zł	175 zł

WSPARCIE POWYPADKOWE

Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% trwałego uszczerbku

jeżeli ubezpieczony w dniu zdarzenia nie ukończył 53. roku życia	TUGP36	450 zł	600 zł	450 zł	600 zł	450 zł	600 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu zdarzenia ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	TUGP36	200 zł	300 zł	200 zł	300 zł	200 zł	300 zł

Złamanie kości spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem – odpowiedni procent wskazanej sumy ubezpieczenia w zależności od rodzaju złamania (zgodnie z OWU)

jeżeli ubezpieczony w dniu złamania kości nie ukończył 53. roku życia	ZKGP36	3 700 zł	5 000 zł	3 700 zł	5 000 zł	3 700 zł	5 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu złamania kości ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZKGP36	1 900 zł	2 500 zł	1 900 zł	2 500 zł	1 900 zł	2 500 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% trwałego uszczerbku	MTGP36			75 zł	100 zł	60 zł	80 zł

OCHRONA DLA DZIECKA

Wystąpienie ciężkiej choroby niepełnoletniego dziecka	DPGP36					5 000 zł	10 000 zł
---	--------	--	--	--	--	----------	-----------

Leczenie szpitalne niepełnoletniego dziecka

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt musi trwać min. 4 dni)	DPGP36					25 zł	50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	DPGP36					50 zł	100 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	DPGP36					25 zł	50 zł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 56 z ł (oferta 320)	Tylko dla mnie – 74 z ł (oferta 319)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 75 z ł (oferta 328)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 99 z ł (oferta 327)	Dla mojej Rodziny – 80 z ł (oferta 336)	Dla mojej Rodziny – 112 z ł (oferta 335)
Uszczerbek na zdrowiu niepełnoletniego dziecka spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	DGP36					odpowiedni % sumy ubezpieczenia (5 000 zł) w zależności od rodzaju uszczerbku - zgodnie z OWU	odpowiedni % sumy ubezpieczenia (10 000 zł) w zależności od rodzaju uszczerbku - zgodnie z OWU

ZABEZPIECZENIE NAJBLIŻSZYCH

Śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	71 200 zł	95 000 zł	71 200 zł	95 000 zł	71 200 zł	95 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	65 600 zł	87 500 zł	65 600 zł	87 500 zł	65 600 zł	87 500 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	63 700 zł	85 000 zł	63 700 zł	85 000 zł	63 700 zł	85 000 zł

Śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	NWGP36 DOGP36	41 200 zł	55 000 zł	41 200 zł	55 000 zł	41 200 zł	55 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	NWGP36 DOGP36	35 600 zł	47 500 zł	35 600 zł	47 500 zł	35 600 zł	47 500 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NWGP36 DOGP36	33 700 zł	45 000 zł	33 700 zł	45 000 zł	33 700 zł	45 000 zł

Śmierć ubezpieczonego

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	DOGP36	11 200 zł	15 000 zł	11 200 zł	15 000 zł	11 200 zł	15 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	DOGP36	5 600 zł	7 500 zł	5 600 zł	7 500 zł	5 600 zł	7 500 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	DOGP36	3 700 zł	5 000 zł	3 700 zł	5 000 zł	3 700 zł	5 000 zł

WSPARCIE DLA CIEBIE

Śmierć ubezpieczonych bliskich

małżonka albo partnera życiowego – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	ZMGP36			9 700 zł	13 000 zł	9 750 zł	13 000 zł
---	--------	--	--	----------	-----------	----------	-----------

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 56 z ł (oferta 320)	Tylko dla mnie – 74 z ł (oferta 319)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 75 z ł (oferta 328)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 99 z ł (oferta 327)	Dla mojej Rodziny – 80 z ł (oferta 336)	Dla mojej Rodziny – 112 z ł (oferta 335)
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZMGP36			7 950 zł	10 600 zł	7 950 zł	10 600 zł
małżonka albo partnera życiowego							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	SMGP36			2 200 zł	3 000 zł	2 250 zł	3 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	SMGP36			450 zł	600 zł	450 zł	600 zł
Prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia	tak						

Umowa gwarantuje indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, kod warunków PTKP51. Składka od 1 000 zł sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym – 7 zł. Świadczenie za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – 1% sumy ubezpieczenia.

WARIANT VI. POWRÓT DO ZDROWIA Z OPIEKĄ MEDYCZNĄ

Zakres ubezpieczenia i wysokości świadczeń w poszczególnych wariantach:

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 101 z ł (oferta 322)	Tylko dla mnie – 119 z ł (oferta 321)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 120 z ł (oferta 330)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 144 z ł (oferta 329)	Dla mojej Rodziny – 125 z ł (oferta 338)	Dla mojej Rodziny – 157 z ł (oferta 337)
OPIEKA MEDYCZNA							
Zakres	UZGP36	Zdrowie Start	Zdrowie Start	Zdrowie Start	Zdrowie Start	Zdrowie Start	Zdrowie Start

POWRÓT DO ZDROWIA

Ciężka choroba ubezpieczonego

Zakres	Onko-kardio-neurowsparcie						
Liczba jednostek chorobowych	18 jednostek chorobowych						
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby nie ukończył 53. roku życia	CCGP36	15 000 zł	20 000 zł	13 500 zł	18 000 zł	11 200 zł	15 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	CCGP36	3 700 zł	5 000 zł	3 700 zł	5 000 zł	3 700 zł	5 000 zł

Wystąpienie ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego

jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	MCGP36			7 500 zł	10 000 zł	6 000 zł	8 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	MCGP36			2 300 zł	3 100 zł	1 900 zł	2 500 zł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 101 zł (oferta 322)	Tylko dla mnie – 119 zł (oferta 321)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 120 zł (oferta 330)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 144 zł (oferta 329)	Dla mojej Rodziny – 125 zł (oferta 338)	Dla mojej Rodziny – 157 zł (oferta 337)
Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu – za 1% trwałego uszczerbku							
jeżeli ubezpieczony w dniu zawału serca lub udaru mózgu nie ukończył 53. roku życia	TZGP36	70 zł	100 zł	70 zł	100 zł	70 zł	100 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu zawału serca lub udaru mózgu ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	TZGP36	50 zł	60 zł	50 zł	60 zł	50 zł	60 zł
Leczenie specjalistyczne							
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia specjalistycznego nie ukończył 53. roku życia	LCGP36	4 500 zł	6 000 zł	4 500 zł	6 000 zł	4 500 zł	6 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia specjalistycznego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	LCGP36	2 200 zł	3 000 zł	2 200 zł	3 000 zł	2 200 zł	3 000 zł
Konsultacja zagraniczna i usługi assistance	KZGP36	tak	tak	tak	tak	tak	tak
WSPARCIE POSZPITALNE							
Leczenie szpitalne ubezpieczonego							
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego nie ukończył 53. roku życia							
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt w szpitalu musi trwać minimum 4 dni)	LSGP36	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł
za dzień pobytu w szpitalu związanego z daną chorobą z pakietu Powrót do Zdrowia (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	75 zł	100 zł	75 zł	100 zł	75 zł	100 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	206,25 zł	275 zł	206,25 zł	275 zł	206,25 zł	275 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem przy pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	93,75 zł	125 zł	93,75 zł	125 zł	93,75 zł	125 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	LSGP36	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł
pobyt na oddziale intensywnej terapii (jedenrazowe świadczenie – pobyt musi trwać min. 48h)	LPGP36	375 zł	500 zł	375 zł	500 zł	375 zł	500 zł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 101 zł (oferta 322)	Tylko dla mnie – 119 zł (oferta 321)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 120 zł (oferta 330)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 144 zł (oferta 329)	Dla mojej Rodziny – 125 zł (oferta 338)	Dla mojej Rodziny – 157 zł (oferta 337)
za dzień rekonwalescencji – pobyt na zwolnieniu lekarskim (maks. 30 dni) po minimum 14-dniowym pobycie w szpitalu	LPGP36	18,75 zł	25 zł	18,75 zł	25 zł	18,75 zł	25 zł
pobyt w szpitalu poza terytorium Polski	LPGP36	tak	tak	tak	tak	tak	tak
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia							
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt w szpitalu musi trwać minimum 4 dni)	LSGP36	18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł
za dzień pobytu w szpitalu związanego z daną chorobą z pakietu Powrót do Zdrowia (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	37 zł	50 zł	37 zł	50 zł	37 zł	50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	101,75 zł	137,50 zł	101,75 zł	137,50 zł	101,75 zł	137,50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem przy pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	74 zł	100 zł	74 zł	100 zł	74 zł	100 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	74 zł	100 zł	74 zł	100 zł	74 zł	100 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	46,25 zł	62,50 zł	46,25 zł	62,50 zł	46,25 zł	62,50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	LSGP36	18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł
pobyt na oddziale intensywnej terapii (jednorazowe świadczenie – pobyt musi trwać min. 48h)	LPGP36	185 zł	250 zł	185 zł	250 zł	185 zł	250 zł
za dzień rekonwalescencji – pobyt na zwolnieniu lekarskim (maks. 30 dni) po minimum 14-dniowym pobycie w szpitalu	LPGP36	9,25 zł	12,50 zł	9,25 zł	12,50 zł	9,25 zł	12,50 zł
pobyt w szpitalu poza terytorium Polski	LPGP36	tak	tak	tak	tak	tak	tak

Leczenie szpitalne małżonka albo partnera życiowego

jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt musi trwać min. 4 dni)	MLGP36			18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	MLGP36			37 zł	50 zł	37 zł	50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	MLGP36			18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 101 zł (oferta 322)	Tylko dla mnie – 119 zł (oferta 321)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 120 zł (oferta 330)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 144 zł (oferta 329)	Dla mojej Rodziny – 125 zł (oferta 338)	Dla mojej Rodziny – 157 zł (oferta 337)
----------------------	---------	--------------------------------------	--------------------------------------	--	--	---	---

jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt musi trwać min. 4 dni)	MLGP36			18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	MLGP36			37 zł	50 zł	37 zł	50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	MLGP36			18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł

Operacja chirurgiczna ubezpieczonego

jeżeli ubezpieczony w dniu operacji chirurgicznej nie ukończył 53. roku życia

klasa I	OPGP36	3 700 zł	5 000 zł	3 700 zł	5 000 zł	3 000 zł	4 000 zł
klasa II	OPGP36	1 850 zł	2 500 zł	1 850 zł	2 500 zł	1 500 zł	2 000 zł
klasa III	OPGP36	1 100 zł	1 500 zł	1 100 zł	1 500 zł	900 zł	1 200 zł
klasa IV	OPGP36	370 zł	500 zł	370 zł	500 zł	300 zł	400 zł
klasa V	OPGP36	185 zł	250 zł	185 zł	250 zł	150 zł	200 zł

jeżeli ubezpieczony w dniu operacji chirurgicznej ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia

klasa I	OPGP36	1 900 zł	2 500 zł	1 900 zł	2 500 zł	1 500 zł	2 000 zł
klasa II	OPGP36	950 zł	1 250 zł	950 zł	1 250 zł	750 zł	1 000 zł
klasa III	OPGP36	570 zł	750 zł	570 zł	750 zł	450 zł	600 zł
klasa IV	OPGP36	190 zł	250 zł	190 zł	250 zł	150 zł	200 zł
klasa V	OPGP36	95 zł	125 zł	95 zł	125 zł	75 zł	100 zł

Operacja chirurgiczna małżonka albo partnera życiowego

klasa I	MOGP36			2 600 zł	3 500 zł	2 600 zł	3 500 zł
klasa II	MOGP36			1 300 zł	1 750 zł	1 300 zł	1 750 zł
klasa III	MOGP36			780 zł	1 050 zł	780 zł	1 050 zł
klasa IV	MOGP36			260 zł	350 zł	260 zł	350 zł
klasa V	MOGP36			130 zł	175 zł	130 zł	175 zł

WSPARCIE POWYPADKOWE

Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% trwałego uszczerbku

jeżeli ubezpieczony w dniu zdarzenia nie ukończył 53. roku życia	TUGP36	450 zł	600 zł	450 zł	600 zł	450 zł	600 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu zdarzenia ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	TUGP36	200 zł	300 zł	200 zł	300 zł	200 zł	300 zł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 101 zł (oferta 322)	Tylko dla mnie – 119 zł (oferta 321)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 120 zł (oferta 330)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 144 zł (oferta 329)	Dla mojej Rodziny – 125 zł (oferta 338)	Dla mojej Rodziny – 157 zł (oferta 337)
----------------------	---------	---	---	---	---	--	--

Złamanie kości spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem – odpowiedni procent wskazanej sumy ubezpieczenia w zależności od rodzaju złamania (zgodnie z OWU)

jeżeli ubezpieczony w dniu złamania kości nie ukończył 53. roku życia	ZKGP36	3 700 zł	5 000 zł	3 700 zł	5 000 zł	3 700 zł	5 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu złamania kości ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZKGP36	1 900 zł	2 500 zł	1 900 zł	2 500 zł	1 900 zł	2 500 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% trwałego uszczerbku	MTGP36			75 zł	100 zł	60 zł	80 zł

OCHRONA DLA DZIECKA

Wystąpienie ciężkiej choroby niepełnoletniego dziecka	DPGP36					5 000 zł	10 000 zł
---	--------	--	--	--	--	----------	-----------

Leczenie szpitalne niepełnoletniego dziecka

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt musi trwać min. 4 dni)	DPGP36					25 zł	50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	DPGP36					50 zł	100 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	DPGP36					25 zł	50 zł

Uszczerbek na zdrowiu niepełnoletniego dziecka spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	DPGP36					odpowiedni % sumy ubezpieczenia (5 000 zł) w zależności od rodzaju uszczerbku – zgodnie z OWU	odpowiedni % sumy ubezpieczenia (10 000 zł) w zależności od rodzaju uszczerbku – zgodnie z OWU
---	--------	--	--	--	--	---	--

ZABEZPIECZENIE NAJBLIŻSZYCH

Śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	71 200 zł	95 000 zł	71 200 zł	95 000 zł	71 200 zł	95 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	65 600 zł	87 500 zł	65 600 zł	87 500 zł	65 600 zł	87 500 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	63 700 zł	85 000 zł	63 700 zł	85 000 zł	63 700 zł	85 000 zł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 101 zł (oferta 322)	Tylko dla mnie – 119 zł (oferta 321)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 120 zł (oferta 330)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 144 zł (oferta 329)	Dla mojej Rodziny – 125 zł (oferta 338)	Dla mojej Rodziny – 157 zł (oferta 337)
----------------------	---------	---	---	---	---	--	--

Śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	NWGP36 DOGP36	41 200 zł	55 000 zł	41 200 zł	55 000 zł	41 200 zł	55 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	NWGP36 DOGP36	35 600 zł	47 500 zł	35 600 zł	47 500 zł	35 600 zł	47 500 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NWGP36 DOGP36	33 700 zł	45 000 zł	33 700 zł	45 000 zł	33 700 zł	45 000 zł

Śmierć ubezpieczonego

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	DOGP36	11 200 zł	15 000 zł	11 200 zł	15 000 zł	11 200 zł	15 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	DOGP36	5 600 zł	7 500 zł	5 600 zł	7 500 zł	5 600 zł	7 500 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	DOGP36	3 700 zł	5 000 zł	3 700 zł	5 000 zł	3 700 zł	5 000 zł

WSPARCIE DLA CIEBIE

Śmierć ubezpieczonych bliskich

małżonka albo partnera życiowego – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	ZMGP36			9 700 zł	13 000 zł	9 750 zł	13 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZMGP36			7 950 zł	10 600 zł	7 950 zł	10 600 zł

małżonka albo partnera życiowego

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	SMGP36			2 200 zł	3 000 zł	2 250 zł	3 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	SMGP36			450 zł	600 zł	450 zł	600 zł

Prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia	tak
--	-----

Umowa gwarantuje indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, kod warunków PTKP51. Składka od 1 000 zł sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym – 7 zł. Świadczenie za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – 1% sumy ubezpieczenia.

WARIANT VII. POWRÓT DO ZDROWIA z dodatkowym zabezpieczeniem Bliskich

Zakres ubezpieczenia i wysokości świadczeń w poszczególnych wariantach:

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 101 zł (oferta 324)	Tylko dla mnie – 119 zł (oferta 323)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 120 zł (oferta 332)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 144 zł (oferta 331)	Dla mojej Rodziny – 125 zł (oferta 340)	Dla mojej Rodziny – 157 zł (oferta 339)
POWRÓT DO ZDROWIA							
Ciężka choroba ubezpieczonego							
Zakres	Onko-kardio-neurowsparcie						
Liczba jednostek chorobowych	18 jednostek chorobowych						
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby nie ukończył 53. roku życia	CCGP36	15 000 zł	20 000 zł	13 500 zł	18 000 zł	11 200 zł	15 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	CCGP36	3 700 zł	5 000 zł	3 700 zł	5 000 zł	3 700 zł	5 000 zł
Wystąpienie ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego							
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	MCGP36			7 500 zł	10 000 zł	6 000 zł	8 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	MCGP36			2 300 zł	3 100 zł	1 900 zł	2 500 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu – za 1% trwałego uszczerbku							
jeżeli ubezpieczony w dniu zawału serca lub udaru mózgu nie ukończył 53. roku życia	TZGP36	70 zł	100 zł	70 zł	100 zł	70 zł	100 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu zawału serca lub udaru mózgu ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	TZGP36	50 zł	60 zł	50 zł	60 zł	50 zł	60 zł
Leczenie specjalistyczne							
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia specjalistycznego nie ukończył 53. roku życia	LCGP36	4 500 zł	6 000 zł	4 500 zł	6 000 zł	4 500 zł	6 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia specjalistycznego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	LCGP36	2 200 zł	3 000 zł	2 200 zł	3 000 zł	2 200 zł	3 000 zł
Konsultacja zagraniczna i usługi assistance	KZGP36	tak	tak	tak	tak	tak	tak
WSPARCIE POSZPITALNE							
Leczenie szpitalne ubezpieczonego							
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego nie ukończył 53. roku życia							
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt w szpitalu musi trwać minimum 4 dni)	LSGP36	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł

za dzień pobytu w szpitalu związanego z daną chorobą z pakietu Powrót do Zdrowia (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	75 zł	100 zł	75 zł	100 zł	75 zł	100 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	206,25 zł	275 zł	206,25 zł	275 zł	206,25 zł	275 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem przy pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	93,75 zł	125 zł	93,75 zł	125 zł	93,75 zł	125 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	LSGP36	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł
pobyt na oddziale intensywnej terapii (jednorazowe świadczenie – pobyt musi trwać min. 48h)	LPGP36	375 zł	500 zł	375 zł	500 zł	375 zł	500 zł
za dzień rekonwalescencji – pobyt na zwolnieniu lekarskim (maks. 30 dni) po minimum 14-dniowym pobycie w szpitalu	LPGP36	18,75 zł	25 zł	18,75 zł	25 zł	18,75 zł	25 zł
pobyt w szpitalu poza terytorium Polski	LPGP36	tak	tak	tak	tak	tak	tak

jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt w szpitalu musi trwać minimum 4 dni)	LSGP36	18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł
za dzień pobytu w szpitalu związanego z daną chorobą z pakietu Powrót do Zdrowia (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	37 zł	50 zł	37 zł	50 zł	37 zł	50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	101,75 zł	137,50 zł	101,75 zł	137,50 zł	101,75 zł	137,50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem przy pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	74 zł	100 zł	74 zł	100 zł	74 zł	100 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	74 zł	100 zł	74 zł	100 zł	74 zł	100 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	46,25 zł	62,50 zł	46,25 zł	62,50 zł	46,25 zł	62,50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	LSGP36	18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł
pobyt na oddziale intensywnej terapii (jednorazowe świadczenie – pobyt musi trwać min. 48h)	LPGP36	185 zł	250 zł	185 zł	250 zł	185 zł	250 zł

za dzień rekonwalescencji – pobyt na zwolnieniu lekarskim (maks. 30 dni) po minimum 14-dniowym pobycie w szpitalu	LPGP36	9,25 zł	12,50 zł	9,25 zł	12,50 zł	9,25 zł	12,50 zł
pobyt w szpitalu poza terytorium Polski	LPGP36	tak	tak	tak	tak	tak	tak

Leczenie szpitalne małżonka albo partnera życiowego

jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. rok życia

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt musi trwać min. 4 dni)	MLGP36			18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	MLGP36			37 zł	50 zł	37 zł	50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	MLGP36			18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł

jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt musi trwać min. 4 dni)	MLGP36			18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	MLGP36			37 zł	50 zł	37 zł	50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	MLGP36			18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł

Operacja chirurgiczna ubezpieczonego

jeżeli ubezpieczony w dniu operacji chirurgicznej nie ukończył 53. roku życia

klasa I	OPGP36	3 700 zł	5 000 zł	3 700 zł	5 000 zł	3 000 zł	4 000 zł
klasa II	OPGP36	1 850 zł	2 500 zł	1 850 zł	2 500 zł	1 500 zł	2 000 zł
klasa III	OPGP36	1 100 zł	1 500 zł	1 100 zł	1 500 zł	900 zł	1 200 zł
klasa IV	OPGP36	370 zł	500 zł	370 zł	500 zł	300 zł	400 zł
klasa V	OPGP36	185 zł	250 zł	185 zł	250 zł	150 zł	200 zł

jeżeli ubezpieczony w dniu operacji chirurgicznej ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia

klasa I	OPGP36	1 900 zł	2 500 zł	1 900 zł	2 500 zł	1 500 zł	2 000 zł
klasa II	OPGP36	950 zł	1 250 zł	950 zł	1 250 zł	750 zł	1 000 zł
klasa III	OPGP36	570 zł	750 zł	570 zł	750 zł	450 zł	600 zł
klasa IV	OPGP36	190 zł	250 zł	190 zł	250 zł	150 zł	200 zł
klasa V	OPGP36	95 zł	125 zł	95 zł	125 zł	75 zł	100 zł

Operacja chirurgiczna małżonka albo partnera życiowego

klasa I	MOGP36			2 600 zł	3 500 zł	2 600 zł	3 500 zł
klasa II	MOGP36			1 300 zł	1 750 zł	1 300 zł	1 750 zł
klasa III	MOGP36			780 zł	1 050 zł	780 zł	1 050 zł
klasa IV	MOGP36			260 zł	350 zł	260 zł	350 zł
klasa V	MOGP36			130 zł	175 zł	130 zł	175 zł

WSPARCIE POWYPADKOWE**Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% trwałego uszczerbku**

jeżeli ubezpieczony w dniu zdarzenia nie ukończył 53. roku życia	TUGP36	450 zł	600 zł	450 zł	600 zł	450 zł	600 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu zdarzenia ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	TUGP36	200 zł	300 zł	200 zł	300 zł	200 zł	300 zł

Złamanie kości spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem – odpowiedni procent wskazanej sumy ubezpieczenia w zależności od rodzaju złamania (zgodnie z OWU)

jeżeli ubezpieczony w dniu złamania kości nie ukończył 53. roku życia	ZKGP36	3 700 zł	5 000 zł	3 700 zł	5 000 zł	3 700 zł	5 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu złamania kości ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZKGP36	1 900 zł	2 500 zł	1 900 zł	2 500 zł	1 900 zł	2 500 zł

Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% trwałego uszczerbku

MTGP36			75 zł	100 zł	60 zł	80 zł
--------	--	--	-------	--------	-------	-------

OCHRONA DLA DZIECKA

Wystąpienie ciężkiej choroby niepełnoletniego dziecka	DPGP36					5 000 zł	10 000 zł
---	--------	--	--	--	--	----------	-----------

Leczenie szpitalne niepełnoletniego dziecka

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt musi trwać min. 4 dni)	DPGP36					25 zł	50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	DPGP36					50 zł	100 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	DPGP36					25 zł	50 zł

Uszczerbek na zdrowiu niepełnoletniego dziecka spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	DPGP36					odpowiedni % sumy ubezpieczenia (5 000 zł) w zależności od rodzaju uszczerbku - zgodnie z OWU	odpowiedni % sumy ubezpieczenia (10 000 zł) w zależności od rodzaju uszczerbku - zgodnie z OWU
---	--------	--	--	--	--	---	--

ZABEZPIECZENIE NAJBLIŻSZYCH**Śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym**

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	201 200 zł	225 000 zł	201 200 zł	225 000 zł	201 200 zł	225 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	195 600 zł	217 500 zł	195 600 zł	217 500 zł	195 600 zł	217 500 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	193 700 zł	215 000 zł	193 700 zł	215 000 zł	193 700 zł	215 000 zł

Śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	NWGP36 DOGP36	121 200 zł	135 000 zł	121 200 zł	135 000 zł	121 200 zł	135 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	NWGP36 DOGP36	115 600 zł	127 500 zł	115 600 zł	127 500 zł	115 600 zł	127 500 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NWGP36 DOGP36	113 700 zł	125 000 zł	113 700 zł	125 000 zł	113 700 zł	125 000 zł
Śmierć ubezpieczonego							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	DOGP36	41 200 zł	45 000 zł	41 200 zł	45 000 zł	41 200 zł	45 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	DOGP36	35 600 zł	37 500 zł	35 600 zł	37 500 zł	35 600 zł	37 500 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	DOGP36	33 700 zł	35 000 zł	33 700 zł	35 000 zł	33 700 zł	35 000 zł
WSPARCIE DLA CIEBIE							
Śmierć ubezpieczonych bliskich							
małżonka albo partnera życiowego – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	ZMGP36			9 700 zł	13 000 zł	9 700 zł	13 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZMGP36			7 950 zł	10 600 zł	7 950 zł	10 600 zł
małżonka albo partnera życiowego							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	SMGP36			2 200 zł	3 000 zł	2 200 zł	3 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	SMGP36			450 zł	600 zł	450 zł	600 zł
Prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia	tak						

Umowa gwarantuje indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, kod warunków PTKP51. Składka od 1 000 zł sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym – 7 zł. Świadczenie za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – 1% sumy ubezpieczenia.

WARIANT VIII. POWRÓT DO ZDROWIA z OPIEKĄ MEDYCZNĄ i z dodatkowym zabezpieczeniem Bliskich

Zakres ubezpieczenia i wysokości świadczeń w poszczególnych wariantach:

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 146 z ł (oferta 326)	Tylko dla mnie – 164 z ł (oferta 325)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 165 z ł (oferta 334)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 189 z ł (oferta 333)	Dla mojej Rodziny – 170 z ł (oferta 342)	Dla mojej Rodziny – 202 z ł (oferta 341)
----------------------	---------	---------------------------------------	---------------------------------------	---	---	--	--

OPIEKA MEDYCZNA

Zakres	UZGP36	Zdrowie Start	Zdrowie Start	Zdrowie Start	Zdrowie Start	Zdrowie Start	Zdrowie Start
--------	--------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------

POWRÓT DO ZDROWIA**Ciężka choroba ubezpieczonego**

Zakres	Onko-kardio-neurowsparcie						
Liczba jednostek chorobowych	18 jednostek chorobowych						
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby nie ukończył 53. roku życia	CCGP36	15 000 z ł	20 000 z ł	13 500 z ł	18 000 z ł	11 200 z ł	15 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	CCGP36	3 700 z ł	5 000 z ł	3 700 z ł	5 000 z ł	3 700 z ł	5 000 z ł

Wystąpienie ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego

jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	MCGP36			7 500 z ł	10 000 z ł	6 000 z ł	8 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	MCGP36			2 300 z ł	3 100 z ł	1 900 z ł	2 500 z ł

Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu – za 1% trwałego uszczerbku

jeżeli ubezpieczony w dniu zawału serca lub udaru mózgu nie ukończył 53. roku życia	TZGP36	70 z ł	100 z ł	70 z ł	100 z ł	70 z ł	100 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu zawału serca lub udaru mózgu ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	TZGP36	50 z ł	60 z ł	50 z ł	60 z ł	50 z ł	60 z ł

Leczenie specjalistyczne

jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia specjalistycznego nie ukończył 53. roku życia	LCGP36	4 500 z ł	6 000 z ł	4 500 z ł	6 000 z ł	4 500 z ł	6 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia specjalistycznego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	LCGP36	2 200 z ł	3 000 z ł	2 200 z ł	3 000 z ł	2 200 z ł	3 000 z ł
Konsultacja zagraniczna i usługi assistance	KZGP36	tak	tak	tak	tak	tak	tak

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 146 z ł (oferta 326)	Tylko dla mnie – 164 z ł (oferta 325)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 165 z ł (oferta 334)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 189 z ł (oferta 333)	Dla mojej Rodziny – 170 z ł (oferta 342)	Dla mojej Rodziny – 202 z ł (oferta 341)
----------------------	---------	---------------------------------------	---------------------------------------	---	---	--	--

WSPARCIE POSZPITALNE

Leczenie szpitalne ubezpiezonego

jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego nie ukończył 53. roku życia

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt w szpitalu musi trwać minimum 4 dni)	LSGP36	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł
za dzień pobytu w szpitalu związanego z daną chorobą z pakietu Powrót do Zdrowia (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	75 zł	100 zł	75 zł	100 zł	75 zł	100 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	206,25 zł	275 zł	206,25 zł	275 zł	206,25 zł	275 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem przy pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	93,75 zł	125 zł	93,75 zł	125 zł	93,75 zł	125 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	LSGP36	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł
pobyt na oddziale intensywnej terapii (jednorazowe świadczenie – pobyt musi trwać min. 48h)	LPGP36	375 zł	500 zł	375 zł	500 zł	375 zł	500 zł
za dzień rekonwalescencji – pobyt na zwolnieniu lekarskim (maks. 30 dni) po minimum 14-dniowym pobyście w szpitalu	LPGP36	18,75 zł	25 zł	18,75 zł	25 zł	18,75 zł	25 zł
pobyt w szpitalu poza terytorium Polski	LPGP36	tak	tak	tak	tak	tak	tak

jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt w szpitalu musi trwać minimum 4 dni)	LSGP36	18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł
za dzień pobytu w szpitalu związanego z daną chorobą z pakietu Powrót do Zdrowia (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	37 zł	50 zł	37 zł	50 zł	37 zł	50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	101,75 zł	137,50 zł	101,75 zł	137,50 zł	101,75 zł	137,50 zł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 146 z ł (oferta 326)	Tylko dla mnie – 164 z ł (oferta 325)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 165 z ł (oferta 334)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 189 z ł (oferta 333)	Dla mojej Rodziny – 170 z ł (oferta 342)	Dla mojej Rodziny – 202 z ł (oferta 341)
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem przy pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	74 z ł	100 z ł	74 z ł	100 z ł	74 z ł	100 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	74 z ł	100 z ł	74 z ł	100 z ł	74 z ł	100 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	46,25 z ł	62,50 z ł	46,25 z ł	62,50 z ł	46,25 z ł	62,50 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	LSGP36	18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł
pobyt na oddziale intensywnej terapii (jednorazowe świadczenie – pobyt musi trwać min. 48h)	LPGP36	185 z ł	250 z ł	185 z ł	250 z ł	185 z ł	250 z ł
za dzień rekonwalescencji – pobyt na zwolnieniu lekarskim (maks. 30 dni) po minimum 14-dniowym pobycie w szpitalu	LPGP36	9,25 z ł	12,50 z ł	9,25 z ł	12,50 z ł	9,25 z ł	12,50 z ł
pobyt w szpitalu poza terytorium Polski	LPGP36	tak	tak	tak	tak	tak	tak

Leczenie szpitalne małżonka albo partnera życiowego

jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. rok życia

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt musi trwać min. 4 dni)	MLGP36			18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	MLGP36			37 z ł	50 z ł	37 z ł	50 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	MLGP36			18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł

jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt musi trwać min. 4 dni)	MLGP36			18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	MLGP36			37 z ł	50 z ł	37 z ł	50 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	MLGP36			18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł

Operacja chirurgiczna ubezpieczonego

jeżeli ubezpieczony w dniu operacji chirurgicznej nie ukończył 53. roku życia

klasa I	OPGP36	3 700 z ł	5 000 z ł	3 700 z ł	5 000 z ł	3 000 z ł	4 000 z ł
klasa II	OPGP36	1 850 z ł	2 500 z ł	1 850 z ł	2 500 z ł	1 500 z ł	2 000 z ł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 146 zł (oferta 326)	Tylko dla mnie – 164 zł (oferta 325)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 165 zł (oferta 334)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 189 zł (oferta 333)	Dla mojej Rodziny – 170 zł (oferta 342)	Dla mojej Rodziny – 202 zł (oferta 341)
klasa III	OPGP36	1 100 zł	1 500 zł	1 100 zł	1 500 zł	900 zł	1 200 zł
klasa IV	OPGP36	370 zł	500 zł	370 zł	500 zł	300 zł	400 zł
klasa V	OPGP36	185 zł	250 zł	185 zł	250 zł	150 zł	200 zł

jeżeli ubezpieczony w dniu operacji chirurgicznej ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia

klasa I	OPGP36	1 900 zł	2 500 zł	1 900 zł	2 500 zł	1 500 zł	2 000 zł
klasa II	OPGP36	950 zł	1 250 zł	950 zł	1 250 zł	750 zł	1 000 zł
klasa III	OPGP36	570 zł	750 zł	570 zł	750 zł	450 zł	600 zł
klasa IV	OPGP36	190 zł	250 zł	190 zł	250 zł	150 zł	200 zł
klasa V	OPGP36	95 zł	125 zł	95 zł	125 zł	75 zł	100 zł

Operacja chirurgiczna małżonka albo partnera życiowego

klasa I	MOGP36			2 600 zł	3 500 zł	2 600 zł	3 500 zł
klasa II	MOGP36			1 300 zł	1 750 zł	1 300 zł	1 750 zł
klasa III	MOGP36			780 zł	1 050 zł	780 zł	1 050 zł
klasa IV	MOGP36			260 zł	350 zł	260 zł	350 zł
klasa V	MOGP36			130 zł	175 zł	130 zł	175 zł

WSPARCIE POWYPADKOWE

Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% trwałego uszczerbku

jeżeli ubezpieczony w dniu zdarzenia nie ukończył 53. roku życia	TUGP36	450 zł	600 zł	450 zł	600 zł	450 zł	600 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu zdarzenia ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	TUGP36	200 zł	300 zł	200 zł	300 zł	200 zł	300 zł

Złamanie kości spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem – odpowiedni procent wskazanej sumy ubezpieczenia w zależności od rodzaju złamania (zgodnie z OWU)

jeżeli ubezpieczony w dniu złamania kości nie ukończył 53. roku życia	ZKGP36	3 700 zł	5 000 zł	3 700 zł	5 000 zł	3 700 zł	5 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu złamania kości ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZKGP36	1 900 zł	2 500 zł	1 900 zł	2 500 zł	1 900 zł	2 500 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% trwałego uszczerbku	MTGP36			75 zł	100 zł	60 zł	80 zł

OCHRONA DLA DZIECKA

Wystąpienie ciężkiej choroby niepełnoletniego dziecka	DPGP36					5 000 zł	10 000 zł
---	--------	--	--	--	--	----------	-----------

Leczenie szpitalne niepełnoletniego dziecka

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt musi trwać min. 4 dni)	DPGP36					25 zł	50 zł
--	--------	--	--	--	--	-------	-------

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 146 z ł (oferta 326)	Tylko dla mnie – 164 z ł (oferta 325)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 165 z ł (oferta 334)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 189 z ł (oferta 333)	Dla mojej Rodziny – 170 z ł (oferta 342)	Dla mojej Rodziny – 202 z ł (oferta 341)
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	DPGP36					50 z ł	100 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	DPGP36					25 z ł	50 z ł
Uszczerbek na zdrowiu niepełnoletniego dziecka spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	DPGP36					odpowiedni % sumy ubezpieczenia (5 000 z ł) w zależności od rodzaju uszczerbku - zgodnie z OWU	odpowiedni % sumy ubezpieczenia (10 00 z ł) w zależności od rodzaju uszczerbku - zgodnie z OWU

ZABEZPIECZENIE NAJBLIŻSZYCH

Śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	201 200 z ł	225 000 z ł	201 200 z ł	225 000 z ł	201 200 z ł	225 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	195 600 z ł	217 500 z ł	195 600 z ł	217 500 z ł	195 600 z ł	217 500 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	193 700 z ł	215 000 z ł	193 700 z ł	215 000 z ł	193 700 z ł	215 000 z ł

Śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	NWGP36 DOGP36	121 200 z ł	135 000 z ł	121 200 z ł	135 000 z ł	121 200 z ł	135 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	NWGP36 DOGP36	115 600 z ł	127 500 z ł	115 600 z ł	127 500 z ł	115 600 z ł	127 500 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NWGP36 DOGP36	113 700 z ł	125 000 z ł	113 700 z ł	125 000 z ł	113 700 z ł	125 000 z ł

Śmierć ubezpieczonego

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	DOGP36	41 200 z ł	45 000 z ł	41 200 z ł	45 000 z ł	41 200 z ł	45 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	DOGP36	35 600 z ł	37 500 z ł	35 600 z ł	37 500 z ł	35 600 z ł	37 500 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	DOGP36	33 700 z ł	35 000 z ł	33 700 z ł	35 000 z ł	33 700 z ł	35 000 z ł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 146 z ł (oferta 326)	Tylko dla mnie – 164 z ł (oferta 325)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 165 z ł (oferta 334)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 189 z ł (oferta 333)	Dla mojej Rodziny – 170 z ł (oferta 342)	Dla mojej Rodziny – 202 z ł (oferta 341)
----------------------	---------	---------------------------------------	---------------------------------------	---	---	--	--

WSPARCIE DLA CIEBIE

Śmierć ubezpieczonych bliskich

małżonka albo partnera życiowego – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	ZMGP36			9 750 z ł	13 000 z ł	9 750 z ł	13 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZMGP36			7 950 z ł	10 600 z ł	7 950 z ł	10 600 z ł
małżonka albo partnera życiowego							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	SMGP36			2 250 z ł	3 000 z ł	2 250 z ł	3 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	SMGP36			450 z ł	600 z ł	450 z ł	600 z ł

Prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia tak

Umowa gwarantuje indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, kod warunków PTKP51. Składka od 1 000 z ł sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym – 7 z ł. Świadczenie za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – 1% sumy ubezpieczenia.

WARIANT IX. OCHRONA ŻYCIA I POWRÓT DO ZDROWIA

Zakres ubezpieczenia i wysokości świadczeń w poszczególnych wariantach:

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 84 z ł (oferta 344)	Tylko dla mnie – 112 z ł (oferta 343)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 104 z ł (oferta 352)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 137 z ł (oferta 351)	Dla mojej Rodziny – 144 z ł (oferta 360)	Dla mojej Rodziny – 198 z ł (oferta 359)
----------------------	---------	--------------------------------------	---------------------------------------	---	---	--	--

POWRÓT DO ZDROWIA

Ciężka choroba ubezpieczonego

Zakres	Onko-kardio-neurowsparcie						
Liczba jednostek chorobowych	18 jednostek chorobowych						
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby nie ukończył 53. roku życia	CCGP36	15 000 z ł	20 000 z ł	13 500 z ł	18 000 z ł	11 200 z ł	15 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	CCGP36	6 000 z ł	8 000 z ł	4 900 z ł	6 500 z ł	3 700 z ł	5 000 z ł

Wystąpienie ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego

jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	MCGP36			7 500 z ł	10 000 z ł	6 000 z ł	8 000 z ł
--	--------	--	--	-----------	------------	-----------	-----------

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 84 z ł (oferta 344)	Tylko dla mnie – 112 z ł (oferta 343)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 104 z ł (oferta 352)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 137 z ł (oferta 351)	Dla mojej Rodziny – 144 z ł (oferta 360)	Dla mojej Rodziny – 198 z ł (oferta 359)
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	MCGP36			2 300 zł	3 100 zł	1 900 zł	2 500 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu – za 1% trwałego uszczerbku							
jeżeli ubezpieczony w dniu zawału serca lub udaru mózgu nie ukończył 53. roku życia	TZGP36	70 zł	100 zł	70 zł	100 zł	70 zł	100 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu zawału serca lub udaru mózgu ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	TZGP36	50 zł	60 zł	50 zł	60 zł	50 zł	60 zł
Leczenie specjalistyczne							
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia specjalistycznego nie ukończył 53. roku życia	LCGP36	4 500 zł	6 000 zł	4 500 zł	6 000 zł	4 500 zł	6 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia specjalistycznego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	LCGP36	2 200 zł	3 000 zł	2 200 zł	3 000 zł	2 200 zł	3 000 zł
Konsultacja zagraniczna i usługi assistance	KZGP36	tak	tak	tak	tak	tak	tak
WSPARCIE POSZPITALNE							
Leczenie szpitalne ubezpieczonego							
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego nie ukończył 53. roku życia							
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt w szpitalu musi trwać minimum 4 dni)	LSGP36	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł
za dzień pobytu w szpitalu związanego z daną chorobą z pakietu Powrót do Zdrowia (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	75 zł	100 zł	75 zł	100 zł	75 zł	100 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	206,25 zł	275 zł	206,25 zł	275 zł	206,25 zł	275 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem przy pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	93,75 zł	125 zł	93,75 zł	125 zł	93,75 zł	125 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	LSGP36	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 84 z ł (oferta 344)	Tylko dla mnie – 112 z ł (oferta 343)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 104 z ł (oferta 352)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 137 z ł (oferta 351)	Dla mojej Rodziny – 144 z ł (oferta 360)	Dla mojej Rodziny – 198 z ł (oferta 359)
pobyt na oddziale intensywnej terapii (jednorazowe świadczenie – pobyt musi trwać min. 48h)	LPGP36	375 z ł	500 z ł	375 z ł	500 z ł	375 z ł	500 z ł
za dzień rekonwalescencji – pobyt na zwolnieniu lekarskim (maks. 30 dni) po minimum 14-dniowym pobycie w szpitalu	LPGP36	18,75 z ł	25 z ł	18,75 z ł	25 z ł	18,75 z ł	25 z ł
pobyt w szpitalu poza terytorium Polski	LPGP36	tak	tak	tak	tak	tak	tak

jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt w szpitalu musi trwać minimum 4 dni)	LSGP36	18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł
za dzień pobytu w szpitalu związanego z daną chorobą z pakietu Powrót do Zdrowia (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	37 z ł	50 z ł	37 z ł	50 z ł	37 z ł	50 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	101,75 z ł	137,50 z ł	101,75 z ł	137,50 z ł	101,75 z ł	137,50 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem przy pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	74 z ł	100 z ł	74 z ł	100 z ł	74 z ł	100 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	74 z ł	100 z ł	74 z ł	100 z ł	74 z ł	100 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	46,25 z ł	62,50 z ł	46,25 z ł	62,50 z ł	46,25 z ł	62,50 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	LSGP36	18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł
pobyt na oddziale intensywnej terapii (jednorazowe świadczenie – pobyt musi trwać min. 48h)	LPGP36	185 z ł	250 z ł	185 z ł	250 z ł	185 z ł	250 z ł
za dzień rekonwalescencji – pobyt na zwolnieniu lekarskim (maks. 30 dni) po minimum 14-dniowym pobycie w szpitalu	LPGP36	9,25 z ł	12,50 z ł	9,25 z ł	12,50 z ł	9,25 z ł	12,50 z ł
pobyt w szpitalu poza terytorium Polski	LPGP36	tak	tak	tak	tak	tak	tak

Leczenie szpitalne małżonka albo partnera życiowego

jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. rok życia

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt musi trwać min. 4 dni)	MLGP36			18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	MLGP36			37 z ł	50 z ł	37 z ł	50 z ł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 84 z ł (oferta 344)	Tylko dla mnie – 112 z ł (oferta 343)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 104 z ł (oferta 352)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 137 z ł (oferta 351)	Dla mojej Rodziny – 144 z ł (oferta 360)	Dla mojej Rodziny – 198 z ł (oferta 359)
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	MLGP36			18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia							
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt musi trwać min. 4 dni)	MLGP36			18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	MLGP36			37 z ł	50 z ł	37 z ł	50 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	MLGP36			18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł
Operacja chirurgiczna ubezpieczonego							
jeżeli ubezpieczony w dniu operacji chirurgicznej nie ukończył 53. roku życia							
klasa I	OPGP36	3 700 z ł	5 000 z ł	3 700 z ł	5 000 z ł	3 000 z ł	4 000 z ł
klasa II	OPGP36	1 850 z ł	2 500 z ł	1 850 z ł	2 500 z ł	1 500 z ł	2 000 z ł
klasa III	OPGP36	1 100 z ł	1 500 z ł	1 100 z ł	1 500 z ł	900 z ł	1 200 z ł
klasa IV	OPGP36	370 z ł	500 z ł	370 z ł	500 z ł	300 z ł	400 z ł
klasa V	OPGP36	185 z ł	250 z ł	185 z ł	250 z ł	150 z ł	200 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu operacji chirurgicznej ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia							
klasa I	OPGP36	1 900 z ł	2 500 z ł	1 900 z ł	2 500 z ł	1 500 z ł	2 000 z ł
klasa II	OPGP36	950 z ł	1 250 z ł	950 z ł	1 250 z ł	750 z ł	1 000 z ł
klasa III	OPGP36	570 z ł	750 z ł	570 z ł	750 z ł	450 z ł	600 z ł
klasa IV	OPGP36	190 z ł	250 z ł	190 z ł	250 z ł	150 z ł	200 z ł
klasa V	OPGP36	95 z ł	125 z ł	95 z ł	125 z ł	75 z ł	100 z ł
Operacja chirurgiczna małżonka albo partnera życiowego							
klasa I	MOGP36			2 600 z ł	3 500 z ł	2 600 z ł	3 500 z ł
klasa II	MOGP36			1 300 z ł	1 750 z ł	1 300 z ł	1 750 z ł
klasa III	MOGP36			780 z ł	1 050 z ł	780 z ł	1 050 z ł
klasa IV	MOGP36			260 z ł	350 z ł	260 z ł	350 z ł
klasa V	MOGP36			130 z ł	175 z ł	130 z ł	175 z ł
Karta apteczna – prawo do bezgotówkowego odbioru w wybranych aptekach produktów o wartości							
jeżeli ubezpieczony nie ukończył 53. roku życia	APGP36	200 z ł	300 z ł	200 z ł	300 z ł	200 z ł	300 z ł
jeżeli ubezpieczony ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	APGP36	150 z ł	200 z ł	200 z ł	300 z ł	200 z ł	300 z ł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 84 z ł (oferta 344)	Tylko dla mnie – 112 z ł (oferta 343)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 104 z ł (oferta 352)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 137 z ł (oferta 351)	Dla mojej Rodziny – 144 z ł (oferta 360)	Dla mojej Rodziny – 198 z ł (oferta 359)
----------------------	---------	--------------------------------------	---------------------------------------	---	---	--	--

WSPARCIE POWYPADKOWE

Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% trwałego uszczerbku

jeżeli ubezpieczony w dniu zdarzenia nie ukończył 53. roku życia	TUGP36	450 z ł	600 z ł	450 z ł	600 z ł	450 z ł	600 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu zdarzenia ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	TUGP36	200 z ł	300 z ł	200 z ł	300 z ł	200 z ł	300 z ł

Złamanie kości spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem – odpowiedni procent wskazanej sumy ubezpieczenia w zależności od rodzaju złamania (zgodnie z OWU)

jeżeli ubezpieczony w dniu złamania kości nie ukończył 53. roku życia	ZKGP36	3 700 z ł	5 000 z ł	3 700 z ł	5 000 z ł	3 700 z ł	5 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu złamania kości ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZKGP36	1 900 z ł	2 500 z ł	1 900 z ł	2 500 z ł	1 900 z ł	2 500 z ł

Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% trwałego uszczerbku

MTGP36			75 z ł	100 z ł	110 z ł	150 z ł
--------	--	--	--------	---------	---------	---------

OCHRONA DLA DZIECKA

Wystąpienie ciężkiej choroby niepełnoletniego dziecka	DPGP36					5 000 z ł	10 000 z ł
---	--------	--	--	--	--	-----------	------------

Leczenie szpitalne niepełnoletniego dziecka

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt musi trwać min. 4 dni)	DPGP36					25 z ł	50 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	DPGP36					50 z ł	100 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	DPGP36					25 z ł	50 z ł
Uszczerbek na zdrowiu niepełnoletniego dziecka spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	DPGP36					odpowiedni % sumy ubezpieczenia (5 000 z ł) w zależności od rodzaju uszczerbku - zgodnie z OWU	odpowiedni % sumy ubezpieczenia (10 000 z ł) w zależności od rodzaju uszczerbku - zgodnie z OWU

ZABEZPIECZENIE NAJBLIŻSZYCH

Śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	192 000 z ł	256 000 z ł	184 500 z ł	246 000 z ł	177 000 z ł	236 000 z ł
--	----------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 84 z ł (oferta 344)	Tylko dla mnie – 112 z ł (oferta 343)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 104 z ł (oferta 352)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 137 z ł (oferta 351)	Dla mojej Rodziny – 144 z ł (oferta 360)	Dla mojej Rodziny – 198 z ł (oferta 359)
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	162 000 zł	216 000 zł	158 500 zł	211 000 zł	154 500 zł	206 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	147 000 zł	196 000 zł	145 500 zł	194 000 zł	148 500 zł	198 000 zł
Śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	NWGP36 DOGP36	120 000 zł	160 000 zł	112 500 zł	150 000 zł	105 000 zł	140 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	NWGP36 DOGP36	90 000 zł	120 000 zł	86 500 zł	115 000 zł	82 500 zł	110 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NWGP36 DOGP36	75 000 zł	100 000 zł	73 500 zł	98 000 zł	76 500 zł	102 000 zł
Śmierć ubezpieczonego							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	DOGP36	52 500 zł	70 000 zł	45 000 zł	60 000 zł	37 500 zł	50 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	DOGP36	22 500 zł	30 000 zł	19 000 zł	25 000 zł	15 000 zł	20 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	DOGP36	7 500 zł	10 000 zł	6 000 zł	8 000 zł	9 000 zł	12 000 zł
WSPARCIE DLA CIEBIE							
Śmierć ubezpieczonych bliskich							
małżonka albo partnera życiowego – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	ZMGP36 SMGP36			41 250 zł	55 000 zł	41 200 zł	55 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZMGP36			32 250 zł	43 000 zł	35 600 zł	47 500 zł
małżonka albo partnera życiowego							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	SMGP36			11 250 zł	15 000 zł	11 250 zł	15 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	SMGP36			2 250 zł	3 000 zł	5 600 zł	7 500 zł
rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica nie ukończył 53. roku życia	NRGP36					4 550 zł	6 000 zł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 84 z ł (oferta 344)	Tylko dla mnie – 112 zł (oferta 343)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 104 zł (oferta 352)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 137 zł (oferta 351)	Dla mojej Rodziny – 144 zł (oferta 360)	Dla mojej Rodziny – 198 zł (oferta 359)
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NRGP36					4 150 zł	5 500 zł
rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica nie ukończył 53. roku życia	ZRGP36					800 zł	1 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZRGP36					400 zł	500 zł
dziecka – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	NDGP36					11 250 zł	15 000 zł
dziecka	ZDGP36					3 750 zł	5 000 zł
Urodzenie dziecka	UDGP36					800 zł	1 000 zł
Urodzenie martwego dziecka	UDGP36					1 600 zł	2 000 zł
Prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia	tak						

Umowa gwarantuje indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, kod warunków PTPK51. Składka od 1 000 zł sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym – 7 zł. Świadczenie za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – 1% sumy ubezpieczenia.

WARIANT X. OCHRONA ŻYCIA I POWRÓT DO ZDROWIA z OPIEKĄ MEDYCZNĄ

Zakres ubezpieczenia i wysokości świadczeń w poszczególnych wariantach:

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 129 z ł (oferta 346)	Tylko dla mnie – 157 zł (oferta 345)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 149 zł (oferta 354)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 182 zł (oferta 353)	Dla mojej Rodziny – 189 zł (oferta 362)	Dla mojej Rodziny – 243 zł (oferta 361)
----------------------	---------	---------------------------------------	--------------------------------------	--	--	---	---

OPIEKA MEDYCZNA

Zakres	UZGP36	Zdrowie Start	Zdrowie Start	Zdrowie Start	Zdrowie Start	Zdrowie Start	Zdrowie Start
--------	--------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------

POWRÓT DO ZDROWIA

Ciężka choroba ubezpieczonego							
Zakres	Onko-kardio-neurowsparcie						
Liczba jednostek chorobowych	18 jednostek chorobowych						
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby nie ukończył 53. roku życia	CCGP36	15 000 zł	20 000 zł	13 500 zł	18 000 zł	11 200 zł	15 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	CCGP36	6 000 zł	8 000 zł	4 900 zł	6 500 zł	3 700 zł	5 000 zł

Wystąpienie ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego

jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	MCGP36			7 500 zł	10 000 zł	6 000 zł	8 000 zł
--	--------	--	--	----------	-----------	----------	----------

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 129 z ł (oferta 346)	Tylko dla mnie – 157 z ł (oferta 345)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 149 z ł (oferta 354)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 182 z ł (oferta 353)	Dla mojej Rodziny – 189 z ł (oferta 362)	Dla mojej Rodziny – 243 z ł (oferta 361)
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	MCGP36			2 300 zł	3 100 zł	1 900 zł	2 500 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu – za 1% trwałego uszczerbku							
jeżeli ubezpieczony w dniu zawału serca lub udaru mózgu nie ukończył 53. roku życia	TZGP36	70 zł	100 zł	70 zł	100 zł	70 zł	100 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu zawału serca lub udaru mózgu ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	TZGP36	50 zł	60 zł	50 zł	60 zł	50 zł	60 zł
Leczenie specjalistyczne							
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia specjalistycznego nie ukończył 53. roku życia	LCGP36	4 500 zł	6 000 zł	4 500 zł	6 000 zł	4 500 zł	6 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia specjalistycznego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	LCGP36	2 200 zł	3 000 zł	2 200 zł	3 000 zł	2 200 zł	3 000 zł
Konsultacja zagraniczna i usługi assistance	KZGP36	tak	tak	tak	tak	tak	tak
WSPARCIE POSZPITALNE							
Leczenie szpitalne ubezpieczonego							
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego nie ukończył 53. roku życia							
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt w szpitalu musi trwać minimum 4 dni)	LSGP36	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł
za dzień pobytu w szpitalu związanego z daną chorobą z pakietu Powrót do Zdrowia (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	75 zł	100 zł	75 zł	100 zł	75 zł	100 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	206,25 zł	275 zł	206,25 zł	275 zł	206,25 zł	275 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem przy pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	93,75 zł	125 zł	93,75 zł	125 zł	93,75 zł	125 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	LSGP36	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł
pobyt na oddziale intensywnej terapii (jedenrazowe świadczenie – pobyt musi trwać min. 48h)	LPGP36	375 zł	500 zł	375 zł	500 zł	375 zł	500 zł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 129 zł (oferta 346)	Tylko dla mnie – 157 zł (oferta 345)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 149 zł (oferta 354)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 182 zł (oferta 353)	Dla mojej Rodziny – 189 zł (oferta 362)	Dla mojej Rodziny – 243 zł (oferta 361)
za dzień rekonwalescencji – pobyt na zwolnieniu lekarskim (maks. 30 dni) po minimum 14-dniowym pobycie w szpitalu	LPGP36	18,75 zł	25 zł	18,75 zł	25 zł	18,75 zł	25 zł
pobyt w szpitalu poza terytorium Polski	LPGP36	tak	tak	tak	tak	tak	tak

jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt w szpitalu musi trwać minimum 4 dni)	LSGP36	18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł
za dzień pobytu w szpitalu związanego z daną chorobą z pakietu Powrót do Zdrowia (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	37 zł	50 zł	37 zł	50 zł	37 zł	50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	101,75 zł	137,50 zł	101,75 zł	137,50 zł	101,75 zł	137,50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem przy pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	74 zł	100 zł	74 zł	100 zł	74 zł	100 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	74 zł	100 zł	74 zł	100 zł	74 zł	100 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego несчастным wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	46,25 zł	62,50 zł	46,25 zł	62,50 zł	46,25 zł	62,50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego несчастным wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	LSGP36	18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł
pobyt na oddziale intensywnej terapii (jednorazowe świadczenie – pobyt musi trwać min. 48h)	LPGP36	185 zł	250 zł	185 zł	250 zł	185 zł	250 zł
za dzień rekonwalescencji – pobyt na zwolnieniu lekarskim (maks. 30 dni) po minimum 14-dniowym pobycie w szpitalu	LPGP36	9,25 zł	12,50 zł	9,25 zł	12,50 zł	9,25 zł	12,50 zł
pobyt w szpitalu poza terytorium Polski	LPGP36	tak	tak	tak	tak	tak	tak

Leczenie szpitalne małżonka albo partnera życiowego

jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. rok życia

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt musi trwać min. 4 dni)	MLGP36			18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego несчастным wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	MLGP36			37 zł	50 zł	37 zł	50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego несчастным wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	MLGP36			18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 129 zł (oferta 346)	Tylko dla mnie – 157 zł (oferta 345)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 149 zł (oferta 354)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 182 zł (oferta 353)	Dla mojej Rodziny – 189 zł (oferta 362)	Dla mojej Rodziny – 243 zł (oferta 361)
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia							
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt musi trwać min. 4 dni)	MLGP36			18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	MLGP36			37 zł	50 zł	37 zł	50 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	MLGP36			18,50 zł	25 zł	18,50 zł	25 zł
Operacja chirurgiczna ubezpieczonego							
jeżeli ubezpieczony w dniu operacji chirurgicznej nie ukończył 53. roku życia							
klasa I	OPGP36	3 700 zł	5 000 zł	3 700 zł	5 000 zł	3 000 zł	4 000 zł
klasa II	OPGP36	1 850 zł	2 500 zł	1 850 zł	2 500 zł	1 500 zł	2 000 zł
klasa III	OPGP36	1 100 zł	1 500 zł	1 100 zł	1 500 zł	900 zł	1 200 zł
klasa IV	OPGP36	370 zł	500 zł	370 zł	500 zł	300 zł	400 zł
klasa V	OPGP36	185 zł	250 zł	185 zł	250 zł	150 zł	200 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu operacji chirurgicznej ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia							
klasa I	OPGP36	1 900 zł	2 500 zł	1 900 zł	2 500 zł	1 500 zł	2 000 zł
klasa II	OPGP36	950 zł	1 250 zł	950 zł	1 250 zł	750 zł	1 000 zł
klasa III	OPGP36	570 zł	750 zł	570 zł	750 zł	450 zł	600 zł
klasa IV	OPGP36	190 zł	250 zł	190 zł	250 zł	150 zł	200 zł
klasa V	OPGP36	95 zł	125 zł	95 zł	125 zł	75 zł	100 zł
Operacja chirurgiczna małżonka albo partnera życiowego							
klasa I	MOGP36			2 600 zł	3 500 zł	2 600 zł	3 500 zł
klasa II	MOGP36			1 300 zł	1 750 zł	1 300 zł	1 750 zł
klasa III	MOGP36			780 zł	1 050 zł	780 zł	1 050 zł
klasa IV	MOGP36			260 zł	350 zł	260 zł	350 zł
klasa V	MOGP36			130 zł	175 zł	130 zł	175 zł
Karta apteczna – prawo do bezgotówkowego odbioru w wybranych aptekach produktów o wartości							
jeżeli ubezpieczony nie ukończył 53. roku życia	APGP36	200 zł	300 zł	200 zł	300 zł	200 zł	300 zł
jeżeli ubezpieczony ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	APGP36	150 zł	200 zł	200 zł	300 zł	200 zł	300 zł
WSPARCIE POWYPADKOWE							
Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% trwałego uszczerbku							
jeżeli ubezpieczony w dniu zdarzenia nie ukończył 53. roku życia	TUGP36	450 zł	600 zł	450 zł	600 zł	450 zł	600 zł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 129 z ł (oferta 346)	Tylko dla mnie – 157 z ł (oferta 345)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 149 z ł (oferta 354)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 182 z ł (oferta 353)	Dla mojej Rodziny – 189 z ł (oferta 362)	Dla mojej Rodziny – 243 z ł (oferta 361)
jeżeli ubezpieczony w dniu zdarzenia ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	TUGP36	200 z ł	300 z ł	200 z ł	300 z ł	200 z ł	300 z ł

Złamanie kości spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem – odpowiedni procent wskazanej sumy ubezpieczenia w zależności od rodzaju złamania (zgodnie z OWU)

jeżeli ubezpieczony w dniu złamania kości nie ukończył 53. roku życia	ZKGP36	3 700 z ł	5 000 z ł	3 700 z ł	5 000 z ł	3 700 z ł	5 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu złamania kości ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZKGP36	1 900 z ł	2 500 z ł	1 900 z ł	2 500 z ł	1 900 z ł	2 500 z ł
Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% trwałego uszczerbku	MTGP36			75 z ł	100 z ł	110 z ł	150 z ł

OCHRONA DLA DZIECKA

Wystąpienie ciężkiej choroby niepełnoletniego dziecka	DPGP36					5 000 z ł	10 000 z ł
---	--------	--	--	--	--	-----------	------------

Leczenie szpitalne niepełnoletniego dziecka

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt musi trwać min. 4 dni)	DPGP36					25 z ł	50 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	DPGP36					50 z ł	100 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	DPGP36					25 z ł	50 z ł
Uszczerbek na zdrowiu niepełnoletniego dziecka spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	DPGP36					odpowiedni % sumy ubezpieczenia (5 000 z ł) w zależności od rodzaju uszczerbku - zgodnie z OWU	odpowiedni % sumy ubezpieczenia (10 000 z ł) w zależności od rodzaju uszczerbku - zgodnie z OWU

ZABEZPIECZENIE NAJBLIŻSZYCH

Śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym

jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	192 000 z ł	256 000 z ł	184 500 z ł	246 000 z ł	177 000 z ł	236 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	162 000 z ł	216 000 z ł	158 500 z ł	211 000 z ł	154 500 z ł	206 000 z ł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 129 z ł (oferta 346)	Tylko dla mnie – 157 z ł (oferta 345)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 149 z ł (oferta 354)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 182 z ł (oferta 353)	Dla mojej Rodziny – 189 z ł (oferta 362)	Dla mojej Rodziny – 243 z ł (oferta 361)
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	147 000 zł	196 000 zł	145 500 zł	194 000 zł	148 500 zł	198 000 zł
Śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	NWGP36 DOGP36	120 000 zł	160 000 zł	112 500 zł	150 000 zł	105 000 zł	140 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	NWGP36 DOGP36	90 000 zł	120 000 zł	86 500 zł	115 000 zł	82 500 zł	110 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NWGP36 DOGP36	75 000 zł	100 000 zł	73 500 zł	98 000 zł	76 500 zł	102 000 zł
Śmierć ubezpieczonego							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	DOGP36	52 500 zł	70 000 zł	45 000 zł	60 000 zł	37 500 zł	50 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	DOGP36	22 500 zł	30 000 zł	19 000 zł	25 000 zł	15 000 zł	20 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	DOGP36	7 500 zł	10 000 zł	6 000 zł	8 000 zł	9 000 zł	12 000 zł
WSPARCIE DLA CIEBIE							
Śmierć ubezpieczonych bliskich							
małżonka albo partnera życiowego – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	ZMGP36 SMGP36			41 250 zł	55 000 zł	41 200 zł	55 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZMGP36			32 250 zł	43 000 zł	35 600 zł	47 500 zł
małżonka albo partnera życiowego							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	SMGP36			11 250 zł	15 000 zł	11 250 zł	15 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	SMGP36			2 250 zł	3 000 zł	5 600 zł	7 500 zł
rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica nie ukończył 53. roku życia	NRGP36					4 550 zł	6 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NRGP36					4 150 zł	5 500 zł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 129 z ł (oferta 346)	Tylko dla mnie – 157 z ł (oferta 345)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 149 z ł (oferta 354)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 182 z ł (oferta 353)	Dla mojej Rodziny – 189 z ł (oferta 362)	Dla mojej Rodziny – 243 z ł (oferta 361)
rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica nie ukończył 53. roku życia	ZRGP36					800 z ł	1 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZRGP36					400 z ł	500 z ł
dziecka – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	NDGP36					11 250 z ł	15 000 z ł
dziecka	ZDGP36					3 750 z ł	5 000 z ł
Urodzenie dziecka	UDGP36					800 z ł	1 000 z ł
Urodzenie martwego dziecka	UDGP36					1 600 z ł	2 000 z ł
Prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia	tak						

Umowa gwarantuje indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, kod warunków PTKP51. Składka od 1 000 z ł sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym – 7 z ł. Świadczenie za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – 1% sumy ubezpieczenia.

WARIANT XI. OCHRONA ŻYCIA I POWRÓT DO ZDROWIA z dodatkowym zabezpieczeniem Bliskich

Zakres ubezpieczenia i wysokości świadczeń w poszczególnych wariantach:

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 129 z ł (oferta 348)	Tylko dla mnie – 157 z ł (oferta 347)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 149 z ł (oferta 356)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 182 z ł (oferta 355)	Dla mojej Rodziny – 189 z ł (oferta 364)	Dla mojej Rodziny – 243 z ł (oferta 363)
POWRÓT DO ZDROWIA							
Ciężka choroba ubezpieczonego							
Zakres	Onko-kardio-neurowsparcie						
Liczba jednostek chorobowych	18 jednostek chorobowych						
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby nie ukończył 53. roku życia	CCGP36	15 000 z ł	20 000 z ł	13 500 z ł	18 000 z ł	11 200 z ł	15 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	CCGP36	6 000 z ł	8 000 z ł	4 900 z ł	6 500 z ł	3 700 z ł	5 000 z ł
Wystąpienie ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego							
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	MCGP36			7 500 z ł	10 000 z ł	6 000 z ł	8 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	MCGP36			2 300 z ł	3 100 z ł	1 900 z ł	2 500 z ł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 129 z ł (oferta 348)	Tylko dla mnie – 157 z ł (oferta 347)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 149 z ł (oferta 356)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 182 z ł (oferta 355)	Dla mojej Rodziny – 189 z ł (oferta 364)	Dla mojej Rodziny – 243 z ł (oferta 363)
Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu – za 1% trwałego uszczerbku							
jeżeli ubezpieczony w dniu zawału serca lub udaru mózgu nie ukończył 53. roku życia	TZGP36	70 zł	100 zł	70 zł	100 zł	70 zł	100 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu zawału serca lub udaru mózgu ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	TZGP36	50 zł	60 zł	50 zł	60 zł	50 zł	60 zł
Leczenie specjalistyczne							
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia specjalistycznego nie ukończył 53. roku życia	LCGP36	4 500 zł	6 000 zł	4 500 zł	6 000 zł	4 500 zł	6 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia specjalistycznego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	LCGP36	2 200 zł	3 000 zł	2 200 zł	3 000 zł	2 200 zł	3 000 zł
Konsultacja zagraniczna i usługi assistance	KZGP36	tak	tak	tak	tak	tak	tak
WSPARCIE POSZPITALNE							
Leczenie szpitalne ubezpieczonego							
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego nie ukończył 53. roku życia							
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt w szpitalu musi trwać minimum 4 dni)	LSGP36	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł
za dzień pobytu w szpitalu związanego z daną chorobą z pakietu Powrót do Zdrowia (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	75 zł	100 zł	75 zł	100 zł	75 zł	100 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	206,25 zł	275 zł	206,25 zł	275 zł	206,25 zł	275 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem przy pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł	150 zł	200 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	93,75 zł	125 zł	93,75 zł	125 zł	93,75 zł	125 zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	LSGP36	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł	37,50 zł	50 zł
pobyt na oddziale intensywnej terapii (jednorazowe świadczenie – pobyt musi trwać min. 48h)	LPGP36	375 zł	500 zł	375 zł	500 zł	375 zł	500 zł
za dzień rekonwalescencji – pobyt na zwolnieniu lekarskim (maks. 30 dni) po minimum 14-dniowym pobyście w szpitalu	LPGP36	18,75 zł	25 zł	18,75 zł	25 zł	18,75 zł	25 zł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 129 z ł (oferta 348)	Tylko dla mnie – 157 z ł (oferta 347)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 149 z ł (oferta 356)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 182 z ł (oferta 355)	Dla mojej Rodziny – 189 z ł (oferta 364)	Dla mojej Rodziny – 243 z ł (oferta 363)
pobyt w szpitalu poza terytorium Polski	LPGP36	tak	tak	tak	tak	tak	tak
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia							
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt w szpitalu musi trwać minimum 4 dni)	LSGP36	18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł
za dzień pobytu w szpitalu związanego z daną chorobą z pakietu Powrót do Zdrowia (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	37 z ł	50 z ł	37 z ł	50 z ł	37 z ł	50 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	101,75 z ł	137,50 z ł	101,75 z ł	137,50 z ł	101,75 z ł	137,50 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem przy pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	74 z ł	100 z ł	74 z ł	100 z ł	74 z ł	100 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	74 z ł	100 z ł	74 z ł	100 z ł	74 z ł	100 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	46,25 z ł	62,50 z ł	46,25 z ł	62,50 z ł	46,25 z ł	62,50 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	LSGP36	18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł
pobyt na oddziale intensywnej terapii (jednоразowe świadczenie – pobyt musi trwać min. 48h)	LPGP36	185 z ł	250 z ł	185 z ł	250 z ł	185 z ł	250 z ł
za dzień rekonwalescencji – pobyt na zwolnieniu lekarskim (maks. 30 dni) po minimum 14-dniowym pobycie w szpitalu	LPGP36	9,25 z ł	12,50 z ł	9,25 z ł	12,50 z ł	9,25 z ł	12,50 z ł
pobyt w szpitalu poza terytorium Polski	LPGP36	tak	tak	tak	tak	tak	tak
Leczenie szpitalne małżonka albo partnera życiowego							
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. rok życia							
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt musi trwać min. 4 dni)	MLGP36			18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	MLGP36			37 z ł	50 z ł	37 z ł	50 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	MLGP36			18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia							
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt musi trwać min. 4 dni)	MLGP36			18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 129 z ł (oferta 348)	Tylko dla mnie – 157 z ł (oferta 347)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 149 z ł (oferta 356)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 182 z ł (oferta 355)	Dla mojej Rodziny – 189 z ł (oferta 364)	Dla mojej Rodziny – 243 z ł (oferta 363)
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	MLGP36			37 z ł	50 z ł	37 z ł	50 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	MLGP36			18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł
Operacja chirurgiczna ubezpieczonego							
jeżeli ubezpieczony w dniu operacji chirurgicznej nie ukończył 53. roku życia							
klasa I	OPGP36	3 700 z ł	5 000 z ł	3 700 z ł	5 000 z ł	3 000 z ł	4 000 z ł
klasa II	OPGP36	1 850 z ł	2 500 z ł	1 850 z ł	2 500 z ł	1 500 z ł	2 000 z ł
klasa III	OPGP36	1 100 z ł	1 500 z ł	1 100 z ł	1 500 z ł	900 z ł	1 200 z ł
klasa IV	OPGP36	370 z ł	500 z ł	370 z ł	500 z ł	300 z ł	400 z ł
klasa V	OPGP36	185 z ł	250 z ł	185 z ł	250 z ł	150 z ł	200 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu operacji chirurgicznej ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia							
klasa I	OPGP36	1 900 z ł	2 500 z ł	1 900 z ł	2 500 z ł	1 500 z ł	2 000 z ł
klasa II	OPGP36	950 z ł	1 250 z ł	950 z ł	1 250 z ł	750 z ł	1 000 z ł
klasa III	OPGP36	570 z ł	750 z ł	570 z ł	750 z ł	450 z ł	600 z ł
klasa IV	OPGP36	190 z ł	250 z ł	190 z ł	250 z ł	150 z ł	200 z ł
klasa V	OPGP36	95 z ł	125 z ł	95 z ł	125 z ł	75 z ł	100 z ł
Operacja chirurgiczna małżonka albo partnera życiowego							
klasa I	MOGP36			2 600 z ł	3 500 z ł	2 600 z ł	3 500 z ł
klasa II	MOGP36			1 300 z ł	1 750 z ł	1 300 z ł	1 750 z ł
klasa III	MOGP36			780 z ł	1 050 z ł	780 z ł	1 050 z ł
klasa IV	MOGP36			260 z ł	350 z ł	260 z ł	350 z ł
klasa V	MOGP36			130 z ł	175 z ł	130 z ł	175 z ł
Karta apteczna – prawo do bezgotówkowego odbioru w wybranych aptekach produktów o wartości							
jeżeli ubezpieczony nie ukończył 53. roku życia	APGP36	200 z ł	300 z ł	200 z ł	300 z ł	200 z ł	300 z ł
jeżeli ubezpieczony ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	APGP36	150 z ł	200 z ł	200 z ł	300 z ł	200 z ł	300 z ł
WSPARCIE POWYPADKOWE							
Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% trwałego uszczerbku							
jeżeli ubezpieczony w dniu zdarzenia nie ukończył 53. roku życia	TUGP36	450 z ł	600 z ł	450 z ł	600 z ł	450 z ł	600 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu zdarzenia ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	TUGP36	200 z ł	300 z ł	200 z ł	300 z ł	200 z ł	300 z ł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 129 z ł (oferta 348)	Tylko dla mnie – 157 z ł (oferta 347)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 149 z ł (oferta 356)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 182 z ł (oferta 355)	Dla mojej Rodziny – 189 z ł (oferta 364)	Dla mojej Rodziny – 243 z ł (oferta 363)
Złamanie kości spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem – odpowiedni procent wskazanej sumy ubezpieczenia w zależności od rodzaju złamania (zgodnie z OWU)							
jeżeli ubezpieczony w dniu złamania kości nie ukończył 53. roku życia	ZKGP36	3 700 z ł	5 000 z ł	3 700 z ł	5 000 z ł	3 700 z ł	5 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu złamania kości ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZKGP36	1 900 z ł	2 500 z ł	1 900 z ł	2 500 z ł	1 900 z ł	2 500 z ł
Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% trwałego uszczerbku	MTGP36			75 z ł	100 z ł	110 z ł	150 z ł
OCHRONA DLA DZIECKA							
Wystąpienie ciężkiej choroby niepełnoletniego dziecka	DPGP36					5 000 z ł	10 000 z ł
Leczenie szpitalne niepełnoletniego dziecka							
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt musi trwać min. 4 dni)	DPGP36					25 z ł	50 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	DPGP36					50 z ł	100 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	DPGP36					25 z ł	50 z ł
Uszczerbek na zdrowiu niepełnoletniego dziecka spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	DPGP36					odpowiedni % sumy ubezpieczenia (5 000 z ł) w zależności od rodzaju uszczerbku – zgodnie z OWU	odpowiedni % sumy ubezpieczenia (10 000 z ł) w zależności od rodzaju uszczerbku – zgodnie z OWU
ZABEZPIECZENIE NAJBLIŻSZYCH							
Śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	322 000 z ł	386 000 z ł	314 500 z ł	376 000 z ł	307 000 z ł	366 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	292 000 z ł	346 000 z ł	288 500 z ł	341 000 z ł	284 500 z ł	336 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	277 000 z ł	326 000 z ł	275 500 z ł	324 000 z ł	278 500 z ł	328 000 z ł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 129 z ł (oferta 348)	Tylko dla mnie – 157 z ł (oferta 347)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 149 z ł (oferta 356)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 182 z ł (oferta 355)	Dla mojej Rodziny – 189 z ł (oferta 364)	Dla mojej Rodziny – 243 z ł (oferta 363)
Śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	NWGP36 DOGP36	200 000 z ł	240 000 z ł	192 500 z ł	230 000 z ł	185 000 z ł	220 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	NWGP36 DOGP36	170 000 z ł	200 000 z ł	166 500 z ł	195 000 z ł	162 500 z ł	190 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NWGP36 DOGP36	155 000 z ł	180 000 z ł	153 500 z ł	178 000 z ł	156 500 z ł	182 000 z ł
Śmierć ubezpieczonego							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	DOGP36	82 500 z ł	100 000 z ł	75 000 z ł	90 000 z ł	67 500 z ł	80 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	DOGP36	52 500 z ł	60 000 z ł	49 000 z ł	55 000 z ł	45 000 z ł	50 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	DOGP36	37 500 z ł	40 000 z ł	36 000 z ł	38 000 z ł	39 000 z ł	42 000 z ł
WSPARCIE DLA CIEBIE							
Śmierć ubezpieczonych bliskich							
małżonka albo partnera życiowego – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	ZMGP36 SMGP36			41 250 z ł	55 000 z ł	41 200 z ł	55 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZMGP36			32 250 z ł	43 000 z ł	35 600 z ł	47 500 z ł
małżonka albo partnera życiowego							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	SMGP36			11 250 z ł	15 000 z ł	11 250 z ł	15 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	SMGP36			2 250 z ł	3 000 z ł	5 600 z ł	7 500 z ł
rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica nie ukończył 53. roku życia	NRGP36					4 550 z ł	6 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NRGP36					4 150 z ł	5 500 z ł
rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica nie ukończył 53. roku życia	ZRGP36					800 z ł	1 000 z ł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 129 z ł (oferta 348)	Tylko dla mnie – 157 z ł (oferta 347)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 149 z ł (oferta 356)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 182 z ł (oferta 355)	Dla mojej Rodziny – 189 z ł (oferta 364)	Dla mojej Rodziny – 243 z ł (oferta 363)
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZRGP36					400 z ł	500 z ł
dziecka – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	NDGP36					11 250 z ł	15 000 z ł
dziecka	ZDGP36					3 750 z ł	5 000 z ł
Urodzenie dziecka	UDGP36					800 z ł	1 000 z ł
Urodzenie martwego dziecka	UDGP36					1 600 z ł	2 000 z ł
Prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia	tak						

Umowa gwarantuje indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, kod warunków PTKP51. Składka od 1 000 z ł sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym – 7 z ł. Świadczenie za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – 1% sumy ubezpieczenia.

WARIANT XII. OCHRONA ŻYCIA I POWRÓT DO ZDROWIA z OPIEKĄ MEDYCZNĄ i z dodatkowym zabezpieczeniem Bliskich

Zakres ubezpieczenia i wysokości świadczeń w poszczególnych wariantach:

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 174 z ł (oferta 350)	Tylko dla mnie – 202 z ł (oferta 349)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 194 z ł (oferta 358)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 227 z ł (oferta 357)	Dla mojej Rodziny – 234 z ł (oferta 366)	Dla mojej Rodziny – 288 z ł (oferta 365)
----------------------	---------	---------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--	--

OPIEKA MEDYCZNA

Zakres	UZGP36	Zdrowie Start	Zdrowie Start	Zdrowie Start	Zdrowie Start	Zdrowie Start	Zdrowie Start
--------	--------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------

POWRÓT DO ZDROWIA

Ciężka choroba ubezpieczonego							
Zakres	Onko-kardio-neurowsparcie						
Liczba jednostek chorobowych	18 jednostek chorobowych						
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby nie ukończył 53. roku życia	CCGP36	15 000 z ł	20 000 z ł	13 500 z ł	18 000 z ł	11 200 z ł	15 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	CCGP36	6 000 z ł	8 000 z ł	4 900 z ł	6 500 z ł	3 700 z ł	5 000 z ł

Wystąpienie ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego

jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	MCGP36			7 500 z ł	10 000 z ł	6 000 z ł	8 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu wystąpienia ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	MCGP36			2 300 z ł	3 100 z ł	1 900 z ł	2 500 z ł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 174 z ł (oferta 350)	Tylko dla mnie – 202 z ł (oferta 349)	Dla mnie i małżonka/ partnera żyłowego – 194 z ł (oferta 358)	Dla mnie i małżonka/ partnera żyłowego – 227 z ł (oferta 357)	Dla mojej Rodziny – 234 z ł (oferta 366)	Dla mojej Rodziny – 288 z ł (oferta 365)
Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu – za 1% trwałego uszczerbku							
jeżeli ubezpieczony w dniu zawału serca lub udaru mózgu nie ukończył 53. roku życia	TZGP36	70 z ł	100 z ł	70 z ł	100 z ł	70 z ł	100 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu zawału serca lub udaru mózgu ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	TZGP36	50 z ł	60 z ł	50 z ł	60 z ł	50 z ł	60 z ł
Leczenie specjalistyczne							
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia specjalistycznego nie ukończył 53. roku życia	LCGP36	4 500 z ł	6 000 z ł	4 500 z ł	6 000 z ł	4 500 z ł	6 000 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia specjalistycznego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	LCGP36	2 200 z ł	3 000 z ł	2 200 z ł	3 000 z ł	2 200 z ł	3 000 z ł
Konsultacja zagraniczna i usługi assistance	KZGP36	tak	tak	tak	tak	tak	tak
WSPARCIE POSZPITALNE							
Leczenie szpitalne ubezpieczonego							
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego nie ukończył 53. roku życia							
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt w szpitalu musi trwać minimum 4 dni)	LSGP36	37,50 z ł	50 z ł	37,50 z ł	50 z ł	37,50 z ł	50 z ł
za dzień pobytu w szpitalu związanego z daną chorobą z pakietu Powrót do Zdrowia (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	75 z ł	100 z ł	75 z ł	100 z ł	75 z ł	100 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	206,25 z ł	275 z ł	206,25 z ł	275 z ł	206,25 z ł	275 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem przy pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	150 z ł	200 z ł	150 z ł	200 z ł	150 z ł	200 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36	150 z ł	200 z ł	150 z ł	200 z ł	150 z ł	200 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	93,75 z ł	125 z ł	93,75 z ł	125 z ł	93,75 z ł	125 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	LSGP36	37,50 z ł	50 z ł	37,50 z ł	50 z ł	37,50 z ł	50 z ł
pobyt na oddziale intensywnej terapii (jednorazowe świadczenie – pobyt musi trwać min. 48h)	LPGP36	375 z ł	500 z ł	375 z ł	500 z ł	375 z ł	500 z ł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 174 z ł (oferta 350)	Tylko dla mnie – 202 z ł (oferta 349)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 194 z ł (oferta 358)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 227 z ł (oferta 357)	Dla mojej Rodziny – 234 z ł (oferta 366)	Dla mojej Rodziny – 288 z ł (oferta 365)
za dzień rekonwalescencji – pobyt na zwolnieniu lekarskim (maks. 30 dni) po minimum 14-dniowym pobycie w szpitalu	LPGP36	18,75 z ł	25 z ł	18,75 z ł	25 z ł	18,75 z ł	25 z ł
pobyt w szpitalu poza terytorium Polski	LPGP36	tak	tak	tak	tak	tak	tak
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia							
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt w szpitalu musi trwać minimum 4 dni)	LSGP36	18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł
za dzień pobytu w szpitalu związanego z daną chorobą z pakietu Powrót do Zdrowia (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	37 z ł	50 z ł	37 z ł	50 z ł	37 z ł	50 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	101,75 z ł	137,50 z ł	101,75 z ł	137,50 z ł	101,75 z ł	137,50 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem przy pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	74 z ł	100 z ł	74 z ł	100 z ł	74 z ł	100 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	74 z ł	100 z ł	74 z ł	100 z ł	74 z ł	100 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	LSGP36 LPGP36	46,25 z ł	62,50 z ł	46,25 z ł	62,50 z ł	46,25 z ł	62,50 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	LSGP36	18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł
pobyt na oddziale intensywnej terapii (jednorazowe świadczenie – pobyt musi trwać min. 48h)	LPGP36	185 z ł	250 z ł	185 z ł	250 z ł	185 z ł	250 z ł
za dzień rekonwalescencji – pobyt na zwolnieniu lekarskim (maks. 30 dni) po minimum 14-dniowym pobycie w szpitalu	LPGP36	9,25 z ł	12,50 z ł	9,25 z ł	12,50 z ł	9,25 z ł	12,50 z ł
pobyt w szpitalu poza terytorium Polski	LPGP36	tak	tak	tak	tak	tak	tak

Leczenie szpitalne małżonka albo partnera życiowego

jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. rok życia

za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt musi trwać min. 4 dni)	MLGP36			18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	MLGP36			37 z ł	50 z ł	37 z ł	50 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	MLGP36			18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 174 z ł (oferta 350)	Tylko dla mnie – 202 z ł (oferta 349)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 194 z ł (oferta 358)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 227 z ł (oferta 357)	Dla mojej Rodziny – 234 z ł (oferta 366)	Dla mojej Rodziny – 288 z ł (oferta 365)
jeżeli ubezpieczony w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia							
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt musi trwać min. 4 dni)	MLGP36			18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	MLGP36			37 z ł	50 z ł	37 z ł	50 z ł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	MLGP36			18,50 z ł	25 z ł	18,50 z ł	25 z ł
Operacja chirurgiczna ubezpieczonego							
jeżeli ubezpieczony w dniu operacji chirurgicznej nie ukończył 53. roku życia							
klasa I	OPGP36	3 700 z ł	5 000 z ł	3 700 z ł	5 000 z ł	3 000 z ł	4 000 z ł
klasa II	OPGP36	1 850 z ł	2 500 z ł	1 850 z ł	2 500 z ł	1 500 z ł	2 000 z ł
klasa III	OPGP36	1 100 z ł	1 500 z ł	1 100 z ł	1 500 z ł	900 z ł	1 200 z ł
klasa IV	OPGP36	370 z ł	500 z ł	370 z ł	500 z ł	300 z ł	400 z ł
klasa V	OPGP36	185 z ł	250 z ł	185 z ł	250 z ł	150 z ł	200 z ł
jeżeli ubezpieczony w dniu operacji chirurgicznej ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia							
klasa I	OPGP36	1 900 z ł	2 500 z ł	1 900 z ł	2 500 z ł	1 500 z ł	2 000 z ł
klasa II	OPGP36	950 z ł	1 250 z ł	950 z ł	1 250 z ł	750 z ł	1 000 z ł
klasa III	OPGP36	570 z ł	750 z ł	570 z ł	750 z ł	450 z ł	600 z ł
klasa IV	OPGP36	190 z ł	250 z ł	190 z ł	250 z ł	150 z ł	200 z ł
klasa V	OPGP36	95 z ł	125 z ł	95 z ł	125 z ł	75 z ł	100 z ł
Operacja chirurgiczna małżonka albo partnera życiowego							
klasa I	MOGP36			2 600 z ł	3 500 z ł	2 600 z ł	3 500 z ł
klasa II	MOGP36			1 300 z ł	1 750 z ł	1 300 z ł	1 750 z ł
klasa III	MOGP36			780 z ł	1 050 z ł	780 z ł	1 050 z ł
klasa IV	MOGP36			260 z ł	350 z ł	260 z ł	350 z ł
klasa V	MOGP36			130 z ł	175 z ł	130 z ł	175 z ł
Karta apteczna – prawo do bezgotówkowego odbioru w wybranych aptekach produktów o wartości							
jeżeli ubezpieczony nie ukończył 53. roku życia	APGP36	200 z ł	300 z ł	200 z ł	300 z ł	200 z ł	300 z ł
jeżeli ubezpieczony ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	APGP36	150 z ł	200 z ł	200 z ł	300 z ł	200 z ł	300 z ł
WSPARCIE POWYPADKOWE							
Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% trwałego uszczerbku							
jeżeli ubezpieczony w dniu zdarzenia nie ukończył 53. roku życia	TUGP36	450 z ł	600 z ł	450 z ł	600 z ł	450 z ł	600 z ł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 174 z zł (oferta 350)	Tylko dla mnie – 202 z zł (oferta 349)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 194 z zł (oferta 358)	Dla mnie i małżonka/partnera życiowego – 227 z zł (oferta 357)	Dla mojej Rodziny – 234 z zł (oferta 366)	Dla mojej Rodziny – 288 z zł (oferta 365)
jeżeli ubezpieczony w dniu zdarzenia ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	TUGP36	200 z zł	300 z zł	200 z zł	300 z zł	200 z zł	300 z zł
Złamanie kości spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem – odpowiedni procent wskazanej sumy ubezpieczenia w zależności od rodzaju złamania (zgodnie z OWU)							
jeżeli ubezpieczony w dniu złamania kości nie ukończył 53. roku życia	ZKGP36	3 700 z zł	5 000 z zł	3 700 z zł	5 000 z zł	3 700 z zł	5 000 z zł
jeżeli ubezpieczony w dniu złamania kości ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZKGP36	1 900 z zł	2 500 z zł	1 900 z zł	2 500 z zł	1 900 z zł	2 500 z zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% trwałego uszczerbku	MTGP36			75 z zł	100 z zł	110 z zł	150 z zł
OCHRONA DLA DZIECKA							
Wystąpienie ciężkiej choroby niepełnoletniego dziecka	DPGP36					5 000 z zł	10 000 z zł
Leczenie szpitalne niepełnoletniego dziecka							
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (pobyt musi trwać min. 4 dni)	DPGP36					25 z zł	50 z zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	DPGP36					50 z zł	100 z zł
za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15. dnia pierwszego pobytu)	DPGP36					25 z zł	50 z zł
Uszczerbek na zdrowiu niepełnoletniego dziecka spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	DPGP36					odpowiedni % sumy ubezpieczenia (5 000 z zł) w zależności od rodzaju uszczerbku - zgodnie z OWU	odpowiedni % sumy ubezpieczenia (10 000 z zł) w zależności od rodzaju uszczerbku - zgodnie z OWU
ZABEZPIECZENIE NAJBLIŻSZYCH							
Śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	322 000 z zł	386 000 z zł	314 500 z zł	376 000 z zł	307 000 z zł	366 000 z zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	292 000 z zł	346 000 z zł	288 500 z zł	341 000 z zł	284 500 z zł	336 000 z zł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 174 z ł (oferta 350)	Tylko dla mnie – 202 z ł (oferta 349)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 194 z ł (oferta 358)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 227 z ł (oferta 357)	Dla mojej Rodziny – 234 z ł (oferta 366)	Dla mojej Rodziny – 288 z ł (oferta 365)
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NWGP36 WKGP36 DOGP36	277 000 zł	326 000 zł	275 500 zł	324 000 zł	278 500 zł	328 000 zł
Śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	NWGP36 DOGP36	200 000 zł	240 000 zł	192 500 zł	230 000 zł	185 000 zł	220 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	NWGP36 DOGP36	170 000 zł	200 000 zł	166 500 zł	195 000 zł	162 500 zł	190 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NWGP36 DOGP36	155 000 zł	180 000 zł	153 500 zł	178 000 zł	156 500 zł	182 000 zł
Śmierć ubezpieczonego							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie ukończył 45. roku życia	DOGP36	82 500 zł	100 000 zł	75 000 zł	90 000 zł	67 500 zł	80 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 45. rok życia, ale nie ukończył 53. roku życia	DOGP36	52 500 zł	60 000 zł	49 000 zł	55 000 zł	45 000 zł	50 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	DOGP36	37 500 zł	40 000 zł	36 000 zł	38 000 zł	39 000 zł	42 000 zł
WSPARCIE DLA CIEBIE							
Śmierć ubezpieczonych bliskich							
małżonka albo partnera życiowego – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	ZMGP36 SMGP36			41 250 zł	55 000 zł	41 200 zł	55 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZMGP36			32 250 zł	43 000 zł	35 600 zł	47 500 zł
małżonka albo partnera życiowego							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego nie ukończył 53. roku życia	SMGP36			11 250 zł	15 000 zł	11 250 zł	15 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci małżonka albo partnera życiowego ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	SMGP36			2 250 zł	3 000 zł	5 600 zł	7 500 zł
rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica nie ukończył 53. roku życia	NRGP36					4 550 zł	6 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	NRGP36					4 150 zł	5 500 zł

Zakres ubezpieczenia	Kod OWU	Tylko dla mnie – 174 z ł (oferta 350)	Tylko dla mnie – 202 zł (oferta 349)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 194 zł (oferta 358)	Dla mnie i małżonka/ partnera życiowego – 227 zł (oferta 357)	Dla mojej Rodziny – 234 zł (oferta 366)	Dla mojej Rodziny – 288 zł (oferta 365)
rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego							
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica nie ukończył 53. roku życia	ZRGP36					800 zł	1 000 zł
jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci rodzica ukończył 53. rok życia, ale nie ukończył 60. roku życia	ZRGP36					400 zł	500 zł
dziecka – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	NDGP36					11 250 zł	15 000 zł
dziecka	ZDGP36					3 750 zł	5 000 zł
Urodzenie dziecka	UDGP36					800 zł	1 000 zł
Urodzenie martwego dziecka	UDGP36					1 600 zł	2 000 zł
Prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia	tak						

Umowa gwarantuje indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, kod warunków PTKP51. Składka od 1 000 zł sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym – 7 zł. Świadczenie za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – 1% sumy ubezpieczenia.

**OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA ŻYCIE PZU POD DOBRĄ OPIEKĄ**



W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie PZU Pod Dobrą Opieką, o kodzie warunków DOGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1 OWU pkt 3–5 OWU pkt 6–7 OWU pkt 84–91 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1 OWU pkt 8–9 OWU pkt 10–13 OWU pkt 14–19 OWU pkt 20–22 OWU pkt 33–43 OWU pkt 85 OWU

Jest to grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką, które jest ubezpieczeniem podstawowym.

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

www.pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE PZU POD DOBRĄ OPIEKĄ

Kod OWU: DOGP36



Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie PZU Pod Dobrą Opieką uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 19 listopada 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **deklaracja przystąpienia** – dokument, który wypełniasz i podpisujesz w celu przystąpienia do umowy lub w celu zmiany wariantu ubezpieczenia;
- 2) **dzień przystąpienia do umowy** – dzień, w którym rozpoczyna się nasza ochrona względem Ciebie;
- 3) **konsument** – osoba fizyczna dokonująca czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową;
- 4) **my/PZU Życie** – Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie, które:
 - a) jest gwałtowne i niespodziewane oraz
 - b) jest wywołane czynnikami zewnętrznymi, oraz
 - c) jest wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia, które obejmuje ubezpieczenie, oraz
 - d) nie zależy od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego lub jego małżonka albo partnera życiowego, lub jego dziecka, lub członka jego rodziny;
- 6) **okres naszej ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego;
- 7) **partner życiowy** – partner życiowy (ubezpieczony bliski) lub partner życiowy (wskazany przez ubezpieczonego podstawowego lub pełnoletnie dziecko);
- 8) **partner życiowy (ubezpieczony bliski)** – osoba, która pozostaje z ubezpieczonym podstawowym we wspólnym pożyciu oraz:
 - a) składa deklarację przystąpienia do umowy,
 - b) ubezpieczony podstawowy wskazał ją w deklaracji – wskazanie obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wskazano partnera życiowego,
 - c) nie jest krewnym ubezpieczonego podstawowego,
 - d) nie pozostaje w związku małżeńskim;
- 9) **partner życiowy (wskazany przez ubezpieczonego podstawowego lub pełnoletnie dziecko)** – osoba, która pozostaje z ubezpieczonym podstawowym albo pełnoletnim dzieckiem we wspólnym pożyciu oraz:
 - a) nie składa deklaracji przystąpienia do umowy,
 - b) została wskazana przez ubezpieczonego podstawowego albo pełnoletnie dziecko w ich deklaracji – wskazanie obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wskazano partnera życiowego,
 - c) nie jest krewnym odpowiednio ubezpieczonego podstawowego, pełnoletniego dziecka,
 - d) nie pozostaje w związku małżeńskim;
- 10) **pełnoletnie dziecko** – dziecko:
 - a) ubezpieczonego podstawowego,
 - b) małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego podstawowego, które ukończyło 18 lat;
- 11) **placówka dla przewlekłe chorych** – podmiot udzielający całodobowo, stacjonarnie świadczeń w zakresie długoterminowej opieki i pielęgnacji: zakład opiekuńczo-leczniczy, dom pomocy społecznej lub placówka zapewniająca całodobową opiekę, tworzona na podstawie odpowiednich przepisów prawa;
- 12) **polisa** – dokument, który potwierdza zawarcie umowy i jej warunki;
- 13) **potwierdzenie zakresu ubezpieczenia** – dokument przekazany ubezpieczonemu przez PZU Życie, potwierdzający zakres zawartego ubezpieczenia;
- 14) **realizacja świadczenia** – wypłata ubezpieczonemu albo uprawnionemu świadczenia pieniężnego albo realizacja usługi na rzecz ubezpieczonego w razie zajścia zdarzenia objętego naszą ochroną;

- 15) **rocznica polisy** – każda rocznica dnia, w którym została zawarta umowa;
- 16) **stosunek prawny** – umowa o pracę, umowa zlecenia, umowa o dzieło, umowa agencyjna, kontrakt, powołanie, członkostwo lub inny stosunek prawny łączący ubezpieczającego z ubezpieczonym podstawowym, który zaakceptujemy;
- 17) **strona umowy** – PZU Życie albo ubezpieczający;
- 18) **trwały nośnik** – materiał lub narzędzie umożliwiające konsumentowi lub przedsiębiorcy przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niego, w sposób umożliwiający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, i które pozwalają na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci;
- 19) **Ty/ubezpieczony** – osoba fizyczna, która przystąpiła do umowy (ubezpieczony podstawowy albo ubezpieczony bliski);
- 20) **ubezpieczający** – podmiot, który zawarł umowę z PZU Życie;
- 21) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką, do którego zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 22) **ubezpieczenie dodatkowe** – ubezpieczenie, o które możesz rozszerzyć naszą ochronę;
- 23) **ubezpieczony podstawowy** – osoba, którą łączy stosunek prawny z ubezpieczającym, która została objęta naszą ochroną;
- 24) **ubezpieczony bliski** – mąż/żona albo partner życiowy, pełnoletnie dziecko, wskazani przez ubezpieczonego podstawowego, którzy zostali objęci naszą ochroną;
- 25) **umowa** – umowa ubezpieczenia zawarta przez PZU Życie i ubezpieczającego z zastosowaniem OWU wraz z zawartymi przez PZU Życie i ubezpieczającego umowami ubezpieczeń dodatkowych;
- 26) **uposażony** – osoba fizyczna lub inny podmiot prawa wskazani przez ubezpieczonego jako uprawnieni do otrzymania świadczenia w razie śmierci tego ubezpieczonego;
- 27) **uprawniony** – osoba, która może ubiegać się o wypłatę świadczenia pieniężnego, czyli: uposażony, spadkobierca ubezpieczonego, osoba wymieniona w pkt 87 OWU, spadkobierca tych osób;
- 28) **wariant ubezpieczenia** – wybrany przez ubezpieczającego zakres ochrony ubezpieczeniowej potwierdzony polisą.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

2. Ubezpieczamy Twoje życie.

SUMA UBEZPIECZENIA

– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

3. Suma ubezpieczenia jest to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłacanego świadczenia.
4. Wysokość sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu podstawowym i ubezpieczeniu dodatkowym znajdziesz w polisie i potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.
5. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres umowy.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

6. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie naszej ochrony.
7. W razie śmierci ubezpieczonego wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

8. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminów:
 - 1) **działania wojenne** – są to działania sił zbrojnych, które dążą do rozbicia sił zbrojnych przeciwnika na lądzie, w powietrzu lub na morzu;
 - 2) **akty terroru** – są to działania indywidualne lub grupowe przeciwko ludności lub mieniu, aby osiągnąć skutki ekonomiczne, polityczne lub społeczne; celem aktów terroru jest wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności, dezorganizacja życia publicznego, funkcjonowania transportu publicznego, zakładów usługowych lub wytwórczych;
 - 3) **masowe rozruchy społeczne** – są to wystąpienia grupy społecznej przeciw strukturom, które sprawują władzę na mocy prawa; wywołują je: niezadowolone z sytuacji politycznej, ekonomicznej lub społecznej; masowym rozruchom społecznym zwykle towarzyszą akty przemocy fizycznej.
9. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje śmierci ubezpieczonego, jeśli nastąpiła:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub w masowych rozruchach społecznych;
 - 3) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) w przypadku samobójstwa ubezpieczonego – popełnionego w ciągu 2 lat od początku okresu naszej ochrony;

- 5) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia.

POCZĄTEK OKRESU NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Ciebie ubezpieczymy

10. Z zastrzeżeniem pkt 11–19 OWU, nasza ochrona względem Ciebie rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca jeśli:
- 1) została zawarta umowa;
 - 2) przed tym miesiącem otrzymaliśmy podpisaną przez Ciebie deklarację przystąpienia, w której akceptujesz warunki umowy, w tym wysokość sumy ubezpieczenia, i zgadzasz się na to, żebyśmy objęli Cię naszą ochroną;
 - 3) przed tym miesiącem otrzymaliśmy od ubezpieczającego wykaz ubezpieczonych, którzy podpisali deklarację przystąpienia i jesteś wymieniony w tym wykazie;
 - 4) otrzymaliśmy od ubezpieczającego pierwszą składkę za objęcie Ciebie naszą ochroną, w terminie wskazanym we wniosku o zawarcie umowy.
11. Jeśli przystępujesz do umowy później niż w miesiącu, w którym zawarto tę umowę, nasza ochrona względem Ciebie rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca jeśli:
- 1) przed tym miesiącem otrzymaliśmy podpisaną przez Ciebie deklarację przystąpienia, w której akceptujesz warunki umowy, w tym wysokość sumy ubezpieczenia, i zgadzasz się na to, żebyśmy objęli Cię naszą ochroną;
 - 2) przed tym miesiącem otrzymaliśmy od ubezpieczającego wykaz ubezpieczonych, którzy podpisali deklarację przystąpienia i jesteś wymieniony w tym wykazie;
 - 3) otrzymaliśmy od ubezpieczającego pierwszą składkę za objęcie Ciebie naszą ochroną, w terminie wskazanym w polisie.
12. Ubezpieczony podstawowy może zgłosić do ubezpieczenia partnera życiowego (ubezpieczony bliski) lub go zmienić raz w każdym okresie, który kończy się w rocznicę polisy. Nasza ochrona względem tego partnera życiowego rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca jeśli:
- 1) przed tym miesiącem otrzymaliśmy podpisaną przez partnera życiowego deklarację przystąpienia, w której akceptuje warunki umowy, w tym wysokość sumy ubezpieczenia, i zgadza się na to, żebyśmy objęli go naszą ochroną;
 - 2) przed tym miesiącem otrzymaliśmy od ubezpieczającego wykaz ubezpieczonych, którzy podpisali deklarację przystąpienia i jest on wymieniony w tym wykazie;
 - 3) otrzymaliśmy od ubezpieczającego pierwszą składkę za objęcie go naszą ochroną, w terminie wskazanym w polisie.
- W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia nowego partnera życiowego, nasza ochrona względem dotychczasowego partnera życiowego kończy się z dniem poprzedzającym objęcie naszą ochroną nowego partnera życiowego, chyba że na podstawie OWU nasza ochrona względem niego kończy się wcześniej lub ubezpieczony podstawowy zgłosił wcześniej chęć wyrejestrowania wskazanego partnera życiowego.

PRZYKŁAD



Rocznica polisy przypada w dniu 1 marca 2018 roku. Ubezpieczony podstawowy wskazuje nowego partnera życiowego w deklaracji przystąpienia podpisanej w dniu 15 maja 2018 roku. Deklarację partnera życiowego otrzymujemy 25 maja 2018 roku. To oznacza, że objęcie naszą ochroną nowego partnera życiowego nastąpi w dniu 1 czerwca 2018 roku. Nasza ochrona względem dotychczasowego partnera kończy się z dniem 31 maja 2018 roku. Kolejnego partnera życiowego można wskazać najwcześniej 1 marca 2019 roku.

13. Nasza ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się zgodnie z zasadami w ubezpieczeniu podstawowym (zob. pkt 10 OWU).

KARENCAJA

– czyli okres po zawarciu umowy oraz przystąpieniu przez Ciebie do umowy, w którym nie ponosimy odpowiedzialności względem Ciebie

14. W przypadkach opisanych w pkt 15–18 OWU nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 6 miesięcy liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do umowy (okres karencji). Ponosimy jednak odpowiedzialność jeżeli w okresie karencji śmierć nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
15. Jeśli jesteś **ubezpieczonym podstawowym**, ma zastosowanie względem Ciebie okres karencji, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do umowy przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:
- 1) zawarcia umowy przez ubezpieczającego – o ile pozostawałeś w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia umowy;
 - 2) powstania stosunku prawnego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia umowy.
16. Jeśli jesteś **małżonkiem** ubezpieczonego podstawowego, ma zastosowanie względem Ciebie okres karencji, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do umowy przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:
- 1) zawarcia umowy – o ile ubezpieczony podstawowy pozostawał w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia umowy;

- 2) powstania stosunku prawnego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia umowy;
 - 3) zawarcia związku małżeńskiego z ubezpieczonym podstawowym po dniu zawarcia umowy.
- 17. Jeśli jesteś **partnerem życiowym** ubezpieczonego podstawowego, ma zastosowanie względem Ciebie okres karencji, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do umowy przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:**
- 1) zawarcia umowy – o ile ubezpieczony podstawowy pozostawał w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia umowy;
 - 2) powstania stosunku prawnego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia umowy.
- 18. Jeśli jesteś **pełnoletnim dzieckiem** ubezpieczonego podstawowego, ma zastosowanie względem Ciebie okres karencji, gdy dzień przystąpienia przez Ciebie do umowy przypada po upływie 4 miesięcy od dnia:**
- 1) zawarcia umowy – o ile ubezpieczony podstawowy pozostawał w stosunku prawnym z ubezpieczającym w dniu zawarcia umowy;
 - 2) powstania stosunku prawnego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia umowy;
 - 3) ukończenia 18 lat po dniu zawarcia umowy.

PRZYKŁAD



Ubezpieczający zawarł z nami umowę 1 stycznia 2018 roku.

Jeśli jesteś zatrudniony przez ubezpieczającego, a dzień przystąpienia przez Ciebie do umowy przypada 1 stycznia, 1 lutego, 1 marca albo 1 kwietnia 2018 roku – względem Ciebie nie ma zastosowania okres karencji. Jeśli dzień przystąpienia przez Ciebie do umowy to 1 maja albo pierwszy dzień kolejnych miesięcy – względem Ciebie ma zastosowanie okres karencji.

PRZYKŁAD



Ubezpieczający zawarł z nami umowę 1 stycznia 2018 roku.

Jeśli zostałeś zatrudniony przez ubezpieczającego z dniem 15 czerwca 2018 roku, a dzień przystąpienia przez Ciebie do umowy przypada 1 lipca, 1 sierpnia, 1 września albo 1 października 2018 roku – względem Ciebie nie ma zastosowania okres karencji.

Jeśli dzień przystąpienia przez Ciebie do umowy to 1 listopada albo pierwszy dzień kolejnych miesięcy – względem Ciebie ma zastosowanie okres karencji.

- 19. W przypadku zmiany wariantu ubezpieczenia u tego samego ubezpieczającego, pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony, ma zastosowanie okres karencji na kwotę różnicy pomiędzy obecną a poprzednią wysokością świadczenia oraz na różnicę w zakresie ubezpieczenia. Okres karencji określony jest w ubezpieczeniu podstawowym i ubezpieczeniach dodatkowych. Nie ma zastosowania okres karencji jeśli zdarzenie było spowodowane несчастным случаем.**

KONIEC OKRESU NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się Twoje ubezpieczenie

- 20. Jeżeli jesteś ubezpieczonym podstawowym, nasza ochrona kończy się względem Ciebie:**
- 1) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy;
 - 2) z chwilą Twojej śmierci;
 - 3) z końcem miesiąca, w którym ustał stosunek prawny, jaki łączył Ciebie z ubezpieczającym (np. zakończyła się Twoja umowa o pracę) – jeśli otrzymaliśmy składkę za ten miesiąc; jeśli otrzymamy składkę za kolejny miesiąc, nasza ochrona kończy się z upływem tego miesiąca;
 - 4) z dniem rocznicy polisy przypadającym w roku, w którym kończysz 70 lat albo – jeśli objeśliśmy Cię ochroną po ukończeniu przez Ciebie 69 lat – z dniem rocznicy polisy przypadającym w roku, w którym kończysz 76 lat;
 - 5) z ostatnim dniem miesiąca, w którym zrezygnujesz z naszej ochrony, pod warunkiem przekazania składki za ten miesiąc;
 - 6) z dniem rozwiązania umowy w przypadku określonym w pkt 48 OWU;
 - 7) z dniem, w którym upłynie okres wypowiedzenia umowy określony w pkt 63 OWU;
 - 8) z końcem pierwszego miesiąca, za który nie otrzymaliśmy wszystkich składek – jeśli ubezpieczający nie przekaże zaległości w terminie określonym w pkt 65 OWU.
- 21. Jeżeli jesteś ubezpieczonym bliskim, nasza ochrona kończy się względem Ciebie:**
- 1) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy;
 - 2) z chwilą Twojej śmierci;
 - 3) z dniem śmierci ubezpieczonego podstawowego, którego jesteś małżonkiem albo partnerem życiowym lub pełnoletnim dzieckiem;

- 4) z końcem miesiąca, w którym ustał stosunek prawny, jaki łączył ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym – jeśli otrzymaliśmy składkę za ten miesiąc; jeśli otrzymamy składkę za kolejny miesiąc, nasza ochrona kończy się z upływem tego miesiąca;
 - 5) z dniem rocznicy polisy przypadającym w roku, w którym kończysz 70 lat albo – jeśli objeśliśmy Cię ochroną po ukończeniu przez Ciebie 69 lat – z dniem rocznicy polisy przypadającym w roku, w którym kończysz 76 lat;
 - 6) z ostatnim dniem miesiąca, w którym zrezygnujesz z naszej ochrony, pod warunkiem przekazania składki za ten miesiąc;
 - 7) z dniem rozwiązania umowy w przypadku określonym w pkt 48 OWU;
 - 8) z dniem, w którym upłynie okres wypowiedzenia umowy określony w pkt 63 OWU;
 - 9) z końcem pierwszego miesiąca, za który nie otrzymaliśmy wszystkich składek – jeśli ubezpieczający nie prześle zaległości w terminie określonym w pkt 65 OWU;
 - 10) z ostatnim dniem miesiąca, w którym otrzymaliśmy powiadomienie o rozwiązaniu małżeństwa z ubezpieczonym podstawowym i za który otrzymaliśmy składkę.
- 22.** Nasza ochrona w ubezpieczeniu dodatkowym kończy się:
- 1) z dniem zakończenia okresu naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym;
 - 2) z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy;
 - 3) z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane;
 - 4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę;
 - 5) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego;
 - 6) z dniem, w którym umowa w zakresie danego ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

ZAWIERANIE UMOWY

– co będzie do tego potrzebne

- 23.** Ubezpieczający, zanim zawrze z nami umowę, otrzyma od nas OWU oraz potrzebne formularze.
- 24.** Aby zawrzeć z nami umowę, ubezpieczający składa:
- 1) wniosek o zawarcie umowy;
 - 2) deklarację przystąpienia podpisaną przez osoby, które chcą przystąpić do umowy;
 - 3) wykaz osób, które podpisały deklarację przystąpienia.
- 25.** Możemy odmówić zawarcia umowy.
- 26.** Zawarcie umowy potwierdzamy polisą.
- 27.** Na wniosek ubezpieczającego może być zawarta umowa obejmująca kilka wariantów ubezpieczenia. Natomiast Ty możesz przystąpić tylko do jednego wariantu ubezpieczenia.
- 28.** Umowa może być zawarta w zakresie ubezpieczenia podstawowego albo ubezpieczenia podstawowego wraz z ubezpieczeniami dodatkowymi. Za naszą zgodą umowa może być w każdym czasie rozszerzona o ubezpieczenia dodatkowe, z uwzględnieniem pkt 29–32 OWU.
- 29.** Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus może być zawarta wyłącznie wraz z:
- 1) ubezpieczeniem podstawowym oraz
 - 2) dodatkowym grupowym ubezpieczeniem na wypadek leczenia szpitalnego.
- 30.** Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych Plus może być zawarta wyłącznie wraz z:
- 1) ubezpieczeniem podstawowym oraz
 - 2) dodatkowym grupowym ubezpieczeniem na wypadek operacji chirurgicznych.
- 31.** Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby – usługi medyczne może być zawarta wyłącznie wraz z:
- 1) ubezpieczeniem podstawowym oraz
 - 2) dodatkowym grupowym ubezpieczeniem na wypadek ciężkiej choroby.
- 32.** Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia z kartą apteczną może być zawarta wyłącznie wraz z:
- 1) ubezpieczeniem podstawowym oraz
 - 2) dodatkowym grupowym ubezpieczeniem na wypadek leczenia szpitalnego.

PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY

– czyli kogo i w jaki sposób ubezpieczamy

- 33.** Do umowy możesz przystąpić, jeśli w dniu, w którym podpisujesz deklarację przystąpienia:
- 1) łączy Cię z ubezpieczającym stosunek prawny i masz ukończone 16 lat i nie masz ukończonych 69 lat;
 - 2) jesteś małżonkiem albo partnerem życiowym ubezpieczonego podstawowego i masz ukończone 16 lat i nie masz ukończonych 69 lat; ubezpieczony podstawowy może zgłosić do ubezpieczenia partnera życiowego tylko wtedy, gdy sam nie pozostaje w związku małżeńskim;
 - 3) jesteś pełnoletnim dzieckiem ubezpieczonego podstawowego i nie masz ukończonych 69 lat;
 - 4) oświadczysz, że nie przebywasz na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekłe chorych, na świadczeniu rehabilitacyjnym lub nie jesteś osobą uznaną za niezdolną do pracy lub niezdolną do służby mundurowej na podstawie orzeczenia właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym – z uwzględnieniem pkt 35–40 OWU.
- 34.** Ubezpieczony podstawowy lub pełnoletnie dziecko mogą wskazać w swojej deklaracji przystąpienia partnera życiowego tylko:

- 1) gdy sami nie pozostają w związku małżeńskim;
 - 2) jeden raz w każdym okresie, który kończy się w rocznicę polisy.
- 35.** Możesz przystąpić do umowy, jeśli w dniu, w którym podpisujesz deklarację przystąpienia jesteś osobą uznaną za niezdolną do wykonywania pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji lub niezdolną do służby mundurowej na podstawie orzeczenia właściwego organu oraz:
- 1) łączy Cię z ubezpieczającym stosunek prawny i jesteś dopuszczony do pracy przez lekarza medycyny pracy, bądź
 - 2) jesteś osobą fizyczną, która prowadzi działalność gospodarczą.
- 36.** Jako ubezpieczony bliski w dniu podpisania deklaracji przystąpienia składasz dodatkowo oświadczenie dotyczące zdrowia, jeśli bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy:
- 1) nie byłeś objęty innym naszym grupowym ubezpieczeniem na życie;
 - 2) byłeś objęty innymi naszymi grupowymi ubezpieczeniami na życie krócej niż 12 miesięcy.



PRZYKŁAD

Ubezpieczony bliski nie musi nam składać oświadczenia, jeśli przystępuje do umowy np. 1 kwietnia 2018 roku, a do 31 marca 2018 roku był objęty naszą ochroną z tytułu innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie przez co najmniej 12 miesięcy.

- 37.** Jeśli jesteś ubezpieczonym bliskim, możesz przystąpić do umowy wyłącznie w zakresie ubezpieczenia podstawowego i tych ubezpieczeń dodatkowych, do których przystąpił ubezpieczony podstawowy, chyba że zapisy w ogólnych warunkach ubezpieczeń dodatkowych stanowią inaczej.
- 38.** Przed przystąpieniem do umowy przekazujesz ubezpieczającemu podpisaną deklarację przystąpienia.
- 39.** Możemy zgodzić się na przystępowanie do umowy osób, które ukończyły 69 lat. Zgodę przekazujemy ubezpieczającemu.
- 40.** Możemy odmówić Tobie przystąpienia do umowy. Odmowę przekazujemy Tobie za pośrednictwem ubezpieczającego.
- 41.** Jeśli otrzymamy składkę za osobę, która nie spełniła warunków przystąpienia do umowy określonych w pkt 33. 1), 33. 2), 33. 3) OWU, zwracamy ją ubezpieczającemu jako nienależną.
- 42.** Zobowiązany jesteś podać do naszej wiadomości wszystkie znane Tobie okoliczności, o które pytamy przed przystąpieniem do umowy w deklaracji przystąpienia albo w innym piśmie.
- 43.** Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, których z naruszeniem pkt 42 OWU nie podałeś do naszej wiadomości. Jeżeli nie podałeś umyślnie do naszej wiadomości wszystkich znanych Tobie okoliczności, o które pytaliśmy przed przystąpieniem do umowy w deklaracji przystąpienia lub w innym piśmie, to w razie wątpliwości, przyjmuje się, że zdarzenie objęte naszą ochroną i jego następstwa są skutkiem tych okoliczności. Jeżeli do zdarzenia objętego naszą ochroną doszło po upływie trzech lat od chwili przystąpienia przez Ciebie do umowy, to nie możemy podnieść zarzutu, że przy przystępowaniu do umowy podałeś nieprawdziwe informacje.
- 44.** Możesz przystąpić do umowy ubezpieczenia dodatkowego, jeśli przystąpiłeś do umowy ubezpieczenia podstawowego.
- 45.** Jeśli umowa obejmuje kilka wariantów ubezpieczenia, możesz zmienić wariant ubezpieczenia w każdą rocznicę polisy, składając przed tym dniem deklarację przystąpienia.

CZAS TRWANIA UMOWY

– czyli jak długo trwa umowa

- 46.** Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę na czas określony. Czas trwania umowy określamy w polisie.
- 47.** Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli zawiera z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona działa do najbliższej rocznicy polisy.

PRZEDŁUŻENIE UMOWY

– czyli jak umowa się przedłuża

- 48.** Jeśli żadna ze stron umowy, czyli ubezpieczający lub my, nie postanowi inaczej, umowa przedłuża się na kolejny rok automatycznie – na tych samych warunkach. Każda ze stron może zrezygnować z przedłużenia danej umowy, o czym powinna powiadomić pisemnie drugą stronę. Należy to zrobić najpóźniej 30 dni przed zakończeniem umowy.
- 49.** Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostanie przedłużona, jeśli przedłużona została umowa ubezpieczenia podstawowego. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia, z uwzględnieniem pkt 50–53 OWU.
- 50.** Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus zostanie przedłużona – jeśli przedłużona została umowa ubezpieczenia podstawowego i umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.
- 51.** Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych Plus zostanie przedłużona – jeśli przedłużona została umowa ubezpieczenia podstawowego i umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych.
- 52.** Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby – usługi medyczne zostanie przedłużona – jeśli przedłużona została umowa ubezpieczenia podstawowego i umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby.

53. Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia z kartą apteczną zostanie przedłużona – jeśli przedłużona została umowa ubezpieczenia podstawowego i umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

– czyli do kiedy ubezpieczający może się wycofać z umowy

54. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia podstawowego lub umowy ubezpieczenia dodatkowego, gdy oświadczy nam to na piśmie:
- 1) w ciągu 7 dni od jej zawarcia – jeśli jest przedsiębiorcą;
 - 2) w ciągu 30 dni od jej zawarcia – jeśli nie jest przedsiębiorcą.
- Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
55. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
56. Jeśli ubezpieczający odstąpi od umowy, zwróćmy mu składkę zmniejszoną o kwotę składki za okres naszej ochrony.
57. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia podstawowego, to skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia dodatkowego.
58. Jeśli ubezpieczający odstąpi od ubezpieczenia dodatkowego, to nie skutkuje to odstąpieniem od ubezpieczenia podstawowego.
59. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, to skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus, to nie skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.
60. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych, to skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych Plus. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych Plus, to nie skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych.
61. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, to skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby – usługi medyczne. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby – usługi medyczne, to nie skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby.
62. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, to skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia z kartą apteczną. Jeśli ubezpieczający odstąpi od dodatkowego grupowego ubezpieczenia z kartą apteczną, to nie skutkuje to odstąpieniem od dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z umowy

63. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia podstawowego lub umowę ubezpieczenia dodatkowego w każdym czasie bez podania przyczyny, z zachowaniem 3 miesięcznego okresu wypowiedzenia. Oświadczenie o wypowiedzeniu powinno zostać złożone na piśmie.
64. Okres wypowiedzenia zaczyna się pierwszego dnia miesiąca, następującego po miesiącu, w którym otrzymaliśmy wypowiedzenie.



PRZYKŁAD

Jeżeli ubezpieczający prześle wypowiedzenie np. w dniu 25 kwietnia, okres wypowiedzenia liczy się od dnia 1 maja i trwa do ostatniego dnia lipca.

65. Umowę uważamy za wypowiedzianą przez ubezpieczającego, jeśli nie zapłaci on całości lub części składki w terminie 3 miesięcy liczonych od ostatniego dnia miesiąca, za który zapłacono ostatnią składkę.
66. Jeśli składka nie zostanie zapłacona, wezwijemy ubezpieczającego do jej zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania. Naszą ochronę wobec wszystkich ubezpieczonych zawiesimy w ostatnim dniu tego miesiąca, za który nie otrzymaliśmy wszystkich składek. W wezwaniu podamy do wiadomości ubezpieczającego skutki niezapłacenia składki. Wznowimy ochronę z zachowaniem jej ciągłości, jeśli przed upływem trzeciego miesiąca zaległości cała zaległa składka zostanie zapłacona.
67. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie podstawowe, to skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
68. Jeśli ubezpieczający wypowie ubezpieczenie dodatkowe, to nie skutkuje to wypowiedzeniem ubezpieczenia podstawowego.
69. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego, to jednocześnie skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego Plus, to nie skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.
70. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznych, to skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych Plus. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznych Plus, to nie skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych.

- 71.** Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby, to skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby – usługi medyczne. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby – usługi medyczne, to nie skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby.
- 72.** Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego, to skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia z kartą apteczną. Jeśli ubezpieczający wypowie dodatkowe grupowe ubezpieczenie z kartą apteczną, to nie skutkuje to wypowiedzeniem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

TWOJE PRAWA I OBOWIĄZKI

– czyli co ubezpieczony może, a co musi

- 73.** Możesz w każdej chwili zrezygnować z ubezpieczenia, jeśli złożysz ubezpieczającemu rezygnację w formie pisemnej.
- 74.** Masz obowiązek zgłaszać ubezpieczającemu lub nam zmiany Twoich i uposażonych danych osobowych i teleadresowych, które podałeś w deklaracji przystąpienia.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

– czyli co ubezpieczający musi

- 75.** Ubezpieczający musi:
- 1) doręczyć warunki umowy, w tym OWU, na piśmie osobom przystępującym do umowy. Ubezpieczający może doręczyć warunki umowy, w tym OWU, na innym trwałym nośniku jeżeli osoba przystępująca do ubezpieczenia wyrazi na to zgodę. Powinien to zrobić, zanim osoby te podpiszą deklarację przystąpienia;
 - 2) zebrać i przekazać nam podpisane deklaracje przystąpienia;
 - 3) informować nas o zmianie danych osobowych i teleadresowych: ubezpieczającego, a także ubezpieczonych, uposażonych – jeśli wcześniej ubezpieczony nie zgłosił nam tych zmian;
 - 4) opłacać nam składki za okres ochrony w terminie określonym w umowie;
 - 5) dostarczać nam rozliczenie składek do końca miesiąca, którego dotyczy rozliczenie i wykaz ubezpieczonych w terminie wskazanym w pkt 10 OWU;
 - 6) przekazywać ubezpieczonym informacje o zmianie warunków umowy lub zmianie prawa właściwego dla umowy i o wpływie tych zmian na wartość świadczenia. Informacje te przekazuje w formie, którą określa „Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej”. Ubezpieczający musi przekazać ubezpieczonym te informacje, zanim wyrazi zgodę na takie zmiany;
 - 7) na naszą prośbę przekazywać inne dokumenty, które są niezbędne do właściwej realizacji umowy;
 - 8) wyznaczyć osobę, która będzie odpowiadała za wykonywanie przez niego umowy oraz informować ubezpieczonych i nas o tym, że wyznaczył taką osobę.

NASZE OBOWIĄZKI

– czyli co musimy

- 76.** Musimy:
- 1) wywiązywać się terminowo z naszych zobowiązań, które wynikają z umowy;
 - 2) przekazywać ubezpieczającemu informacje o zmianie warunków umowy lub zmianie prawa właściwego dla umowy i o wpływie tych zmian na wartość świadczenia. Informacje te przekazujemy w formie, którą określa „Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej”. Zanim razem z ubezpieczającym wyrazimy zgodę na wprowadzenie takich zmian, ubezpieczający musi przekazać ubezpieczonym te informacje;
 - 3) przekazywać Tobie na Twój wniosek informacje, o których mowa w pkt 76.2) OWU;
 - 4) informować Ciebie lub ubezpieczającego o tym, że wystąpiły zdarzenia objęte naszą ochroną, jeśli o zdarzeniu zawiadomiła nas inna osoba; informacja ta zostanie przekazana w terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia;
 - 5) jeśli to konieczne, do rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia – musimy poinformować osobę występującą z roszczeniem, jakich dokumentów potrzebujemy, aby ustalić prawo do świadczenia. Możemy to zrobić pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę;
 - 6) informować pisemnie osobę, która występuje z roszczeniem o realizację świadczenia oraz Ciebie, jeśli nie jesteś tą osobą, o tym:
 - a) dlaczego nie możemy zrealizować świadczenia w całości lub części w przewidzianym terminie. Wtedy zrealizujemy tylko tę część świadczenia która jest bezsporna,
 - b) że świadczenie nie jest należne w całości lub części. Wtedy wskazujemy przyczyny i podstawę prawną, które uzasadniają naszą decyzję, oraz informujemy o tym, że można dochodzić roszczeń na drodze sądowej;
 - 7) udostępniać informacje i dokumenty, które wpłynęły na naszą decyzję o ustaleniu prawa do świadczenia lub jego wysokości:
 - a) Tobie,
 - b) ubezpieczającemu,
 - c) uprawnionemu,
 - d) innej osobie, która wnioskuje o realizację świadczenia.Na żądanie tych osób informacje i dokumenty udostępniamy w formie elektronicznej;
 - 8) udzielać – na Twój wniosek – informacji o Twoich prawach i obowiązkach, które wynikają z umowy;

- 9) udostępniać na wniosek ubezpieczającego lub Twój:
- a) informacje o oświadczeniach, które złożył ubezpieczający, kiedy zawierał umowę,
 - b) informacje o oświadczeniach, które złożyłeś, kiedy przystępowałeś do umowy,
 - c) kopie dokumentów, które wtedy powstały.

ZMIANY W UMOWIE

– jak można je wprowadzić

77. Wszelkie zmiany umowy wymagają zachowania formy pisemnej.

78. Potrzebujemy Twojej zgody, zanim wprowadzimy zmianę w umowie na niekorzyść Twoją lub uposażonego.

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

79. Składkę uważamy za zapłaconą, gdy wpłynie na rachunek bankowy, który wskazaliśmy. Składka za ubezpieczenie dodatkowe jest przekazywana razem ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

80. Wysokość składki za ubezpieczonego:

- 1) określamy we wniosku o zawarcie umowy i polisie;
- 2) jest stała – nie podlega indeksacji i uwzględnia okresy karencji, które obowiązują w ubezpieczeniu podstawowym i ubezpieczeniach dodatkowych;
- 3) zależy od:
 - a) sumy ubezpieczenia,
 - b) zakresu ubezpieczeń dodatkowych,
 - c) wysokości świadczenia,
 - d) częstotliwości jej przekazywania,
 - e) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do umowy, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

81. Ubezpieczający opłaca nam składki za wszystkich ubezpieczonych.

82. Częstotliwość oraz termin opłacenia składki określamy w polisie.

83. W razie zaległości w opłacaniu składki, każdą wpłatę przeznaczymy w pierwszej kolejności na pokrycie tych zaległości.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli komu i kiedy wypłacimy pieniądze po śmierci ubezpieczonego

84. Wypłata świadczenia przysługuje uposażonym. Możesz ich dowolnie wskazać, zmienić lub odwołać.

85. Wypłaty świadczenia nie otrzyma osoba, która umyślnie przyczyniła się do Twojej śmierci.

86. Jeśli wskazesz kilku uposażonych, a niektórzy z nich umrą przed Tobą lub utracą prawo do wypłaty świadczenia, wtedy należne im świadczenie rozdzielimy proporcjonalnie pomiędzy pozostałych uposażonych.

87. Jeżeli nie wskazesz uposażonego albo wszyscy uposażeni umrą przed Tobą lub utracą prawo do wypłaty świadczenia, przysługuje ono członkom Twojej rodziny – według kolejności:

- 1) małżonek – w całości;
- 2) dzieci – w równych częściach;
- 3) rodzice – w równych częściach;
- 4) inni Twoi spadkobiercy – w równych częściach.

88. Po Twojej śmierci osoba, która wnioskuje o wypłatę świadczenia, musi dostarczyć nam:

- 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
- 2) akt zgonu;
- 3) kartę zgonu albo – jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci, jeżeli spowodował ją nieszczęśliwy wypadek lub nastąpiła w pierwszych dwóch latach od początku naszej ochrony.

89. Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata świadczenia jest należna i w jakiej wysokości.

90. Jeśli dokumenty, o które prosiłismy, są w innym języku niż polski, osoba, która składa wniosek, musi dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.

91. O wypłacie świadczenia decydujemy w oparciu o wyżej wymienioną dokumentację.

REALIZACJA WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy i jak wypłacimy pieniądze

92. Świadczenie wypłacimy jednorazowo, najpóźniej w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

93. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być przez nas spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia wypłacimy w terminie określonym w pkt 92 OWU.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA, SKIEROWANIE SPRAWY DO SĄDU

– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

- 94.** Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
- 95.** Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć:
- 1) pisemnie – przesyłką pocztową (w rozumieniu ustawy „Prawo pocztowe”) albo osobiście;
 - 2) ustnie – przez telefon, na przykład dzwoniąc pod numer 801-102-102, albo osobiście, co potwierdzamy protokołem;
 - 3) elektronicznie – na adres: reklamacje@pzu.pl lub za pomocą formularza na pzu.pl.
- 96.** Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy najszybciej, jak to możliwe, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia, kiedy ją otrzymaliśmy. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć w ciągu 30 dni, poinformujemy:
- 1) dlaczego odpowiedź się opóźnia;
 - 2) jakie okoliczności musimy jeszcze ustalić, aby rozpatrzyć sprawę;
 - 3) jaki jest nowy termin naszej odpowiedzi – termin ten nie może być dłuższy niż 60 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy reklamację, skargę lub zażalenie.
- 97.** Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy:
- 1) w postaci papierowej lub
 - 2) pocztą elektroniczną – robimy to na wniosek osoby (podmiotu), która złożyła reklamację.
- 98.** Jeśli po rozpatrzeniu reklamacji:
- 1) nie uwzględniliśmy zgłoszonych roszczeń albo
 - 2) uwzględniliśmy roszczenia, ale w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację nie wykonaliśmy czynności, do których się zobowiązaliśmy
- osoba fizyczna, która złożyła reklamację, może napisać wniosek w tej sprawie do Rzecznika Finansowego.
- 99.** Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
- 100.** Pozew w sprawach, które wynikają z umów, można złożyć do sądu:
- 1) według właściwości ogólnej – zgodnie z Kodeksem postępowania cywilnego albo
 - 2) właściwego dla miejsca zamieszkania (lub siedziby) odpowiednio: Twojego, ubezpieczonego lub jego spadkobiercy, uprawnionego z umowy lub jego spadkobiercy.
- 101.** Więcej o reklamacjach można dowiedzieć się z „Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i Rzeczniku Finansowym” oraz z „Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń”.
- 102.** Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
- 103.** Podmiotem uprawnionym w rozumieniu „Ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich”, właściwym dla PZU Życie SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy. Adres jego strony internetowej jest taki: rf.gov.pl.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

- 104.** Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu umowy ubezpieczenia regulują „Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych” oraz „Ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych”.
- 105.** Jeśli zgodnie z prawem będziemy musieli potrącić z wypłaty świadczenia jakiegokolwiek kwoty, zwłaszcza podatek dochodowy, wypłatę świadczenia zmniejszymy o te kwoty.
- 106.** Prawo polskie jest prawem właściwym dla tej umowy.
- 107.** W sprawach, których nie reguluje umowa, stosuje się: przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.
- 108.** Wszystkie nasze powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą umowy, będziemy składać w formie pisemnej lub w innej formie, którą uzgodnimy z ubezpieczającym. Mają one skutek prawny z dniem, w którym je doręczymy.
- 109.** Wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą umowy – oprócz reklamacji, skarg i zażaleń – muszą być złożone w formie pisemnej lub w innej formie, którą ubezpieczający uzgodnił z nami. Mają one skutek prawny z dniem, w którym je doręczymy.
- 110.** Ty, ubezpieczający oraz my jesteśmy zobowiązani przekazywać sobie informacje o każdej zmianie adresu.
- 111.** Jeśli Ty albo ubezpieczający, uposażony i uprawniony jesteście konsumentami, możecie zwrócić się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
- 112.** W umowie nie stosujemy stopy technicznej.
- 113.** Nadzoruje nas Komisja Nadzoru Finansowego.
- 114.** Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej publikujemy na pzu.pl w części o relacjach inwestorskich.

POSTANOWIENIA DODATKOWE NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE PZU POD DOBRĄ OPIEKĄ

Zarząd PZU Życie SA ustalił postanowienia dodatkowe nr 1 do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie PZU Pod Dobrą Opieką (kod OWU: DOGP36) uchwałą nr UZ/108/2019 z dnia 11 czerwca 2019 roku.

Postanowienia dodatkowe nr 1 wchodzi w życie z dniem 20 lipca 2019 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych w ramach oferty PZU Ochrona i Zdrowie, PZU Życie pod Ochroną.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia (OWU) i postanowieniami dodatkowymi do OWU oraz przekazać te dokumenty każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU i postanowieniami dodatkowymi do OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

POSTANOWIENIA DODATKOWE

– czyli co zmieniamy

1. W ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie PZU Pod Dobrą Opieką, kod OWU: DOGP36, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwanych dalej OWU), wprowadzamy zmiany w punkcie 36. Nowe brzmienie jest następujące:
„36. W dniu podpisania deklaracji przystąpienia składasz dodatkowo oświadczenie dotyczące zdrowia, jeśli bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy:
1) nie byłeś objęty innym naszym grupowym ubezpieczeniem na życie;
2) byłeś objęty innymi naszymi grupowymi ubezpieczeniami na życie krócej niż 12 miesięcy.



PRZYKŁAD

Nie musisz składać nam oświadczenia, jeśli przystępujesz do umowy np. 1 kwietnia 2019 roku, a do 31 marca 2019 roku byłeś objęty naszą ochroną z tytułu innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie przez co najmniej 12 miesięcy.”

2. Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.

POSTANOWIENIA DODATKOWE NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE PZU POD DOBRĄ OPIEKĄ

Zarząd PZU Życie SA ustalił postanowienia dodatkowe nr 2 do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie PZU Pod Dobrą Opieką (kod OWU: DOGP36) uchwałą nr UZ/108/2019 z dnia 11 czerwca 2019 roku.

Postanowienia dodatkowe nr 2 wchodzi w życie z dniem 20 lipca 2019 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych w ramach oferty PZU Zdrowie pod Ochroną.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia (OWU) i postanowieniami dodatkowymi do OWU oraz przekazać te dokumenty każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU i postanowieniami dodatkowymi do OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

POSTANOWIENIA DODATKOWE

– czyli co zmieniamy i których zapisów OWU nie stosujemy

1. Nie stosujemy zapisów ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie PZU Pod Dobrą Opieką, kod OWU: DOGP36, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwanych dalej OWU), które wskazaliśmy w punkcie:
 - 1) 1. 7);
 - 2) 1. 9);
 - 3) 29–32;
 - 4) 34;
 - 5) 36;
 - 6) 50–53;
 - 7) 59–62;
 - 8) 69–72.
2. W związku z tym, że nie stosujemy zapisów OWU, które wskazaliśmy w pkt 1 niniejszych postanowień, wprowadzamy zmiany w pkt 28 i 49 OWU. Nowe brzmienie jest następujące:

„**28.** Umowa może być zawarta w zakresie ubezpieczenia podstawowego albo ubezpieczenia podstawowego wraz z ubezpieczeniami dodatkowymi. Za naszą zgodą umowa może być w każdym czasie rozszerzona o ubezpieczenia dodatkowe.”

„**49.** Umowa ubezpieczenia dodatkowego zostanie przedłużona, jeśli przedłużona została umowa ubezpieczenia podstawowego. W takim przypadku jako ubezpieczony nie musisz ponownie składać nam deklaracji przystąpienia.”
3. Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.

**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO OPIEKA MEDYCZNA**



W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Opieka Medyczna, o kodzie warunków UZGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–8 OWU pkt 31–34 OWU pkt 35–40 OWU pkt 43 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 9–13 OWU pkt 25–26 OWU pkt 27–28 OWU pkt 29 OWU pkt 43 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

www.na.pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO OPIEKA MEDYCZNA



Kod OWU: UZGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Opieka Medyczna uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 19 listopada 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **choroba** – to reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, która prowadzi do powstania w organizmie zmian funkcjonalnych lub morfologicznych;
- 2) **niepełnoletnie dziecko** – dziecko, które nie ukończyło 18 lat:
 - a) ubezpieczonego podstawowego,
 - b) małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego podstawowego;
- 3) **infolinia** – 801 405 905; 22 566 56 66¹ – pod tymi numerami telefonów przez całą dobę umówisz usługę medyczną;
- 4) **okres ochrony** – czas, w którym trwa nasza odpowiedzialność wobec ubezpieczonego albo ubezpieczonego i współubezpieczonego;
- 5) **placówka medyczna** – placówka, która należy do naszej sieci placówek (przychodnia, gabinet lekarski lub laboratorium). Lista placówek jest dostępna na stronie pzu.pl oraz w Oddziałach PZU;
- 6) **świadczeniodawca** – podmiot działający na zlecenie PZU Życie SA, który jest organizatorem realizowanych w placówkach medycznych usług medycznych;
- 7) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 8) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
- 9) **usługi medyczne** – konsultacje, badania lub zabiegi medyczne oferowane w ubezpieczeniu, które są realizowane w placówkach medycznych w Polsce;
- 10) **uszkodzenie ciała** – uszkodzenie tkanek lub narządów wewnętrznych, które powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
- 11) **współubezpieczony** – małżonek albo partner życiowy lub niepełnoletnie dziecko lub pełnoletnie dziecko ubezpieczonego podstawowego, którzy przystąpili do ubezpieczenia;
- 12) **zakres usług medycznych** – lista usług medycznych, które proponujemy w ubezpieczeniu. Zakresy usług medycznych znajdują się w załączniku do OWU.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdrowie:

- 1) ubezpieczonego albo
- 2) ubezpieczonego i współubezpieczonego.

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego lub współubezpieczonego choroby lub uszkodzenia ciała skutkujących potrzebą skorzystania przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego w okresie naszej ochrony z usług medycznych.

5. W przypadku wystąpienia zdarzenia, o którym mowa w pkt 4, ponosimy koszty usług medycznych, które organizowane są dla ubezpieczonego lub współubezpieczonego przez świadczeniodawcę, zgodnie z wybranym zakresem usług medycznych.

6. Przed zawarciem umowy ubezpieczający wybiera zakresy usług medycznych, które udostępni ubezpieczonemu.

7. Przystępując do ubezpieczenia, ubezpieczony wybiera dla siebie i współubezpieczonych jeden z dostępnych zakresów usług medycznych.

8. Współubezpieczeni objęci są tym samym zakresem usług medycznych, co ubezpieczony.

¹ opłata zgodna z taryfą operatora

PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY

– czyli kogo i w jaki sposób ubezpieczamy

9. Zasady przystąpienia ubezpieczonego do ubezpieczenia opisaaliśmy w ubezpieczeniu podstawowym.
10. Możliwość przystąpienia do ubezpieczenia przysługuje w każdym momencie współubezpieczonemu, jeżeli:
 - 1) jest małżonkiem albo partnerem życiowym lub pełnoletnim dzieckiem lub niepełnoletnim dzieckiem w rozumieniu OWU ubezpieczonego podstawowego;
 - 2) podpisze deklarację przystąpienia – z uwzględnieniem poniższych zastrzeżeń:
 - a) w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia współubezpieczony może przystąpić ponownie do ubezpieczenia – nie wcześniej niż w rocznicę polisy lub po tej dacie,
 - b) jeżeli osoba była objęta tym ubezpieczeniem jako ubezpieczony bliski, a następnie chce przystąpić do ubezpieczenia jako współubezpieczony – może przystąpić nie wcześniej niż w rocznicę polisy lub po tej dacie.
11. Ty lub współubezpieczony zobowiązani jesteście podać do naszej wiadomości wszystkie znane Tobie lub współubezpieczonemu okoliczności, o które pytamy przed przystąpieniem do umowy w deklaracji przystąpienia albo w innym piśmie.
12. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, których z naruszeniem pkt 11 OWU nie podałeś do naszej wiadomości. Jeżeli nie podałeś umyślnie do naszej wiadomości wszystkich znanych Wam okoliczności, o które pytaliśmy przed przystąpieniem do umowy w deklaracji przystąpienia lub w innym piśmie, to w razie wątpliwości, przyjmuje się, że zdarzenie objęte naszą ochroną i jego następstwa są skutkiem tych okoliczności.
13. Jeżeli do zdarzenia objętego naszą ochroną doszło po upływie trzech lat od chwili przystąpienia przez Ciebie lub współubezpieczonego do umowy, to nie możemy podnieść zarzutu, że przy przystępowaniu do umowy podałeś nieprawdziwe informacje.

PRAWA I OBOWIĄZKI TWOJE LUB WSPÓŁUBEZPIECZONEGO

– czyli co ubezpieczony lub współubezpieczony może, a co musi

14. Prawa i obowiązki ubezpieczonego określa ubezpieczenie oraz ubezpieczenie podstawowe.
15. Współubezpieczony ma te same prawa i obowiązki jak ubezpieczony.
16. W przypadku rezygnacji z ubezpieczenia Ty lub współubezpieczony możecie przystąpić ponownie do ubezpieczenia – nie wcześniej niż w rocznicę polisy lub po tej dacie.
17. Zmiana roli współubezpieczonego z niepełnoletniego na pełnoletnie dziecko możliwa jest w dowolnym momencie:
 - 1) nie wcześniej niż od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym współubezpieczony ukończył 18 lat;
 - 2) nie później niż w najbliższą rocznicę polisy po ukończeniu przez współubezpieczonego 18 lat.
18. Masz obowiązek odwołać przez infolinię umówioną usługę medyczną, jeżeli nie możesz z niej skorzystać.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

– czyli co musi ubezpieczający

19. Obowiązki ubezpieczającego zostały wskazane w ubezpieczeniu podstawowym.
20. Obowiązki ubezpieczającego wobec współubezpieczonego są takie same jak obowiązki ubezpieczającego wobec ubezpieczonego.

NASZE OBOWIĄZKI

– czyli co musimy

21. Nasze obowiązki zostały wskazane w ubezpieczeniu podstawowym.
22. Nasze obowiązki wobec współubezpieczonego są takie same jak nasze obowiązki wobec ubezpieczonego.

ZMIANY W UMOWIE

– jak można je wprowadzić

23. Wszelkie zmiany ubezpieczenia wymagają zachowania formy pisemnej.
24. Potrzebujemy zgody ubezpieczonego i współubezpieczonego zanim wprowadzimy zmianę w umowie na niekorzyść Twoją lub współubezpieczonego.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Cię ubezpieczymy

25. Początek naszej ochrony wobec ubezpieczonego został uregulowany w ubezpieczeniu podstawowym.
26. Nasza ochrona wobec współubezpieczonego rozpoczyna się na zasadach określonych dla ubezpieczonego.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie

27. Zasady zakończenia naszej ochrony wobec ubezpieczonego zostały uregulowane w ubezpieczeniu podstawowym.
28. Nasza ochrona wobec współubezpieczonego kończy się na zasadach określonych dla ubezpieczonego bliskiego w ubezpieczeniu podstawowym.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli kiedy nie można skorzystać z usług medycznych

29. Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu usług medycznych wobec Ciebie lub współubezpieczonego, jeżeli choroba lub uszkodzenie ciała były wynikiem:
- 1) wady wrodzonej – rozumiemy ją jako powstającą w okresie życia wewnątrzmacicznego i obecną przy urodzeniu, wewnętrzną lub zewnętrzną nieprawidłowość morfologiczną zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 w rozdziale „Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe” kodami od Q00 do Q99;
 - 2) niepełności – przy czym niepełność rozumiemy jako brak potwierdzonej przez lekarza ciąży po 12 miesiącach regularnego współżycia bez stosowania jakichkolwiek środków antykoncepcyjnych;
 - 3) uzależnienia – rozumiemy je jako zaburzenie, które jest opisane w oficjalnych klasyfikacjach chorób ICD-10 i DSM IV polegające na silnej potrzebie wykonywania jakiejś czynności lub zażywania jakiejś substancji.

SKŁADKA

– od czego zależy wysokość składki

30. Wysokość składki zależy od:
- 1) zakresu usług medycznych;
 - 2) częstotliwości jej przekazywania;
 - 3) liczby osób przystępujących do ubezpieczenia w stosunku do liczby zatrudnionych;
 - 4) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.

BEZGOTÓWKOWA REALIZACJA USŁUG MEDYCZNYCH

– jak z nich skorzystać

31. Z usług medycznych możesz skorzystać Ty lub współubezpieczony.
32. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego lub współubezpieczonego choroby lub uszkodzenia ciała skutkujących potrzebą skorzystania przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego w okresie naszej ochrony z usług medycznych, ubezpieczony lub współubezpieczony – za naszym pośrednictwem – może umówić termin usługi medycznej. Może to zrobić przez:
- 1) infolinię;
 - 2) formularz elektroniczny na stronie pzu.pl;
 - 3) aplikację mobilną.
33. Ty lub współubezpieczony wybieracie potrzebne konsultacje spośród tych, które macie w swoim zakresie ubezpieczenia. My wskazujemy placówkę medyczną. W takiej sytuacji konsultacja odbędzie się najpóźniej:
- 1) 2 dni robocze od zgłoszenia – do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (internisty, lekarza rodzinnego oraz pediatry);
 - 2) 5 dni roboczych od zgłoszenia – do lekarzy pozostałych specjalizacji.
34. Ty lub współubezpieczony możecie też sami wskazać placówkę medyczną lub jej lokalizację, termin konsultacji lub lekarza, o ile z nami współpracuje. W takiej sytuacji konsultacja może odbyć się w późniejszym terminie. Jej datę ustalimy indywidualnie na podstawie dostępności i grafiku lekarzy.

ŚWIADCZENIE REALIZOWANE W FORMIE PIENIĘŻNEJ

– jak z niego skorzystać

35. Ty i współubezpieczony możecie skorzystać w wybranej przez siebie placówce medycznej w Polsce ze świadczenia realizowanego w formie pieniężnej:
- 1) o ile bez względu na przyczynę nie zechcecie skorzystać z bezgotówkowej realizacji świadczeń zdrowotnych;
 - 2) w okresie zawieszenia naszej ochrony oraz pod warunkiem jej wznowienia.
36. Świadczenie pieniężne realizujemy po przedstawieniu faktury, do kwoty:
- 1) nie wyższej niż wskazana w fakturze i
 - 2) nie wyższej niż określona dla danej usługi medycznej w „Cenniku usług medycznych”. Cennik jest załącznikiem do umowy.
37. Abyśmy mogli zrealizować świadczenie w formie pieniężnej, potrzebujemy:
- 1) wniosku o wypłatę świadczenia w formie pieniężnej;
 - 2) oryginału imiennej faktury, która zawiera nazwy udzielonych usług medycznych i ich ceny jednostkowe;
 - 3) innych dokumentów – jeśli okażą się niezbędne do stwierdzenia, że zwrot kosztów usługi medycznej jest uzasadniony.

- 38. W razie pozytywnej decyzji zrealizujemy świadczenie formie pieniężnej – najpóźniej 30 dni od otrzymania wniosku.
- 39. Jeśli – z obiektywnych powodów – nie możemy w ciągu 30 dni wyjaśnić wątpliwości związanych z wnioskiem mamy prawo przesunąć termin wypłaty. W takim przypadku wypłacimy pieniądze w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie tych wątpliwości stało się możliwe. Jeśli do części kwoty nie było żadnych wątpliwości, wypłacimy ją do 30 dni od otrzymania wniosku.
- 40. Szczegółowe zasady świadczeń realizowanych w formie pieniężnej znajdują się w załączniku do umowy (zob. Świadczenia realizowane w formie pieniężnej w ramach ubezpieczenia Opieka Medyczna – odpowiedzi na podstawowe pytania).

ODMOWA REALIZACJI ŚWIADCZENIA

– jak o niej poinformujemy

- 41. Jeśli świadczenie nie przysługuje Tobie lub współubezpieczonemu w całości lub w części, to poinformujemy osobę składającą wniosek o realizację usług medycznych, że usługa medyczna nie przysługuje w całości lub części, wskazując przyczyny i podstawę prawną, które uzasadniają naszą decyzję, oraz informujemy o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
- 42. O odmowie realizacji usług medycznych poinformujemy również Ciebie albo współubezpieczonego, jeśli nie wystąpiliście o realizację tych usług medycznych.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

- 43. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE OPIEKA MEDYCZNA

Zakres usług medycznych ZDROWIE PROFILAKTYKA

JAK UMÓWIĆ SIĘ NA USŁUGĘ MEDYCZNĄ?

Na usługi medyczne umawiamy za pośrednictwem:



formularza umówienia wizyty na pzu.pl,



aplikacji mobilnej #mojePZU (po zalogowaniu otrzymasz dostęp do grafików przychodni i bezpośrednio umówisz dogodny termin konsultacji),



całodobowej infolinii pod nr 801 405 905 lub 22 566 56 66 (opłata zgodna z taryfą operatora),



SMS-a o treści WIZYTA na nr 4102 (opłata zgodna z taryfą operatora),



czatu na pzu.pl.

KONSULTACJE LEKARSKIE

Konsultacje lekarskie realizujemy bez skierowania, w sytuacji wystąpienia choroby lub uszkodzenia ciała. Konsultacji udzielają lekarze specjaliści we wskazanych przez Świadczeniodawcę placówkach medycznych. Konsultacja lekarska odbywa się najpóźniej:

- w ciągu 2 dni roboczych od zgłoszenia – u lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (internisty).

Zawsze możesz wskazać nam preferowaną placówkę medyczną, termin konsultacji lub lekarza, wówczas jednak termin konsultacji ustalimy dla Ciebie indywidualnie i może być on późniejszy niż standardy dostępności.

Konsultacje lekarskie obejmują wywiad, podstawowe czynności niezbędne do postawienia diagnozy podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej i monitorowania leczenia oraz poradę specjalisty.

Konsultacje lekarskie nie obejmują konsultacji lekarzy posiadających tytuł doktora habilitowanego lub profesora.

W przypadku, gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do ukończenia 15. roku życia, dostęp do konsultacji lekarskich, innych niż u lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, zależy od dostępności danego specjalisty dziecięcego w danej lokalizacji.

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
KONSULTACJE LEKARSKIE Z ZAKRESU	
• Chorób wewnętrznych (interny).	bezpłatnie, dwa razy w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy

BADANIA DIAGNOSTYCZNE DLA KOBIET

Badania są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.

Diagnostyka laboratoryjna

- transaminaza alaninowa (GPT/ALT/ALAT),
- transaminaza asparaginowa (GOT/AST/ASPAT),
- glukoza,
- lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG),
- hormon tyreotropowy (TSH),
- badanie ogólne moczu (profil),
- kreatynina,
- morfologia krwi + płytki + rozmaz ręczny lub rozmaz automatyczny,
- kał – krew utajona,
- wirus zapalenia wątroby typu C – przeciwciała przeciw HCV,

bezpłatnie,
raz w każdym
12-miesięcznym
okresie między
rocznicami polisy

Badania czynnościowe

- EKG – badanie spoczynkowe z opisem.

Diagnostyka ultrasonograficzna

- USG – jama brzuszna.

Diagnostyka radiologiczna

- RTG – obojętne piersi mammografia lub USG – piersi,
- RTG – klatka piersiowa – projekcja przednio-tylna.

BADANIA DIAGNOSTYCZNE DLA MĘŻCZYZN

Badania są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.

Diagnostyka laboratoryjna

- transaminaza alaninowa (GPT/ALT/ALAT),
- transaminaza asparaginowa (GOT/AST/ASPAT),
- glukoza,
- lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG),
- hormon tyreotropowy (TSH),
- badanie ogólne moczu (profil),
- kreatynina,
- morfologia krwi + płytki + rozmaz ręczny lub rozmaz automatyczny,
- kał – krew utajona,
- wirus zapalenia wątroby typu C – przeciwciała przeciw HCV.

bezpłatnie,
raz w każdym
12-miesięcznym
okresie między
rocznicami polisy

Badania czynnościowe

- EKG – badanie spoczynkowe z opisem.

Diagnostyka ultrasonograficzna

- USG – jama brzuszna,
- USG – jądra lub USG – gruczoł krokowy – badanie przez powłoki brzuszne.

Diagnostyka radiologiczna

- RTG – klatka piersiowa – projekcja przednio-tylna.

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE OPIEKA MEDYCZNA

Zakres usług medycznych ZDROWIE START

JAK UMÓWIĆ SIĘ NA USŁUGĘ MEDYCZNĄ?

Na usługi medyczne umawiamy za pośrednictwem:



formularza umówienia wizyty na pzu.pl,



aplikacji mobilnej #mojePZU (po zalogowaniu otrzymasz dostęp do grafików przychodni i bezpośrednio umówisz dogodny termin konsultacji),



całodobowej infolinii pod nr 801 405 905 lub 22 566 56 66 (opłata zgodna z taryfą operatora),



SMS-a o treści WIZYTA na nr 4102 48 (opłata zgodna z taryfą operatora),



czatu na pzu.pl.

KONSULTACJE LEKARSKIE

Konsultacje lekarskie realizujemy bez skierowania, w sytuacji wystąpienia choroby lub uszkodzenia ciała. Konsultacji udzielają lekarze specjaliści we wskazanych przez Świadczeniodawcę placówkach medycznych. Konsultacja lekarska odbywa się najpóźniej:

- w ciągu 5 dni roboczych od zgłoszenia – u lekarzy z wymienionych w zakresie specjalizacji.

Zawsze możesz wskazać nam preferowaną placówkę medyczną, termin konsultacji lub lekarza, wówczas jednak termin konsultacji ustalimy dla Ciebie indywidualnie i może być on późniejszy niż standardy dostępności.

Konsultacje lekarskie obejmują wywiad, podstawowe czynności niezbędne do postawienia diagnozy podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej i monitorowania leczenia oraz poradę specjalisty.

Konsultacje lekarskie nie obejmują konsultacji lekarzy posiadających tytuł doktora habilitowanego lub profesora.

W przypadku, gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do ukończenia 15. roku życia, dostęp do konsultacji lekarskich, innych niż u lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, zależy od dostępności danego specjalisty dziecięcego w danej lokalizacji.

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
KONSULTACJE LEKARSKIE Z ZAKRESU	
• alergologii, • chirurgii ogólnej, • chorób płuc (pulmonologii), • dermatologii – wenerologii, • diabetologii, • endokrynologii, • gastroenterologii, • ginekologii i położnictwa, • kardiologii, • nefrologii,	bezpłatnie, bez limitu

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
• neurologii, • okulistyki, • ortopedii i traumatologii narządu ruchu, • otolaryngologii, • reumatologii, • urologii.	bezpłatnie, bez limitu
ZABIEGI AMBULATORYJNE	
Zabiegi wykonywane przez lekarza (w ramach konsultacji lekarskiej) lub przez pielęgniarkę, jeśli istnieje wskazanie medyczne i możliwość ich wykonania w warunkach ambulatoryjnych w danej placówce medycznej (bez szkody dla pacjenta).	
Zabiegi pielęgniarские	
• iniekcja domięśniowa (bez kosztu produktu leczniczego), • iniekcja dożylna (bez kosztu produktu leczniczego), • iniekcja podskórna (bez kosztu produktu leczniczego), • pobranie krwi, • podłączenie wlewu kroplowego (bez kosztu produktu leczniczego), • pomiar ciśnienia tętniczego krwi, • pomiar wzrostu i wagi ciała.	
Zabiegi ogólnolekarskie	
• pobranie materiału do badania mikrobiologicznego, • usunięcie kleszcza, • założenie cewnika do pęcherza moczowego (bez kosztu cewnika).	
Zabiegi alergologiczne	
• odczulanie (bez kosztu produktów leczniczych stosowanych do odczulania).	
Zabiegi chirurgiczne	
• leczenie wrośniętego paznokcia, • nacięcie i drenaż krwaka, • nacięcie i drenaż ropnia, • szycie rany do 3 cm, • szycie rany powyżej 3 cm, • założenie prostego opatrunku, • zaopatrzenie drobnej rany, • zdjęcie szwów, • zmiana prostego opatrunku.	bezpłatnie, bez limitu
Zabiegi ginekologiczne	
• pobranie materiału do badania cytologicznego, • pobranie materiału do badania mikrobiologicznego.	
Zabiegi okulistyczne	
• badanie dna oka, • badanie ostrości widzenia, • badanie pola widzenia, • dobór szkieł korekcyjnych, • pomiar ciśnienia śródgałkowego, • usunięcie ciała obcego z oka.	
Zabiegi ortopedyczne	
• zaopatrzenie skręcenia (bez kosztu stabilizatora, bez kosztu gipsu), • zaopatrzenie zwichnięcia (bez kosztu stabilizatora, bez kosztu gipsu).	
Zabiegi otolaryngologiczne	
• płukanie ucha, • postępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa,	

USŁUGA MEDYCZNA		LIMIT
• przedmuchiwanie trąbki słuchowej, • usunięcie ciała obcego z gardła, • usunięcie ciała obcego z nosa, • usunięcie ciała obcego z ucha, • założenie opatrunku usznego z lekiem.		bezpłatnie, bez limitu
Zabiegi urologiczne		
• Założenie cewnika do pęcherza moczowego (bez kosztu cewnika).		
DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA		
Badania laboratoryjne są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.		
Badania biochemiczne krwi		
• chlorki (CL), • dehydrogenaza mleczanowa (LDH), • fosfataza kwaśna, • fosfataza kwaśna sterczowa, • żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC),		bezpłatnie, bez limitu
• PSA całkowite / Total PSA, • ferrytyna, • transferyna.		15% zniżki
Badania serologiczne		
• czynnik reumatoidalny (RF), • oznaczenie grupy krwi układu ABO, antygenu D z układu Rh z oceną hemolizyn, • wirus zapalenia wątroby typu B – przeciwciała przeciw HBs,		bezpłatnie, bez limitu
• immunoglobulina E (IgE) całkowita, • przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (ATPO), • przeciwciała przeciw tyreoglobulinie (ATG).		15% zniżki
Diagnostyka zakażeń		
• posiew wymazu z rany,		bezpłatnie, bez limitu
• Toxoplasma gondii – przeciwciała IgG, • Toxoplasma gondii – przeciwciała IgM, • wirus Epsitein–Barr (wirus mononukleozy) – przeciwciała IgM, • wirus różyczki – przeciwciała IgG, • wirus różyczki – przeciwciała IgM, • wirus HIV – przeciwciała HIV 1, • wirus HIV – przeciwciała HIV 2, • wirus HIV – przeciwciała HIV1 / HIV 2, • wirus zapalenia wątroby typu B – antygen HBe, • wirus zapalenia wątroby typu B – przeciwciała przeciw HBe, • wirus zapalenia wątroby typu C – przeciwciała przeciw HCV.		15% zniżki
Badania hormonalne		
• aldosteron, • dehydroepiandrosteronu siarczan DHEA-S, • estradiol, • hormon adrenokortykotropowy (ACTH), • hormon folikulotropowy (FSH), • hormon luteinizujący (LH), • kortyzol, • osteokalcyna, • parathormon (PTH), • parathormon intact (iPTH), • progesteron, • prolaktyna (PRL), • T3 całkowite (Total T3),		

USŁUGA MEDYCZNA		LIMIT
- T3 wolne (FT3), - T4 całkowite (Total T4), - T4 wolne (FT4), - testosteron.		15% zniżki
Badania moczu		
kreatynina w moczu.		
Badania inne		
cytologia wymazu z szyjki macicy.		
- testy alergiczne skórne – panel mieszany (pediatryczny), - testy alergiczne skórne – panel pokarmowy, - testy alergiczne skórne – panel wziewny, - testy alergiczne skórne metodą nakłuć (1 pkt), - testy alergiczne skórne płatkowe (1 alergen).		15% zniżki
DIAGNOSTYKA RADIOLOGICZNA		
Badania radiologiczne są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.		
- RTG – jelito grube – wlew doodbytniczy, - RTG – obydwie piersi mammografia, - RTG – nerki, moczowody, pęcherz – urografia.		15% zniżki
TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA I REZONANS MAGNETYCZNY		
Tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.		
Ubezpieczenie nie obejmuje kosztu kontrastu, a także angiorezonansu, angiotomografii, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, kolonoskopii TK wirtualnej, tomografii HR-CT, enterografii-MRI, HRT, OCT, SL-OCT.		
Tomografia komputerowa (CT)		
- tomografia komputerowa – cały kręgosłup, - tomografia komputerowa – głowa, - tomografia komputerowa – jama brzuszna, - tomografia komputerowa – klatka piersiowa, - tomografia komputerowa – kręgosłup lędźwiowy, - tomografia komputerowa – kręgosłup piersiowy, - tomografia komputerowa – kręgosłup szyjny, - tomografia komputerowa – miednica, - tomografia komputerowa – nadgarstek, - tomografia komputerowa – oczodoły, - tomografia komputerowa – podudzie, - tomografia komputerowa – przedramię, - tomografia komputerowa – przysadka mózgowa, - tomografia komputerowa – ramię, - tomografia komputerowa – ręka, - tomografia komputerowa – staw biodrowy, - tomografia komputerowa – staw kolanowy, - tomografia komputerowa – staw łokciowy, - tomografia komputerowa – staw ramiennieo-łopatkowy (bark), - tomografia komputerowa – staw skokowy, - tomografia komputerowa – stawy inne, - tomografia komputerowa – stopa, - tomografia komputerowa – tkanki miękkie szyi, - tomografia komputerowa – udo, - tomografia komputerowa – uszy i piramidy kości skroniowych, - tomografia komputerowa – wieloodcinkowa, - tomografia komputerowa – zatoki oboczne nosa, - rezonans magnetyczny – cały kręgosłup,		15% zniżki

USŁUGA MEDYCZNA		LIMIT
Rezonans magnetyczny (MRI)		
• rezonans magnetyczny – głowa, • rezonans magnetyczny – jama brzuszna, • rezonans magnetyczny – klatka piersiowa, • rezonans magnetyczny – kręgosłup lędźwiowy, • rezonans magnetyczny – kręgosłup piersiowy, • rezonans magnetyczny – kręgosłup szyjny, • rezonans magnetyczny – miednica, • rezonans magnetyczny – nadgarstek, • rezonans magnetyczny – oczodoły, • rezonans magnetyczny – podudzie, • rezonans magnetyczny – przedramię, • rezonans magnetyczny – przysadka mózgowa, • rezonans magnetyczny – ramię, • rezonans magnetyczny – ręka, • rezonans magnetyczny – staw kolanowy, • rezonans magnetyczny – staw łokciowy, • rezonans magnetyczny – staw ramienno-łopatkowy (bark), • rezonans magnetyczny – staw skokowy, • rezonans magnetyczny – stawy krzyżowo-biodrowe, • rezonans magnetyczny – stawy inne, • rezonans magnetyczny – stopa, • rezonans magnetyczny – tkanki miękkie szyi, • rezonans magnetyczny – udo, • rezonans magnetyczny – zatoki oboczne nosa.		15% zniżki
DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA		
Badania ultrasonograficzne są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego. Ubezpieczenie nie obejmuje badań USG w wersji 3D i 4-D.		
• USG – ginekologiczne – badanie przez pochwę (transwaginalne), • USG – ginekologiczne – badanie przez powłoki brzuszne, • USG – ginekologiczne – badanie scryningowe, • USG – gruczoł krokowy – badanie przez powłoki brzuszne, • USG – miednica mała, • USG – piersi, • USG – tarczycza,		bezpłatnie, bez limitu
• echokardiografia (ECHO) dorośli, • echokardiografia (ECHO) dzieci, • USG – naczynia jamy brzusznej – badanie metodą Dopplera, • USG – naczynia szyi – badanie metodą Dopplera, • USG – tętnice jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG – tętnice obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera, • USG – żyły i tętnice jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG – żyły i tętnice obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera, • USG – żyły jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG – żyły obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera, • USG – gruczoł krokowy – badanie przez odbytnicę (transrektalne).		15% zniżki
DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA Z BIOPSJĄ		
Badania ultrasonograficzne z biopsją są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.		
• biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG.		15% zniżki

USŁUGA MEDYCZNA		LIMIT
DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA CIĄŻY		
USG ciąży jest wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego. Ubezpieczenie nie obejmuje badań USG w wersji 3D i 4D.		
• USG ciąży podstawowe w wersji 2D, • USG ciąży rozszerzone w wersji 2D – z oceną występowania wrodzonych wad płodu (tzw. genetyczne lub połowkowe).		bezpłatnie, bez limitu
DIAGNOSTYKA ENDOSKOPOWA		
Badania endoskopowe (z pobraniem materiału i oceną histopatologiczną – w uzasadnionych medycznie przypadkach) są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.		
Ubezpieczenie nie obejmuje kosztu znieczulenia ogólnego.		
• gastroscopia, • gastroscopia z testem ureazowym, • gastroscopia z pobraniem wycinków do badań histopatologicznych, • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas gastroscopii, • kolonoskopia, • kolonoskopia z pobraniem wycinków do badań histopatologicznych (nie obejmuje polipektomii), • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas kolonoskopii, • rektoskopia, • rektoskopia z pobraniem wycinków do badań histopatologicznych (nie obejmuje polipektomii), • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas rektoskopii, • sigmoidoskopia, • sigmoidoskopia z pobraniem wycinków do badań histopatologicznych (nie obejmuje polipektomii), • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas sigmoidoskopii.		15% zniżki
BADANIA CZYNNOŚCIOWE		
Badania czynnościowe są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.		
• spirometria,		bezpłatnie, bez limitu
• audiometria impedancyjna (tympanogram), • audiometria impedancyjna z oceną funkcji trąbki słuchowej, • audiometria tonalna, • całodobowy pomiar ciśnienia tętniczego metoda Holtera, • densytometria całego kośćca, • densytometria kości obu rąk, • densytometria kości udowej, • densytometria kręgosłupa, • EEG – badanie w czuwaniu (z wyłączeniem EEG we śnie, EEG biofeedback, video EEG), • EKG – badanie wysiłkowe, • EKG – całodobowa rejestracja metodą Holtera, • EMG – badanie ilościowe jednego mięśnia, • EMG – badanie przewodzenia we włóknach czuciowych jednego nerwu, • EMG – badanie przewodzenia we włóknach ruchowych jednego nerwu + fala F, • EMG – elektrostymulacyjna próba męczliwości jednego mięśnia (próba miasteniczna), • EMG – próba ischemiczna (tężyczkowa).		15% zniżki
OPIEKA STOMATOLOGICZNA – STOMATOLOGIA ZACHOWAWCZA		
• przegląd stomatologiczny,		bezpłatnie, raz w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
• ekstrakcja zęba mlecznego, • instruktaż higieny jamy ustnej, • lakierowanie zębów fluorem, • lakowanie zębów, • leczenie kanałowe zęba – wypełnienie 1 kanału, • leczenie kanałowe zęba – wypełnienie 2 kanałów, • leczenie kanałowe zęba – wypełnienie 3 kanałów, • leczenie kanałowe zęba – czasowe wypełnienie 1 kanału, • leczenie kanałowe zęba – czasowe wypełnienie 2 kanałów, • leczenie kanałowe zęba – czasowe wypełnienie 3 kanałów leczenie kanałowe zęba – dewitalizacja, • leczenie kanałowe zęba – ekstyrpacja miazgi, • leczenie kanałowe zęba – opracowanie i udrożnienie kanału maszynowe, • leczenie kanałowe zęba – opracowanie i udrożnienie kanału tradycyjne, • leczenie kanałowe zęba – powtórne tzw. reendo, • leczenie kanałowe zęba – usunięcie złamanego narzędzia z kanału, • leczenie kanałowe zęba – wypełnienie 1 kanału – pod mikroskopem, • leczenie kanałowe zęba – wypełnienie 2 kanałów – pod mikroskopem, • leczenie kanałowe zęba – wypełnienie 3 kanałów – pod mikroskopem, • leczenie kanałowe zęba – wypełnienie ostateczne korony zęba, • leczenie zęba mlecznego – wypełnienie, • leczenie zęba stałego – małe wypełnienie (jedna powierzchnia), • leczenie zęba stałego – średnie wypełnienie (dwie powierzchnie), • leczenie zęba stałego – duże wypełnienie (trzy powierzchnie), • leczenie zgorzeli zęba, • leczenie zmian błony śluzowej jamy ustnej, • odbudowa zęba metodą bezpośrednią, • opatrunek leczniczy – stomatologiczny, • piaskowanie zębów – 1 tuk, • piaskowanie zębów – 2 tuki, • RTG zębów – wewnątrzustne (nie obejmuje pantomogramu), • scalling zębów nazeębnych – 1 tuk, • scalling zębów nazeębnych – 2 tuki, • trepanacja zęba, • znieczulenie nasiękowe, • znieczulenie przewodowe, • znieczulenie „The wand”.	20% zniżki

RECEPTA – BEZ WIZYT U LEKARZA

Usługa umożliwiająca zamówienie i otrzymanie recept lekarskich niezbędnych do kontynuacji leczenia, bez osobistego kontaktu z lekarzem – jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w jego dokumentacji medycznej.

- Recepty są wystawiane tylko w tej placówce świadczeniodawcy, w której wcześniej wystawiono recepty na zamawiane leki.
- Recepty są wystawiane tylko w celu kontynuacji wcześniej rozpoczętego leczenia w sytuacji, gdy dokumentacja medyczna zawiera informację na temat rozpoznania, sposobu leczenia oraz wymaganych wizyt kontrolnych.
- Recepty na leki refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia są wystawiane przez placówkę świadczeniodawcy po weryfikacji tych uprawnień w systemie informatycznym udostępnionym przez NFZ.
- Recepty są wydawane pacjentowi lub osobie przez niego upoważnionej do odbioru recept po okazaniu dowodu tożsamości osoby odbierającej recepty.

Zamówienie recept na leki odbywa się poprzez kontakt telefoniczny, elektroniczny lub osobisty z placówką, w której kontynuowany jest proces leczenia poprzez udostępniony przez daną placówkę sposób przyjmowania zamówienia. Odbiór recept odbywa się według zasad wskazywanych przez placówkę świadczeniodawcy.

Lekarz może odmówić wystawienia recept bez dokonania osobistego badania pacjenta, jeżeli jest to uzasadnione względami medycznymi lub wynika z powszechnie obowiązujących regulacji prawnych.

bezpłatnie,
bez limitu

Zniżki realizowane w stosunku do ceny usługi obowiązującej w placówce medycznej.

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE OPIEKA MEDYCZNA

Zakres usług medycznych ZDROWIE MEDIUM

JAK UMÓWIĆ SIĘ NA USŁUGĘ MEDYCZNĄ?

Na usługi medyczne umawiamy za pośrednictwem:



formularza umówienia wizyty na pzu.pl,



aplikacji mobilnej #mojePZU (po zalogowaniu otrzymasz dostęp do grafików przychodni i bezpośrednio umówisz dogodny termin konsultacji),



całodobowej infolinii pod nr 801 405 905 lub 22 566 56 66 (opłata zgodna z taryfą operatora),



SMS-a o treści WIZYTA na nr 4102*, (opłata zgodna z taryfą operatora),



czatu na pzu.pl.

KONSULTACJE LEKARSKIE

Konsultacje lekarskie realizujemy bez skierowania, w sytuacji wystąpienia choroby lub uszkodzenia ciała. Konsultacji udzielają lekarze specjaliści we wskazanych przez Świadczeniodawcę placówkach medycznych. Konsultacja lekarska odbywa się najpóźniej:

- w ciągu 2 dni roboczych od zgłoszenia – u lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (internisty, lekarza rodzinnego oraz pediatri);
- w ciągu 5 dni roboczych od zgłoszenia – u lekarzy pozostałych specjalizacji.

Zawsze możesz wskazać nam preferowaną placówkę medyczną, termin konsultacji lub lekarza, wówczas jednak termin konsultacji ustalimy dla Ciebie indywidualnie i może być on późniejszy niż standardy dostępności.

Konsultacje lekarskie obejmują wywiad, podstawowe czynności niezbędne do postawienia diagnozy podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej i monitorowania leczenia oraz poradę specjalisty.

Konsultacje lekarskie nie obejmują konsultacji lekarzy posiadających tytuł doktora habilitowanego lub profesora.

W przypadku, gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do ukończenia 15. roku życia, dostęp do konsultacji lekarskich, innych niż u lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, zależy od dostępności danego specjalisty dziecięcego w danej lokalizacji.

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
KONSULTACJE LEKARSKIE Z ZAKRESU	
• chorób wewnętrznych (interny), • medycyny rodzinnej (lekarz rodzinny), • pediatrii,	bezpłatnie, bez limitu
• alergologii, • anestezjologii i intensywnej terapii, • audiologii i foniatrii, • chirurgii ogólnej, • chirurgii onkologicznej,	
USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT

• dermatologii – wenerologii, • diabetologii, • endokrynologii, • gastroenterologii, • ginekologii i położnictwa, • hematologii, • hepatologii, • kardiologii, • otolaryngologii, • nefrologii, • neurologii, • okulistyki, • onkologii klinicznej, • ortopedii i traumatologii narządu ruchu, • chorób płuc (pulmonologii), • reumatologii, • urologii.	bezpłatnie, bez limitu
ZABIEGI AMBULATORYJNE	
Zabiegi wykonywane przez lekarza (w ramach konsultacji lekarskiej) lub przez pielęgniarkę, jeśli istnieje wskazanie medyczne i możliwość ich wykonania w warunkach ambulatoryjnych w danej placówce medycznej (bez szkody dla pacjenta).	
Zabiegi pielęgniarские • iniekcja domięśniowa (bez kosztu produktu leczniczego), • iniekcja dożylna (bez kosztu produktu leczniczego), • iniekcja podskórna (bez kosztu produktu leczniczego),) • pobranie krwi • podłączenie wlewu kroplowego (bez kosztu produktu leczniczego), • pomiar ciśnienia tętniczego krwi, • pomiar wzrostu i wagi ciała.	
Zabiegi ogólnolekarskie • pobranie materiału do badania mikrobiologicznego, • usunięcie kleszcza, • założenie cewnika do pęcherza moczowego (bez kosztu cewnika).	
Zabiegi alergologiczne • odczulanie (bez kosztu produktów leczniczych stosowanych do odczulania).	
Zabiegi chirurgiczne • leczenie wrosniętego paznokcia, • nacięcie i drenaż krwiaka, • nacięcie i drenaż ropnia, • szycie rany do 3 cm, • szycie rany powyżej 3 cm, • założenie prostego opatrunku, • zaopatrzenie drobnej rany, • zdjęcie szwów, • zmiana prostego opatrunku.	bezpłatnie, bez limitu
Zabiegi ginekologiczne • pobranie materiału do badania cytologicznego, • pobranie materiału do badania mikrobiologicznego.	
Zabiegi okulistyczne • badanie dna oka, • badanie ostrości widzenia, • badanie pola widzenia, • dobór szkieł korekcyjnych, • pomiar ciśnienia śródgałkowego, • usunięcie ciała obcego z oka.	
USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT

Zabiegi ortopedyczne • zaopatrzenie skrzywienia (bez kosztu stabilizatora, bez kosztu gipsu), • zaopatrzenie zwichnięcia (bez kosztu stabilizatora, bez kosztu gipsu). Zabiegi otolaryngologiczne • płukanie ucha, • postępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa, • przedmuchiwanie trąbki słuchowej, • usunięcie ciała obcego z gardła, • usunięcie ciała obcego z nosa, • usunięcie ciała obcego z ucha, • założenie opatrunku usznego z lekiem. Zabiegi urologiczne • założenie cewnika do pęcherza moczowego (bez kosztu cewnika).	bezpłatnie, bez limitu
DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA	
Badania laboratoryjne są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.	
Badania morfologii krwi i układu krzepnięcia • czas kaolinowo-kefalinowy / czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT), • czas protrombinowy (PT) /współczynnik czasu protrombinowego (INR), • fibrynogen, • hematokryt, • hemoglobina, • leukocyty, • morfologia krwi + płytki + rozmaz automatyczny, • morfologia krwi + płytki + rozmaz ręczny, • morfologia krwi bez rozmazu, • odczyn opadania krwinek czerwonych (OB), • płytki krwi, • retikulocyty.	
Badania biochemiczne krwi • albuminy, • amylaza trzustkowa, • białko całkowite, • bilirubina bezpośrednia, • bilirubina całkowita, • chlorki (CL), • cholesterol całkowity, • cholesterol HDL, • cholesterol LDL, • CRP – białko c-reaktywne, • dehydrogenaza mleczanowa (LDH), • fosfataza kwaśna, • fosfataza kwaśna sterczowa, • fosfataza zasadowa (alkaliczna/AP), • gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP), • glukoza, • glukoza – test obciążenia / krzywa za 1 pkt, • glukoza – test obciążenia / krzywa za 3 pkt, • hemoglobina glikowana (HbA1C), • kinaza kreatynowa (CK), • kreatynina, • kwas moczowy, • lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG), • mocznik (azot mocznikowy), • potas (K), • proteinogram, USŁUGA MEDYCZNA	bezpłatnie, bez limitu LIMIT

• sód (Na), • transaminaza alaninowa (GPT/ALT/ALAT), • transaminaza asparaginowa (GOT/AST/ASPAT), • trójglicerydy, • wapń (Ca) całkowity, • żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC), • żelazo (Fe),	bezpłatnie, bez limitu
• PSA całkowite / Total PSA, • ferrytyna, • transferyna.	15% zniżki
Badania serologiczne	
• czynnik reumatoidalny (RF), • oznaczenie grupy krwi układu ABO, antygeny D z układu Rh z oceną hemolizyn,	bezpłatnie, bez limitu
• immunoglobulina E (IgE) całkowita, • przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (ATPO), • przeciwciała przeciw tyreoglobulinie (ATG).	15% zniżki
Diagnostyka zakażeń	
• antybiogram (dotyczy tylko posiewów z zakresu usług medycznych), • paciorkowce grupy A – antystreptolizyna O (ASO), • kiła – test RPR, • kiła – test USR, • kiła – test VDRL, • posiew kału ogólny, • posiew kału w kierunku bakterii Salmonella, Shigella, • posiew moczu, • posiew wymazu z gardła, • posiew wymazu z rany, • wirus zapalenia wątroby typu B – antygen HBs, • wirus zapalenia wątroby typu B – przeciwciała przeciw HBs,	bezpłatnie, bez limitu
• Toxoplasma gondii – przeciwciała IgG, • Toxoplasma gondii – przeciwciała IgM, • wirus Epsitein–Barr (wirus mononukleozy) – przeciwciała IgM, • wirus HIV – przeciwciała HIV 1, • wirus HIV – przeciwciała HIV 2, • wirus HIV – przeciwciała HIV 1 / HIV 2, • wirus różyczki – przeciwciała IgG, • wirus różyczki – przeciwciała IgM, • wirus zapalenia wątroby typu B – antygen HBe, • wirus zapalenia wątroby typu B – przeciwciała przeciw HBe, • wirus zapalenia wątroby typu C – przeciwciała przeciw HCV.	15% zniżki
Badania hormonalne	
• hormon tyreotropowy (TSH),	bezpłatnie, bez limitu
• aldosteron, • dehydroepiandrosteronu siarczan DHEA-S, • estradiol, • hormon adrenokortykotropowy (ACTH), • hormon folikulotropowy (FSH), • hormon luteinizujący (LH), • kortyzol, • osteokalcyna, • parathormon (PTH), • parathormon intact (iPTH), • progesteron, • prolaktyna (PRL), • T3 całkowite (Total T3), • T3 wolne (FT3), • T4 całkowite (Total T4),	15% zniżki
USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT

• T4 wolne (FT4), • testosteron.	15% zniżki	
Badania moczu		
• amylaza w moczu, • badanie ogólne moczu (profil), • białko w moczu, • glukoza w moczu, • kreatynina w moczu, • wapń (Ca) w moczu.	bezpłatnie, bez limitu	
Badania kału		
• kał – badanie ogólne, • kał – krew utajona, • kał – pasożyty, • kał – resztki pokarmowe.		
Badania inne		
• cytologia wymazu z szyjki macicy	15% zniżki	
• testy alergiczne skórne – panel mieszany (pediatryczny), • testy alergiczne skórne – panel pokarmowy, • testy alergiczne skórne – panel wziewny, • testy alergiczne skórne metodą nakłuć (1 pkt), • testy alergiczne skórne płatkowe (1 alergen).		
DIAGNOSTYKA RADIOLOGICZNA		
Badania radiologiczne są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.		
• RTG – czaszka – projekcja dowolna, • RTG – czaszka okolica czołowa – projekcja dowolna, • RTG – gruczoł ślinowy – projekcja dowolna, • RTG – jama brzuszna – zdjęcie przeglądowe, • RTG – języczek – projekcja dowolna, • RTG – klatka piersiowa – projekcja przednio-tylna, • RTG – klatka piersiowa – projekcja przednio-tylna i boczna, • RTG – kończyna dolna – projekcja dowolna, • RTG – kończyna górna – projekcja dowolna, • RTG – kostka (staw skokowy) – projekcja dowolna, • RTG – kość guziczna (ogonowa), • RTG – kręgosłup cały – badanie czynnościowe, • RTG – kręgosłup cały – projekcja boczna, • RTG – kręgosłup cały – projekcja boczna i przednio-tylna, • RTG – kręgosłup cały – inna projekcja, • RTG – kręgosłup cały – projekcja przednio-tylna, • RTG – kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy – badanie czynnościowe, • RTG – kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy – inna projekcja, • RTG – kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy – projekcja boczna, • RTG – kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy – projekcja przednio-tylna, • RTG – kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy – projekcja przednio-tylna i boczna, • RTG – kręgosłup piersiowy – inna projekcja, • RTG – kręgosłup piersiowy – projekcja boczna, • RTG – kręgosłup piersiowy – projekcja przednio-tylna, • RTG – kręgosłup piersiowy – projekcja przednio-tylna i boczna, • RTG – kręgosłup szyjny – badanie czynnościowe, • RTG – kręgosłup szyjny – inna projekcja, • RTG – kręgosłup szyjny – projekcja boczna, • RTG – kręgosłup szyjny – projekcja przednio-tylna, • RTG – kręgosłup szyjny – projekcja przednio-tylna i boczna, • RTG – krtań – projekcja dowolna, • RTG – łokieć – projekcja dowolna,	bezpłatnie, bez limitu	
USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT	

• RTG – łopatką – projekcja dowolna, • RTG – miednica – projekcja dowolna, • RTG – mostek – projekcja dowolna, • RTG – nadgarstek – inna projekcja, • RTG – nadgarstek – projekcja przednio-tylna, boczna i skośna, • RTG – nos – projekcja dowolna, • RTG – obojczyk – projekcja dowolna, • RTG – nosogardziel – projekcja dowolna, • RTG – obydwa stawy biodrowe – projekcja dowolna, • RTG – obydwa barki – projekcja osiowa, • RTG – obydwa nadgarstki – projekcja boczna i skośna, • RTG – obydwa nadgarstki – projekcja przednio-tylna, boczna i skośna, • RTG – obydwa ramiona – projekcja osiowa, • RTG – obydwa stawy krzyżowo-biodrowe – projekcja dowolna, • RTG – obydwie ręce – projekcja dowolna, • RTG – obydwie stopy – projekcja przednio-tylna, boczna i skośna, • RTG – oczodół – projekcja dowolna, • RTG – palce jednej ręki – projekcja przednio-tylna, boczna i skośna, • RTG – palce jednej stopy – projekcja przednio-tylna, boczna i skośna, • RTG – palce obydwu rąk – projekcja przednio-tylna, boczna i skośna, • RTG – palec ręki – projekcja dowolna, • RTG – palec stopy – projekcja dowolna, • RTG – pięta – inna projekcja, • RTG – pięta – projekcja osiowa, boczna i osiowa, • RTG – podudzie – projekcja dowolna, • RTG – przedramię – projekcja dowolna, • RTG – przewód nosowo-łzowy – projekcja dowolna, • RTG – ramiennie-łopatkowy (bark) – projekcja osiowa, • RTG – ramiennie-łopatkowy (bark) – projekcja przednio-tylna i osiowa, • RTG – ramiennie-łopatkowy (bark) – projekcja skośna, • RTG – ramię – inna projekcja, • RTG – ramię – projekcja osiowa, • RTG – ramię – projekcja przednio-tylna i osiowa, • RTG – ramię – projekcja skośna, • RTG – ręka – inna projekcja, • RTG – ręka – projekcja przednio-tylna i skośna, • RTG – ręka – projekcja przednio-tylna, boczna i skośna, • RTG – rzepka – projekcja osiowa, • RTG – rzepka – projekcja osiowa – 2 ustawienia, • RTG – rzepka – projekcja osiowa – 3 ustawienia, • RTG – staw biodrowy – inna projekcja, • RTG – staw biodrowy – projekcja osiowa, • RTG – staw kolanowy – projekcja dowolna, • RTG – staw kolanowy – projekcja tunelowa, • RTG – staw ramiennie-łopatkowy (bark) – inna projekcja, • RTG – stopa – inna projekcja, • RTG – stopa – projekcja przednio-tylna, boczna i skośna, • RTG – szczęką – projekcja dowolna, • RTG – tarczyca – projekcja dowolna, • RTG – tkanki miękkie klatki piersiowej, • RTG – udo – projekcja dowolna, • RTG – zatoki oboczne nosa – projekcja dowolna, • RTG – żebra – projekcja dowolna, • RTG – żuchwa – projekcja dowolna,	bezpłatnie, bez limitu
• RTG – jelito grube – wlew doodbytniczy, • RTG – obydwie piersi mammografia, • RTG – nerki, moczowody, pęcherz – urografia. USŁUGA MEDYCZNA	15% zniżki LIMIT

TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA I REZONANS MAGNETYCZNY

Tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.

Ubezpieczenie nie obejmuje kosztu kontrastu, a także angiorezonansu, angiotomografii, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, kolonoskopii TK wirtualnej, tomografii HR-CT, enterografii-MRI, HRT, OCT, SL-OCT.

Tomografia komputerowa (CT)

- tomografia komputerowa – cały kręgosłup,
- tomografia komputerowa – głowa,
- tomografia komputerowa – jama brzuszna,
- tomografia komputerowa – klatka piersiowa,
- tomografia komputerowa – kręgosłup lędźwiowy,
- tomografia komputerowa – kręgosłup piersiowy,
- tomografia komputerowa – kręgosłup szyjny,
- tomografia komputerowa – krtań,
- tomografia komputerowa – miednica,
- tomografia komputerowa – nadgarstek,
- tomografia komputerowa – oczodoły,
- tomografia komputerowa – podudzie,
- tomografia komputerowa – przedramię,
- tomografia komputerowa – przysadka mózgowa,
- tomografia komputerowa – ramię,
- tomografia komputerowa – ręka,
- tomografia komputerowa – staw biodrowy,
- tomografia komputerowa – staw kolanowy,
- tomografia komputerowa – staw łokciowy,
- tomografia komputerowa – staw ramiennie-łopatkowy (bark),
- tomografia komputerowa – staw skokowy,
- tomografia komputerowa – stawy inne,
- tomografia komputerowa – stopa,
- tomografia komputerowa – tkanki miękkie szyi,
- tomografia komputerowa – udo,
- tomografia komputerowa – układ moczowy (urografia CT),
- tomografia komputerowa – uszy i piramidy kości skroniowych,
- tomografia komputerowa – wieloodcinkowa,
- tomografia komputerowa – zatoki oboczne nosa.

15% niższe

Rezonans magnetyczny (MRI)

- rezonans magnetyczny – cały kręgosłup,
- rezonans magnetyczny – głowa,
- rezonans magnetyczny – jama brzuszna,
- rezonans magnetyczny – klatka piersiowa,
- rezonans magnetyczny – kręgosłup lędźwiowy,
- rezonans magnetyczny – kręgosłup piersiowy,
- rezonans magnetyczny – kręgosłup szyjny,
- rezonans magnetyczny – miednica,
- rezonans magnetyczny – nadgarstek,
- rezonans magnetyczny – oczodoły,
- rezonans magnetyczny – podudzie,
- rezonans magnetyczny – przedramię,
- rezonans magnetyczny – przysadka mózgowa,
- rezonans magnetyczny – ramię,
- rezonans magnetyczny – ręka,
- rezonans magnetyczny – stawów,
- rezonans magnetyczny – stawów krzyżowo-biodrowych (wysokopółowy),
- rezonans magnetyczny – stawu barkowego (wysokopółowy),
- rezonans magnetyczny – stawu kolanowego (wysokopółowy),
- rezonans magnetyczny – stawu łokciowego (wysokopółowy),
- rezonans magnetyczny – stawu skokowego (wysokopółowy),
- rezonans magnetyczny – stopa,
- rezonans magnetyczny – tkanki miękkie szyi,

USŁUGA MEDYCZNA

LIMIT

• rezonans magnetyczny – udo, • rezonans magnetyczny (urografia MRI) – układ moczowy, • rezonans magnetyczny – zatoki oboczne nosa.	15% zniżki
DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA	
Badania ultrasonograficzne są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego. Ubezpieczenie nie obejmuje badań USG 3D i 4D.	
• USG – drobne stawy i więzadła, • USG – ginekologiczne – badanie przez pochwę (transwaginalne), • USG – ginekologiczne – badanie przez powłoki brzuszne, • USG – ginekologiczne – badanie scriningowe, • USG – gruczoł krokowy – badanie przez odbytnicę (transrektalne), • USG – gruczoł krokowy – badanie przez powłoki brzuszne, • USG – jama brzuszna, • USG – krtań, • USG – miednica mała, • USG – nadgarstek, • USG – palec ręki, • USG – palec stopy, • USG – piersi, • USG – staw biodrowy (dorośli), • USG – staw kolanowy, • USG – staw łokciowy, • USG – staw ramienno-łopatkowy (bark), • USG – staw skokowy, • USG – stawy biodrowe (u dzieci), • USG – ścięgna, • USG – tarczycza, • USG – tkanki miękkie, • USG – układ moczowy, • USG – węzły chłonne,	bezpłatnie, bez limitu
• echokardiografia (ECHO) dorośli, • echokardiografia (ECHO) dzieci, • USG – naczynia jamy brzusznej – badanie metodą Dopplera, • USG – naczynia szyi – badanie metodą Dopplera, • USG – tętnice jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG – tętnice obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera, • USG – żyły i tętnice jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG – żyły i tętnice obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera, • USG – żyły jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG – żyły obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera.	15% zniżki
DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA Z BIOPSJĄ	
Badania ultrasonograficzne z biopsją są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.	
• biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG.	15% zniżki
DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA CIĄŻY	
USG ciąży jest wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego. Ubezpieczenie nie obejmuje badań USG w wersji 3D i 4D.	
• USG ciąży podstawowe w wersji 2D, • USG ciąży rozszerzone w wersji 2D – z oceną występowania wrodzonych wad płodu (tzw. genetyczne lub potówkowe).	bezpłatnie, bez limitu
USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT

DIAGNOSTYKA ENDOSKOPOWA

Badania endoskopowe (z pobraniem materiału i oceną histopatologiczną – w uzasadnionych medycznie przypadkach) są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.

Ubezpieczenie nie obejmuje kosztu znieczulenia ogólnego.

- gastroskopia,
- gastroskopia z testem ureazowym,
- gastroskopia z pobraniem wycinków do badań histopatologicznych,
- badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas gastroskopii,
- kolonoskopia,
- kolonoskopia z pobraniem wycinków do badań histopatologicznych (nie obejmuje polipektomii),
- badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas kolonoskopii,
- rektoskopia,
- rektoskopia z pobraniem wycinków do badań histopatologicznych (nie obejmuje polipektomii),
- badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas rektoskopii,
- sigmoidoskopia,
- sigmoidoskopia z pobraniem wycinków do badań histopatologicznych (nie obejmuje polipektomii),
- badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas sigmoidoskopii.

15% niżki

BADANIA CZYNNOŚCIOWE

Badania czynnościowe są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.

- EKG – badanie spoczynkowe bez opisu,
- EKG – badanie spoczynkowe z opisem,
- spirometria,

bezpłatnie,
bez limitu

- audiometria impedancyjna (tympnogram),
- audiometria tonalna,
- całodobowy pomiar ciśnienia tętniczego metoda Holtera,
- densytometria kości obu rąk,
- densytometria kości udowej,
- densytometria kręgosłupa,
- EEG – badanie całodobowe metodą Holtera,
- EEG w czuwaniu (z wyłączeniem EEG we śnie, EEG biofeedback, video EEG),
- EKG – całodobowa rejestracja metodą Holtera,
- EKG – badanie wysiłkowe,
- EMG – badanie przewodzenia we włóknach czuciowych jednego nerwu,
- EMG – badanie przewodzenia we włóknach ruchowych jednego nerwu + fala F,
- EMG – badanie ilościowe jednego mięśnia,
- EMG – elektrostymulacyjna próba męczliwości jednego mięśnia (próba miasteniczna),
- EMG – próba ischemiczna (tężyckowa).

15% niżki

SZCZEPIENIA OCHRONNE

Usługa obejmuje konsultację kwalifikującą do szczepienia, iniekcję oraz koszt szczepionki.

- Anatoksyna przeciwżółciowa (szczepionka przeciw żółci – Tetana),

bezpłatnie,
bez limitu

- Szczepienie przeciwko grypie.

bezpłatnie,
raz w każdym
12-miesięcznym
okresie między
rocznicami polisy

USŁUGA MEDYCZNA

LIMIT

OPIEKA STOMATOLOGICZNA – STOMATOLOGIA ZACHOWAWCZA

- Przegląd stomatologiczny,

bezpłatnie,
raz w każdym
12-miesięcznym
okresie między
rocznicami polisy

- ekstrakcja zęba mlecznego,
- instruktaż higieny jamy ustnej,
- lakierowanie zębów fluorem,
- lakowanie zębów,
- leczenie kanałowe – wypełnienie 1 kanału,
- leczenie kanałowe – wypełnienie 2 kanałów,
- leczenie kanałowe – wypełnienie 3 kanałów,
- leczenie kanałowe zęba – czasowe wypełnienie kanału,
- leczenie kanałowe zęba – dewitalizacja,
- leczenie kanałowe zęba – ekstirpcja miazgi,
- leczenie kanałowe zęba – opracowanie i udrożnienie kanału maszynowe,
- leczenie kanałowe zęba – opracowanie i udrożnienie kanału tradycyjne,
- leczenie kanałowe zęba – powtórne tzw. reendo,
- leczenie kanałowe zęba – usunięcie złamanego narzędzia z kanału,
- leczenie kanałowe zęba – wypełnienie 1 kanału – pod mikroskopem,
- leczenie kanałowe zęba – wypełnienie 2 kanałów – pod mikroskopem,
- leczenie kanałowe zęba – wypełnienie 3 kanałów – pod mikroskopem,
- leczenie kanałowe zęba – wypełnienie ostateczne korony zęba,
- leczenie zęba mlecznego (wypełnienie),
- leczenie zęba stałego – duże wypełnienie zęba (trzy powierzchnie),
- leczenie zęba stałego – małe wypełnienie zęba (jedna powierzchnia),
- leczenie zęba stałego – średnie wypełnienie zęba (dwie powierzchnie),
- leczenie zgorzeli,
- leczenie zmian śluzowej jamy ustnej,
- odbudowa zęba metoda bezpośrednia,
- opatrunek leczniczy – stomatologiczny,
- piaskowanie zębów (1 łuki),
- piaskowanie zębów (2 łuki),
- RTG – zębów – wewnątrzustne (nie obejmuje pantomogramu),
- scalling zębów nazębnych (1 łuk),
- scalling zębów nazębnych (2 łuki),
- trepanacja zęba,
- znieczulenie (nasiętkowe lub przewodowe),
- znieczulenie the wand.

20% zniżki

WIZYTY DOMOWE

Porady lekarskie internisty lub lekarza rodzinnego albo pediatry udzielane całodobowo w domu ubezpieczonego, konieczne z uwagi na stan zdrowia pacjenta, uniemożliwiający mu przybycie do placówki medycznej.

Wizyty domowe obejmują tylko przypadki nagłych zachorowań lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia.

Wizyta domowa ma na celu postawienie diagnozy i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się we wskazanych placówkach medycznych.

Usługa realizowana jest na terytorium określonym przez świadczeniodawcę (informacja dostępna na infolinii). Decyzja o konieczności realizacji wizyty domowej podejmowana jest na podstawie przeprowadzonego wywiadu.

bezpłatnie,
dwa razy w każdym
12-miesięcznym
okresie między
rocznicami polisy

USŁUGA MEDYCZNA

LIMIT

RECEPTA – BEZ WIZYTY U LEKARZA

Usługa umożliwiająca zamówienie i otrzymanie recept lekarskich niezbędnych do kontynuacji leczenia, bez osobistego kontaktu z lekarzem – jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w jego dokumentacji medycznej.

- Recepty są wystawiane tylko w tej placówce świadczeniodawcy, w której wcześniej wystawiono recepty na zamawiane leki.
- Recepty są wystawiane tylko w celu kontynuacji wcześniej rozpoczętego leczenia w sytuacji, gdy dokumentacja medyczna zawiera informację na temat rozpoznania, sposobu leczenia oraz wymaganych wizyt kontrolnych.
- Recepty na leki refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia są wystawiane przez placówkę Świadczeniodawcy po weryfikacji tych uprawnień w systemie informatycznym udostępnionym przez NFZ.
- Recepty są wydawane pacjentowi lub osobie przez niego upoważnionej do odbioru recept po okazaniu dowodu tożsamości osoby odbierającej recepty.

Zamówienie recept na leki odbywa się poprzez kontakt telefoniczny, elektroniczny lub osobisty z placówką, w której kontynuowany jest proces leczenia poprzez udostępniony przez daną placówkę sposób przyjmowania zamówienia. Odbiór recept odbywa się według zasad wskazywanych przez placówkę świadczeniodawcy.

Lekarz może odmówić wystawienia recept bez dokonania osobistego badania pacjenta, jeżeli jest to uzasadnione względami medycznymi lub wynika z powszechnie obowiązujących regulacji prawnych.

bezpłatnie,
bez limitu

Zniżki realizowane w stosunku do ceny usługi obowiązującej w placówce medycznej.

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE OPIEKA MEDYCZNA

Zakres usług medycznych ZDROWIE MEDIUM PLUS

JAK UMÓWIĆ SIĘ NA USŁUGĘ MEDYCZNĄ?

Na usługi medyczne umawiamy za pośrednictwem:



formularza umówienia wizyty na pzu.pl,



aplikacji mobilnej #mojePZU (po zalogowaniu otrzymasz dostęp do grafików przychodni i bezpośrednio umówisz dogodny termin konsultacji),



całodobowej infolinii pod nr 801 405 905 lub 22 566 56 66 (opłata zgodna z taryfą operatora),



SMS-a o treści WIZYTA na nr 4102*, (opłata zgodna z taryfą operatora),



czatu na pzu.pl.

KONSULTACJE LEKARSKIE

Konsultacje lekarskie realizujemy bez skierowania, w sytuacji wystąpienia choroby lub uszkodzenia ciała. Konsultacji udzielają lekarze specjaliści we wskazanych przez Świadczeniodawcę placówkach medycznych. Konsultacja lekarska odbywa się najpóźniej:

- w ciągu 2 dni roboczych od zgłoszenia – u lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (internisty, lekarza rodzinnego oraz pediatry);
- w ciągu 5 dni roboczych od zgłoszenia – u lekarzy pozostałych specjalizacji.

Zawsze możesz wskazać nam preferowaną placówkę medyczną, termin konsultacji lub lekarza, wówczas jednak termin konsultacji ustalimy dla Ciebie indywidualnie i może być on późniejszy niż standardy dostępności.

Konsultacje lekarskie obejmują wywiad, podstawowe czynności niezbędne do postawienia diagnozy podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej i monitorowania leczenia oraz poradę specjalisty.

Konsultacje lekarskie nie obejmują konsultacji lekarzy posiadających tytuł doktora habilitowanego lub profesora.

W przypadku, gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do ukończenia 15. roku życia, dostęp do konsultacji lekarskich, innych niż u lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, zależy od dostępności danego specjalisty dziecięcego w danej lokalizacji.

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
KONSULTACJE LEKARSKIE Z ZAKRESU	
• chorób wewnętrznych (interny), • medycyny rodzinnej (lekarz rodzinny), • pediatrii,	bezpłatnie, bez limitu
• alergologii, • anestezjologii i intensywnej terapii, • audiologii i foniatrii, • chirurgii ogólnej, • chirurgii onkologicznej,	

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
• dermatologii i wenerologii, • diabetologii, • endokrynologii, • gastroenterologii, • ginekologii i położnictwa, • hematologii, • hepatologii, • kardiologii, • chorób zakaźnych, • nefrologii, • neurochirurgii, • neurologii, • okulistyki, • onkologii klinicznej, • ortopedii i traumatologii narządu ruchu, • otolaryngologii, • chorób płuc (pulmonologii), • reumatologii, • urologii, • radiologii i diagnostyki obrazowej,	bezpłatnie, bez limitu
• konsultacje lekarskie z zakresu psychiatrii.	bezpłatnie, 4 razy w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy

ZABIEGI AMBULATORYJNE

Zabiegi wykonywane przez lekarza (w ramach konsultacji lekarskiej) lub przez pielęgniarkę, jeśli istnieje wskazanie medyczne i możliwość ich wykonania w warunkach ambulatoryjnych w danej placówce medycznej (bez szkody dla pacjenta).

Zabiegi pielęgniarские

- iniekcja domięśniowa (bez kosztu produktu leczniczego),
- iniekcja dożylna (bez kosztu produktu leczniczego),
- iniekcja podskórna (bez kosztu produktu leczniczego),
- pobranie krwi,
- podłączenie wlewu kroplowego (bez kosztu produktu leczniczego),
- pomiar ciśnienia tętniczego krwi,
- pomiar wzrostu i wagi ciała.

Zabiegi pielęgniarские

- założenie cewnika do pęcherza moczowego (bez kosztu cewnika),
- pobranie materiału do badania mikrobiologicznego,
- usunięcie kleszcza.

Zabiegi alergologiczne

- odczulanie (bez kosztu produktów leczniczych stosowanych do odczulania).

Zabiegi chirurgiczne

- leczenie wrośniętego paznokcia,
- nacięcie i drenaż krwiaka,
- nacięcie i drenaż ropnia,
- szycie rany do 3 cm,
- szycie rany powyżej 3 cm,
- założenie prostego opatrunku,
- zaopatrzenie drobnej rany,
- zdjęcie szwów,
- zmiana prostego opatrunku.

Zabiegi ginekologiczne

- pobranie materiału do badania cytologicznego,
- pobranie materiału do badania mikrobiologicznego,

bezpłatnie,
bez limitu

USŁUGA MEDYCZNA		LIMIT
Zabiegi okulistyczne • badanie dna oka, • badanie ostrości widzenia, • badanie pola widzenia, • dobór szkieł korekcyjnych, • pomiar ciśnienia śródgałkowego, • usunięcie ciała obcego z oka.		bezpłatnie, bez limitu
Zabiegi ortopedyczne • zaopatrzenie skręcenia (bez kosztu stabilizatora, bez kosztu gipsu), • zaopatrzenie zwichnięcia (bez kosztu stabilizatora, bez kosztu gipsu).		
Zabiegi otolaryngologiczne • płukanie ucha, • postępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa, • przedmuchiwanie trąbki słuchowej, • usunięcie ciała obcego z gardła, • usunięcie ciała obcego z nosa, • usunięcie ciała obcego z ucha, • założenie opatrunku usznego z lekiem.		
Zabiegi urologiczne • założenie cewnika do pęcherza moczowego (bez kosztu cewnika).		
DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA		
Badania laboratoryjne są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.		
Badania morfologii krwi i układu krzepnięcia • czas kaolinowo-kefalinowy / czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT), • czas protrombinowy (PT) /współczynnik czasu protrombinowego (INR), • fibrynogen, • hematokryt, • hemoglobina, • leukocyty, • morfologia krwi bez rozmazu, • morfologia krwi + płytki + rozmaz automatyczny, • morfologia krwi + płytki + rozmaz ręczny, • odczyn opadania krwinek czerwonych (OB), • płytki krwi, • retikulocyty.		bezpłatnie, bez limitu
Badania biochemiczne krwi • albuminy, • amylaza trzustkowa, • PSA całkowite / Total PSA, • białko całkowite, • białko c-reaktywne (CRP), • bilirubina całkowita, • bilirubina bezpośrednia, • bilirubina pośrednia, • ceruloplazmina, • chlorki (CL), • cholesterol całkowity, • cholesterol HDL, • cholesterol LDL, • dehydrogenaza mleczanowa (LDH), • ferrytyna, • fosfataza kwaśna, • fosfataza kwaśna sterczowa, • fosfataza zasadowa (alkaliczna/AP),		

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
• fosfor, • gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP), • glukoza, • glukoza – test obciążenia / krzywa za 1 pkt, • glukoza – test obciążenia / krzywa za 3 pkt, • hemoglobina glikowana (HBA1C), • kinaza kreatynowa (CK), • kreatynina, • kwas moczowy, • lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG), • mocznik (azot mocznikowy), • potas (K), • proteinogram, • sód (Na), • transaminaza alaninowa (GPT/ALT/ALAT), • transaminaza asparaginowa (GOT/AST/ASPAT), • transferyna, • trójglicerydy, • wapń (Ca) całkowity, • witamina B12, • żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC), • żelazo (Fe).	
Badania serologiczne • badanie przeglądowe na obecność przeciwciał, bez identyfikacji i oznaczenia miana, • czynnik reumatoidalny (RF), • immunoglobulina E (IgE) całkowita, • odczyn Coombsa bezpośredni (bezpośredni test antyglobulinowy, BTA), • oznaczenie grupy krwi układu ABO, antygeny D z układu Rh z oceną hemolizyn, • przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (ATPO), • przeciwciała przeciw tyreoglobulinie (ATG), • przeciwciała przeciwdrobnoustrojowe ANA.	bezpłatnie, bez limitu
Diagnostyka zakażeń • antybiogram (dotyczy tylko posiewów z zakresu usług medycznych), • Chlamydia trachomatis – przeciwciała IgA, • Chlamydia trachomatis – przeciwciała IgG, • Chlamydia trachomatis – przeciwciała IgM, • Helicobacter pylori – przeciwciała IgG, • kiła – test RPR, • kiła – test USR, • kiła – test VDRL, • paciorkowce grupy A – antystreptolizyna O (ASO), • posiew kału ogólny, • posiew kału w kierunku bakterii Salmonella, Shigella, • posiew moczu, • posiew nasienia, • posiew płwociny, • posiew wymazu z gardła, • posiew wymazu z odbytu ogólny, • posiew wymazu z rany, • Toxoplasma gondii – przeciwciała IgG, • Toxoplasma gondii – przeciwciała IgM, • wirus Epstein-Barr (wirus mononukleozy) – przeciwciała IgM, • wirus HIV – przeciwciała HIV 1, • wirus HIV – przeciwciała HIV 2, • wirus HIV – przeciwciała HIV1 / HIV 2, • wirus różyczki – przeciwciała IgG, • wirus różyczki – przeciwciała IgM, • wirus zapalenia wątroby typu B – antygen HBe, • wirus zapalenia wątroby typu B – antygen HBs, • wirus zapalenia wątroby typu B – przeciwciała przeciw HBe,	

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
- wirus zapalenia wątroby typu B – przeciwciała przeciw HBs, - wirus zapalenia wątroby typu C – przeciwciała przeciw HCV.	
Badania hormonalne	
- aldosteron, - estradiol, - hormon adrenokortykotropowy (ACTH), - hormon folikulotropowy (FSH), - hormon luteinizujący (LH), - hormon tyreotropowy (TSH), - kortyzol, - osteokalcyna, - parathormon (PTH), - parathormon intact (iPTH), - progesteron, - prolaktyna (PRL), - prolaktyna (PRL) po metoclopramidzie, - siarczan dehydroepiandrosteronu (DHEA-S), - T3 całkowite (Total T3), - T3 wolne (FT3), - T4 całkowite (Total T4), - T4 wolne (FT4), - testosteron.	bezpłatnie, bez limitu
Badania moczu	
- amylaza w moczu, - badanie ogólne moczu (profil), - białko w moczu, - kreatynina w moczu, - wapń (Ca) w moczu.	
Badania kału	
- kał – badanie ogólne, - kał – krew utajona, - kał – lamblie, badanie metodą ELISA, - kał – pasożyty, - kał – resztki pokarmowe.	
Badania inne	
- cytologia wymazu z szyjki macicy (nie obejmuje cytologii na podłożu płynnym), - testy alergiczne skórne – panel mieszany pediatryczny, - testy alergiczne skórne – panel pokarmowy, - testy alergiczne skórne – panel wziewny, - testy alergiczne skórne metodą nakłuć (1 pkt), - testy alergiczne skórne płatkowe (1 alergen).	
DIAGNOSTYKA RADIOLOGICZNA	
Badania radiologiczne są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.	
- RTG – czaszka – projekcja dowolna, - RTG – czaszka okolica czołowa – projekcja dowolna, - RTG – gruczoł ślinowy – projekcja dowolna, - RTG – jama brzuszna – zdjęcie przeglądowe, - RTG – języczek – projekcja dowolna, - RTG – klatka piersiowa – projekcja przednio-tylna, - RTG – klatka piersiowa – projekcja przednio-tylna i boczna, - RTG – kończyna dolna – projekcja dowolna, - RTG – kończyna górna – projekcja dowolna, - RTG – kostka (staw skokowy) – projekcja dowolna, - RTG – kość guziczna (ogonowa), - RTG – kręgosłup cały – badanie czynnościowe,	bezpłatnie, bez limitu

- RTG – kregostup cały – projekcja boczna,
- RTG – kregostup cały – projekcja boczna i przednio-tylna,
- RTG – kregostup cały – inna projekcja
- RTG – kregostup cały – projekcja przednio-tylna,
- RTG – kregostup lędźwiowo-krzyżowy – badanie czynnościowe,
- RTG – kregostup lędźwiowo-krzyżowy – inna projekcja,
- RTG – kregostup lędźwiowo-krzyżowy – projekcja boczna,
- RTG – kregostup lędźwiowo-krzyżowy – projekcja przednio-tylna,
- RTG – kregostup lędźwiowo-krzyżowy – projekcja przednio-tylna i boczna,
- RTG – kregostup piersiowy – inna projekcja,
- RTG – kregostup piersiowy – projekcja boczna,
- RTG – kregostup piersiowy – projekcja przednio-tylna,
- RTG – kregostup piersiowy – projekcja przednio-tylna i boczna,
- RTG – kregostup szyjny – badanie czynnościowe,
- RTG – kregostup szyjny – inna projekcja,
- RTG – kregostup szyjny – projekcja boczna,
- RTG – kregostup szyjny – projekcja przednio-tylna,
- RTG – kregostup szyjny – projekcja przednio-tylna i boczna,
- RTG – krtań – projekcja dowolna,
- RTG – łokieć – projekcja dowolna,
- RTG – łopatką – projekcja dowolna,
- RTG – miednica – projekcja dowolna,
- RTG – mostek – projekcja dowolna,
- RTG – nadgarstek – inna projekcja,
- RTG – nadgarstek – projekcja przednio-tylna, boczna i skośna,
- RTG – nos – projekcja dowolna,
- RTG – obojczyk – projekcja dowolna,
- RTG – nosogardziel – projekcja dowolna,
- RTG – obydwa stawy biodrowe – projekcja dowolna,
- RTG – obydwa barki – projekcja osiowa,
- RTG – obydwa nadgarstki – projekcja boczna i skośna,
- RTG – obydwa nadgarstki – projekcja przednio-tylna, boczna i skośna,
- RTG – obydwa ramiona – projekcja osiowa,
- RTG – obydwa stawy krzyżowo-biodrowe – projekcja dowolna,
- RTG – obydwie ręce – projekcja dowolna,
- RTG – obydwie stopy – projekcja przednio-tylna, boczna i skośna,
- RTG – oczodół – projekcja dowolna,
- RTG – palce jednej ręki – projekcja przednio-tylna, boczna i skośna,
- RTG – palce jednej stopy – projekcja przednio-tylna, boczna i skośna,
- RTG – palce obydwu rąk – projekcja przednio-tylna, boczna i skośna,
- RTG – palec ręki – projekcja dowolna,
- RTG – palec stopy – projekcja dowolna,
- RTG – pięta – inna projekcja,
- RTG – pięta – projekcja osiowa, boczna i osiowa,
- RTG – podudzie – projekcja dowolna,
- RTG – przedramię – projekcja dowolna,
- RTG – przewód nosowo-łzowy – projekcja dowolna,
- RTG – ramiennie-łopatkowy (bark) – projekcja osiowa,
- RTG – ramiennie-łopatkowy (bark) – projekcja przednio-tylna i osiowa,
- RTG – ramiennie-łopatkowy (bark) – projekcja skośna,
- RTG – ramię – inna projekcja,
- RTG – ramię – projekcja osiowa,
- RTG – ramię – projekcja przednio-tylna i osiowa,
- RTG – ramię – projekcja skośna,
- RTG – ręka – inna projekcja,
- RTG – ręka – projekcja przednio-tylna i skośna,
- RTG – ręka – projekcja przednio-tylna, boczna i skośna,
- RTG – rzepka – projekcja osiowa,
- RTG – rzepka – projekcja osiowa – 2 ustawienia,
- RTG – rzepka – projekcja osiowa – 3 ustawienia,
- RTG – staw biodrowy – inna projekcja,
- RTG – staw biodrowy – projekcja osiowa,
- RTG – staw kolanowy – projekcja dowolna,
- RTG – staw kolanowy – projekcja tunelowa,

bezpłatnie,
bez limitu

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
• RTG – staw ramiennie–łopatkowy (bark) – inna projekcja, • RTG – stopa – inna projekcja, • RTG – stopa – projekcja przednio-tylna, boczna i skośna, • RTG – szczeka – projekcja dowolna, • RTG – tarczyca – projekcja dowolna, • RTG – tkanki miękkie klatki piersiowej, • RTG – udo – projekcja dowolna, • RTG – zatoki oboczne nosa – projekcja dowolna, • RTG – żebra – projekcja dowolna, • RTG – żuchwa – projekcja dowolna, • RTG – jelito grube – wlew doodbytniczy, • RTG – obydwie piersi mammografia, • RTG – nerki, moczowody, pęcherz – urografia.	bezpłatnie, bez limitu

TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA I REZONANS MAGNETYCZNY

Tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.

Ubezpieczenie nie obejmuje kosztu kontrastu, a także angiorezonansu, angiotomografii, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, kolonoskopii TK wirtualnej, tomografii HR-CT, enterografii-MRI, HRT, OCT, SL-OCT.

Tomografia komputerowa (CT)

- tomografia komputerowa – cały kręgosłup,
- tomografia komputerowa – głowa,
- tomografia komputerowa – jama brzuszna,
- tomografia komputerowa – klatka piersiowa,
- tomografia komputerowa – kręgosłup lędźwiowy,
- tomografia komputerowa – kręgosłup piersiowy,
- tomografia komputerowa – kręgosłup szyjny,
- tomografia komputerowa – krtań,
- tomografia komputerowa – miednica,
- tomografia komputerowa – nadgarstek,
- tomografia komputerowa – oczodoły,
- tomografia komputerowa – podudzie,
- tomografia komputerowa – przedramię,
- tomografia komputerowa – przysadka mózgowa,
- tomografia komputerowa – ramię,
- tomografia komputerowa – ręka,
- tomografia komputerowa – staw biodrowy,
- tomografia komputerowa – staw kolanowy,
- tomografia komputerowa – staw łokciowy,
- tomografia komputerowa – staw ramiennie–łopatkowy (bark),
- tomografia komputerowa – staw skokowy,
- tomografia komputerowa – stawy inne,
- tomografia komputerowa – stopa,
- tomografia komputerowa – tkanki miękkie szyi,
- tomografia komputerowa – udo,
- tomografia komputerowa – układ moczowy (urografia CT),
- tomografia komputerowa – uszy i piramidy kości skroniowych,
- tomografia komputerowa – wieloodcinkowa,
- tomografia komputerowa – zatoki oboczne nosa.

bezpłatnie,
bez limitu

Rezonans magnetyczny (MRI)

- rezonans magnetyczny – cały kręgosłup,
- rezonans magnetyczny – głowa,
- rezonans magnetyczny – jama brzuszna,
- rezonans magnetyczny – klatka piersiowa,
- rezonans magnetyczny – kręgosłup lędźwiowy,
- rezonans magnetyczny – kręgosłup piersiowy,
- rezonans magnetyczny – kręgosłup szyjny,
- rezonans magnetyczny – miednica,
- rezonans magnetyczny – nadgarstek,
- rezonans magnetyczny – oczodoły,

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
• rezonans magnetyczny – podudzie, • rezonans magnetyczny – przedramię, • rezonans magnetyczny – przysadka mózgowa, • rezonans magnetyczny – ramię, • rezonans magnetyczny – ręką, • rezonans magnetyczny – stawów, • rezonans magnetyczny – stawów krzyżowo-biodrowych (wysokopoolowy), • rezonans magnetyczny – stawu barkowego (wysokopoolowy), • rezonans magnetyczny – stawu kolanowego (wysokopoolowy), • rezonans magnetyczny – stawu łokciowego (wysokopoolowy), • rezonans magnetyczny – stawu skokowego (wysokopoolowy), • rezonans magnetyczny – stopa, • rezonans magnetyczny – tkanki miękkie szyi, • rezonans magnetyczny – udo, • rezonans magnetyczny (urografia MRI) – układ moczowy, • rezonans magnetyczny – zatoki oboczne nosa.	bezpłatnie, bez limitu

DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA

Realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania w placówkach Badania ultrasonograficzne są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.

Ubezpieczenie nie obejmuje badań USG 3D i USG 4D.

- echokardiografia (ECHO) dorośli,
- echokardiografia (ECHO) dzieci,
- USG – drobne stawy i więzadła,
- USG – ginekologiczne – badanie przez pochwę (transwaginalne),
- USG – ginekologiczne – badanie przez powłoki brzuszne,
- USG – ginekologiczne – badanie scriningowe,
- USG – gruczoł krokowy – badanie przez odbytnicę (transrektalne),
- USG – gruczoł krokowy – badanie przez powłoki brzuszne,
- USG – jama brzuszna,
- USG – krtani,
- USG – miednica mała,
- USG – mięśnie,
- USG – naczynia jamy brzusznej – badanie metodą Dopplera,
- USG – naczynia szyi – badanie metodą Dopplera,
- USG – nadgarstek,
- USG – palec ręki,
- USG – palec stopy,
- USG – piersi,
- USG – staw barkowy,
- USG – staw biodrowy (dorośli),
- USG – staw łokciowy,
- USG – staw skokowy,
- USG – stawy biodrowe (u dzieci),
- USG – ścięgna,
- USG – tarczycy,
- USG – tętnice jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera,
- USG – tętnice obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera,
- USG – tkanki miękkie,
- USG – układ moczowy,
- USG – węzły chłonne,
- USG – żyły i tętnice jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera,
- USG – żyły i tętnice obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera,
- USG – żyły jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera,
- USG – żyły obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera.

bezpłatnie,
bez limitu

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA Z BIOPSJĄ	
Badania ultrasonograficzne z biopsją są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.	
• biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG.	
DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA CIĄŻY	
USG ciąży jest wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego. Ubezpieczenie nie obejmuje badań USG w wersji 3D i 4D.	
• USG ciąży podstawowe w wersji 2D, • USG ciąży rozszerzone w wersji 2D – z oceną występowania wrodzonych wad płodu (tzw. genetyczne lub połówkowe).	bezpłatnie, bez limitu
DIAGNOSTYKA ENDOSKOPOWA	
Badania endoskopowe (z pobraniem materiału i oceną histopatologiczną – w uzasadnionych medycznie przypadkach) są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.	
Ubezpieczenie nie obejmuje kosztu znieczulenia ogólnego.	
• gastroskopia, • gastroskopia z testem ureazowym, • gastroskopia z pobraniem wycinków do badań histopatologicznych, • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas gastroskopii, • kolonoskopia, • kolonoskopia z pobraniem wycinków do badań histopatologicznych (nie obejmuje polipektomii), • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas kolonoskopii, • rektoskopia, • rektoskopia z pobraniem wycinków do badań histopatologicznych (nie obejmuje polipektomii), • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas rektoskopii, • sigmoidoskopia, • sigmoidoskopia z pobraniem wycinków do badań histopatologicznych (nie obejmuje polipektomii), • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas sigmoidoskopii.	bezpłatnie, bez limitu
BADANIA CZYNNOŚCIOWE	
Badania czynnościowe są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.	
• audiometria impedancyjna (tympanogram), • audiometria tonalna, • całodobowy pomiar ciśnienia tętniczego metoda Holtera, • densytometria kości obu rąk, • densytometria kości udowej, • densytometria kręgosłupa, • EEG w czuwaniu (z wyłączeniem EEG we śnie, EEG biofeedback, video EEG), • EKG – badanie spoczynkowe bez opisu, • EKG – badanie spoczynkowe z opisem, • EKG – badanie wysiłkowe, • EKG – całodobowa rejestracja metodą Holtera, • EMG – badanie ilościowe jednego mięśnia, • EMG – badanie przewodzenia we włóknach czuciowych jednego nerwu, • EMG – badanie przewodzenia we włóknach ruchowych jednego nerwu + fala F, • EMG – elektrostymulacyjna próba męczliwości jednego mięśnia (próba miasteniczna), • EMG – próba ischemiczna (tężyckowa), • spirometria.	bezpłatnie, bez limitu

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
SZCZEPIENIA OCHRONNE	
Usługa obejmuje konsultację kwalifikującą do szczepienia, iniekcję oraz koszt szczepionki.	
• anatoksyna przeciwężcowa (szczepionka przeciw tężcowi – Tetana),	bezpłatnie, bez limitu
• szczepienie przeciw grypie.	bezpłatnie, raz w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
OPIEKA STOMATOLOGICZNA – STOMATOLOGIA ZACHOWAWCZA	
• przegląd stomatologiczny,	bezpłatnie, raz w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
• ekstrakcja zęba mlecznego, • instruktaż higieny jamy ustnej, • lakierowanie zębów fluorem, • lakowanie zębów, • leczenie kanałowe zęba – wypełnienie 1 kanału, • leczenie kanałowe zęba – wypełnienie 2 kanałów, • leczenie kanałowe zęba – wypełnienie 3 kanałów, • leczenie kanałowe zęba – czasowe wypełnienie 1 kanału, • leczenie kanałowe zęba – czasowe wypełnienie 2 kanałów, • leczenie kanałowe zęba – czasowe wypełnienie 3 kanałów leczenie kanałowe zęba – dewitalizacja, • leczenie kanałowe zęba – ekstirpacja miazgi, • leczenie kanałowe zęba – opracowanie i udrożnienie kanału maszynowe, • leczenie kanałowe zęba – opracowanie i udrożnienie kanału tradycyjne, • leczenie kanałowe zęba – powtórne tzw. reendo, • leczenie kanałowe zęba – usunięcie złamanego narzędzia z kanału, • leczenie kanałowe zęba – wypełnienie 1 kanału – pod mikroskopem, • leczenie kanałowe zęba – wypełnienie 2 kanałów – pod mikroskopem, • leczenie kanałowe zęba – wypełnienie 3 kanałów – pod mikroskopem, • leczenie kanałowe zęba – wypełnienie ostateczne korony zęba, • leczenie zęba mlecznego – wypełnienie, • leczenie zęba stałego – małe wypełnienie (jedna powierzchnia), • leczenie zęba stałego – średnie wypełnienie (dwie powierzchnie), • leczenie zęba stałego – duże wypełnienie (trzy powierzchnie), • leczenie zgorzeli zęba, • leczenie zmian błony śluzowej jamy ustnej, • odbudowa zęba metodą bezpośrednią, • opatrunek leczniczy – stomatologiczny, • piaskowanie zębów – 1 tuk, • piaskowanie zębów – 1 tuk, • piaskowanie zębów – 2 tuki, • RTG zębów – wewnątrzustne (nie obejmuje pantomogramu), • scalling złogów nazębnych – 1 tuk, • scalling złogów nazębnych – 2 tuki, • trepanacja zęba, • znieczulenie nasiękowe, • znieczulenie przewodowe, • znieczulenie „The wand”.	20% zniżki

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
WIZYTY DOMOWE Porady lekarskie internisty lub lekarza rodzinnego albo pediatry udzielane całodobowo w domu ubezpieczonego, konieczne z uwagi na stan zdrowia pacjenta, uniemożliwiający mu przybycie do placówki medycznej. Wizyty domowe obejmują tylko przypadki nagłych zachorowań lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia. Wizyta domowa ma na celu postawienie diagnozy i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się we wskazanych placówkach medycznych. Usługa realizowana jest na terytorium określonym przez świadczeniodawcę (informacja dostępna na infolinii). Decyzja o konieczności realizacji wizyty domowej podejmowana jest na podstawie przeprowadzonego wywiadu.	bezpłatnie, 4 razy w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
RECEPTA – BEZ WIZYTY U LEKARZA Usługa umożliwiająca zamówienie i otrzymanie recept lekarskich niezbędnych do kontynuacji leczenia, bez osobistego kontaktu z lekarzem – jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w jego dokumentacji medycznej. • Recepty są wystawiane tylko w tej placówce świadczeniodawcy, w której wcześniej wystawiono recepty na zamawiane leki. • Recepty są wystawiane tylko w celu kontynuacji wcześniej rozpoczętego leczenia w sytuacji, gdy dokumentacja medyczna zawiera informację na temat rozpoznania, sposobu leczenia oraz wymaganych wizyt kontrolnych. • Recepty na leki refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia są wystawiane przez placówkę świadczeniodawcy po weryfikacji tych uprawnień w systemie informatycznym udostępnionym przez NFZ. • Recepty są wydawane pacjentowi lub osobie przez niego upoważnionej do odbioru recept po okazaniu dowodu tożsamości osoby odbierającej recepty. Zamówienie recept na leki odbywa się poprzez kontakt telefoniczny, elektroniczny lub osobisty z placówką, w której kontynuowany jest proces leczenia poprzez udostępniony przez daną placówkę sposób przyjmowania zamówienia. Odbiór recept odbywa się według zasad wskazywanych przez placówkę świadczeniodawcy. Lekarz może odmówić wystawienia recept bez dokonania osobistego badania pacjenta, jeżeli jest to uzasadnione względami medycznymi lub wynika z powszechnie obowiązujących regulacji prawnych.	bezpłatnie, bez limitu

Zniżki realizowane w stosunku do ceny usługi obowiązującej w placówce medycznej.

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE OPIEKA MEDYCZNA

Zakres usług medycznych ZDROWIE PREMIUM

JAK UMÓWIĆ SIĘ NA USŁUGĘ MEDYCZNĄ?

Na usługi medyczne umawiamy za pośrednictwem:



formularza umówienia wizyty na pzu.pl,



aplikacji mobilnej #mojePZU (po zalogowaniu otrzymasz dostęp do grafików przychodni i bezpośrednio umówisz dogodny termin konsultacji),



całodobowej infolinii pod nr 801 405 905 lub 22 566 56 66 (opłata zgodna z taryfą operatora),



SMS-a o treści WIZYTA na nr 4102 (opłata zgodna z taryfą operatora),



czatu na pzu.pl.

KONSULTACJE LEKARSKIE

Konsultacje lekarskie realizujemy bez skierowania, w sytuacji wystąpienia choroby lub uszkodzenia ciała. Konsultacji udzielają lekarze specjaliści we wskazanych przez Świadczeniodawcę placówkach medycznych. Konsultacja lekarska odbywa się najpóźniej:

- w ciągu 2 dni roboczych od zgłoszenia – u lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (internisty, lekarza rodzinnego oraz pediatry);
- w ciągu 5 dni roboczych od zgłoszenia – u lekarzy pozostałych specjalizacji.

Zawsze możesz wskazać nam preferowaną placówkę medyczną, termin konsultacji lub lekarza, wówczas jednak termin konsultacji ustalimy dla Ciebie indywidualnie i może być on późniejszy niż standardy dostępności.

Konsultacje lekarskie obejmują wywiad, poradę specjalisty oraz podstawowe czynności niezbędne do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia.

Konsultacje lekarskie nie obejmują konsultacji lekarzy posiadających tytuł doktora habilitowanego lub profesora.

W przypadku, gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do ukończenia 15. roku życia, dostęp do konsultacji lekarskich, innych niż u lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, zależy od dostępności danego specjalisty dziecięcego w danej lokalizacji.

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
KONSULTACJE LEKARSKIE Z ZAKRESU	
• chorób wewnętrznych (interny), • medycyny rodzinnej (lekarz rodzinny), • pediatrii,	bezpłatnie, bez limitu
• alergologii, • anestezjologii i intensywnej terapii, • audiologii i foniatrii, • chirurgii ogólnej, • chirurgii naczyniowej,	

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
• chirurgii onkologicznej, • dermatologii i wenerologii, • diabetologii, • endokrynologii, • gastroenterologii, • ginekologii i położnictwa, • hematologii, • hepatologii, • kardiologii, • chorób zakaźnych, • rehabilitacji, • nefrologii, • neurochirurgii, • neurologii, • okulistyki, • onkologii klinicznej, • ortopedii i traumatologii narządu ruchu, • otolaryngologii, • proktologii, • chorób płuc (pulmonologii), • reumatologii, • urologii, • radiologii i diagnostyki obrazowej.	bezpłatnie, bez limitu
• konsultacje lekarskie z zakresu psychiatrii, • konsultacje psychologa.	bezpłatnie, 4 razy w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy

ZABIEGI AMBULATORYJNE

Zabiegi wykonywane przez lekarza (w ramach konsultacji lekarskiej) lub przez pielęgniarkę, jeśli istnieje wskazanie medyczne i możliwość ich wykonania w warunkach ambulatoryjnych w danej placówce medycznej (bez szkody dla pacjenta).

Zabiegi pielęgniarские

- iniekcja domięśniowa (bez kosztu produktu leczniczego),
- iniekcja dożylna (bez kosztu produktu leczniczego),
- iniekcja podskórna (bez kosztu produktu leczniczego),
- pobranie krwi,
- podłączenie wlewu kroplowego (bez produktu leczniczego),
- pomiar ciśnienia tętniczego krwi,
- pomiar wzrostu i wagi ciała.

Zabiegi ogólnolekarskie

- pobranie materiału do badania mikrobiologicznego,
- usunięcie kleszcza,
- założenie cewnika do pęcherza moczowego (bez kosztu cewnika).

Zabiegi alergologiczne

- odczulanie (bez kosztu produktów leczniczych stosowanych do odczulania).

Zabiegi chirurgiczne

- leczenie wrośniętego paznokcia,
- nacięcie i drenaż krwaka,
- nacięcie i drenaż ropnia,
- szycie rany do 3 cm,
- szycie rany powyżej 3 cm,
- założenie prostego opatrunku,
- zaopatrzenie drobnej rany,
- zdjęcie szwów,
- zmiana prostego opatrunku.

bezpłatnie,
bez limitu

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
Zabiegi ginekologiczne • pobranie materiału do badania cytologicznego, • pobranie materiału do badania mikrobiologicznego.	bezpłatnie, bez limitu
Zabiegi okulistyczne • badanie dna oka, • badanie ostrości widzenia, • badanie pola widzenia, • dobór szkieł korekcyjnych, • pomiar ciśnienia śródgałkowego, • usunięcie ciała obcego z oka.	
Zabiegi ortopedyczne • zaopatrzenie skręcenia (bez kosztu stabilizatora, bez kosztu gipsu), • zaopatrzenie zwichnięcia (bez kosztu stabilizatora, bez kosztu gipsu).	
Zabiegi otolaryngologiczne • płukanie ucha, • postępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa, • przedmuchiwanie trąbki słuchowej, • usunięcie ciała obcego z gardła, • usunięcie ciała obcego z nosa, • usunięcie ciała obcego z ucha, • założenie opatrunku usznego z lekiem.	
Zabiegi urologiczne • założenie cewnika do pęcherza moczowego (bez kosztu cewnika).	
DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA	
Badania laboratoryjne są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.	
Badania morfologii krwi i układu krzepnięcia • czas kaolinowo-kefalinowy / czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT), • czas protrombinowy (PT) /współczynnik czasu protrombinowego (INR), • fibrynogen, • hematokryt, • hemoglobina, • leukocyty, • morfologia krwi bez rozmazu, • morfologia krwi + płytki + rozmaz automatyczny, • morfologia krwi + płytki + rozmaz ręczny, • odczyn opadania krwinek czerwonych (OB), • płytki krwi, • retikulocyty.	bezpłatnie, bez limitu
Badania biochemiczne krwi • albuminy, • amylaza trzustkowa, • PSA całkowite / Total PSA, • apolipoproteina A1, • białko całkowite, • białko c-reaktywne (CRP), • bilirubina całkowita, • bilirubina bezpośrednia, • bilirubina pośrednia, • ceruloplazmina, • chlorki (CL), • cholesterol całkowity, • cholesterol HDL, • cholesterol LDL,	

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
• dehydrogenaza mleczanowa (LDH), • esteraza acetylocholinowa, • ferrytyna, • fosfataza kwaśna, • fosfataza kwaśna sterczowa, • fosfataza zasadowa (alkaliczna/AP), • fosfor, • gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP), • glukoza, • glukoza – test obciążenia / krzywa za 1 pkt, • glukoza – test obciążenia / krzywa za 3 pkt, • hemoglobina glikowana (HBA1C), • kinaza fosfokreatynowa izoenzym CK-MB, • kinaza kreatynowa (CK), • kreatynina, • kwas foliowy, • kwas moczowy, • lipaza, • lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG), • magnez (Mg), • miedź (Cu), • mocznik (azot mocznikowy), • potas (K), • proteinogram, • seromukoid, • sód (Na), • transaminaza alaninowa (GPT/ALT/ALAT), • transaminaza asparaginowa (GOT/AST/ASPAT), • transferyna, • troponina, • trójglicerydy, • wapń (Ca) całkowity, • witamina B12, • żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC), • żelazo (Fe).	bezpłatnie, bez limitu
Badania serologiczne	
• badanie przeglądowe na obecność przeciwciał, bez identyfikacji i oznaczenia miana, • czynnik reumatoidalny (RF), • immunoglobulina A (IgA), • immunoglobulina E (IgE) całkowita, • immunoglobulina G (IgG), • immunoglobulina M (IgM), • odczyn Coombsa bezpośredni (bezpośredni test antyglobulinowy, BTA), • oznaczenie grupy krwi układu ABO, antygeny D z układu Rh z oceną hemolizyn, • przeciwciała przeciw cytoplazmie ANCA, • przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (ATPO), • przeciwciała przeciw tyreoglobulinie (ATG), • przeciwciała przeciwjądrowe ANA.	
Diagnostyka zakażeń	
• antybiogram (dotyczy tylko posiewów z zakresu usług medycznych), • Borrelia spp. – przeciwciała IgG, • Borrelia spp. – przeciwciała IgM, • Chlamydia pneumoniae – przeciwciała IgA, • Chlamydia pneumoniae – przeciwciała IgG, • Chlamydia pneumoniae – przeciwciała IgM, • Chlamydia trachomatis – przeciwciała IgA, • Chlamydia trachomatis – przeciwciała IgG, • Chlamydia trachomatis – przeciwciała IgM, • cytomegalowirus (CMV) – przeciwciała IgA, • cytomegalowirus (CMV) – przeciwciała IgG, • cytomegalowirus (CMV) – przeciwciała IgM,	

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
• grzybica skóry gładkiej, skóry owłosionej, paznokci – badanie mykologiczne mikroskopowe, • grzybica skóry gładkiej, skóry owłosionej, paznokci – badanie mykologiczne posiew, • grzybica skóry gładkiej, skóry owłosionej, paznokci – mykogram, • <i>Helicobacter pylori</i> – przeciwciała IgG, • kiła – test RPR, • kiła – test USR, • kiła – test VDRL, • paciorkowce grupy A – antystreptolizyna O (ASO), • posiew kału ogólny, • posiew kału w kierunku bakterii <i>Salmonella</i>, <i>Shigella</i>, • posiew moczu, • posiew nasienia, • posiew płwociny, • posiew wymazu z cewki moczowej, • posiew wymazu z gardła, • posiew wymazu z kanału szyjki macicy, • posiew wymazu z nosa, • posiew wymazu z odbytu ogólny, • posiew wymazu z oka, • posiew wymazu z pochwy, • posiew wymazu z rany, • posiew wymazu z ucha, • posiew wymazu ze zmiany, • przeciwciała HIV I, • przeciwciała HIV II, • <i>Toxoplasma gondii</i> – przeciwciała IgG, • <i>Toxoplasma gondii</i> – przeciwciała IgM, • wirus Epstein-Barr (wirus mononukleozy) – przeciwciała IgM, • wirus HIV – przeciwciała HIV 1, • wirus HIV – przeciwciała HIV 2, • wirus różyczki – przeciwciała IgG, • wirus różyczki – przeciwciała IgM, • wirus zapalenia wątroby typu B – antygen HBe, • wirus zapalenia wątroby typu B – antygen HBs, • wirus zapalenia wątroby typu B – przeciwciała IgM przeciw HBc, • wirus zapalenia wątroby typu B – przeciwciała przeciw HBe, • wirus zapalenia wątroby typu B – przeciwciała przeciw HBs, • wirus zapalenia wątroby typu C – przeciwciała przeciw HCV.	bezpłatnie, bez limitu
Badania hormonalne • 17-hydroksykortykosteroidy, • adrenalina, • aldosteron, • androstendion, • androsteron, • estradiol, • gonadotropina kosmówkowa (beta - HCG), • hormon adrenokortykotropowy (ACTH), • hormon folikulotropowy (FSH), • hormon luteinizujący (LH), • hormon tyreotropowy (TSH), • hormon wzrostu (hGH), • insulina, • kalcytonina, • kortyzol, • kwas aminolewulinowy (ALA), • osteokalcyna, • parathormon (PTH), • parathormon intact (iPTH), • progesteron, • prolaktyna (PRL), • prolaktyna (PRL) po metoclopramidzie, • siarczan dehydroepiandrosteronu (DHEA-S),	

USŁUGA MEDYCZNA		LIMIT
• T3 całkowite (Total T3), • T3 wolne (FT3), • T4 całkowite (Total T4), • T4 wolne (FT4), • testosteron, • tyreoglobulina.		bezpłatnie, bez limitu
Badania moczu		
• amylaza w moczu, • badanie ogólne moczu (profil), • białko w moczu, • bilirubina w moczu, • ciała ketonowe w moczu, • fosforany w moczu – wydalanie dobowe, • glukoza w moczu, • glukoza w moczu – wydalanie dobowe, • kreatynina w moczu, • kwas moczowy, • kwas moczowy – wydalanie dobowe, • magnez (Mg) w moczu, • magnez (Mg) w moczu – wydalanie dobowe, • potas (K) w moczu, • potas (K) w moczu – wydalanie dobowe, • sód (Na) w moczu, • sód (Na) w moczu – wydalanie dobowe, • wapń (Ca) w moczu, • wapń (Ca) w moczu – wydalanie dobowe.		
Badania kału		
• kał – badanie ogólne, • kał – krew utajona, • kał – lamblie, badanie metodą ELISA, • kał – pasożyty, • kał – resztki pokarmowe.		
Badania inne		
• cytologia wymazu z błony śluzowej nosa, • cytologia wymazu z szyjki macicy (nie obejmuje cytologii na podłożu płynnym), • czystość pochwy, • testy alergiczne skórne – panel mieszany pediatryczny, • testy alergiczne skórne – panel pokarmowy, • testy alergiczne skórne – panel wziewny, • testy alergiczne skórne metodą nakłuć (1 pkt), • testy alergiczne skórne płatkowe (1 alergen).		
Markery nowotworowe		
• alfa-fetoproteina (AFP), • antygen CA 125, • antygen CA 15-3, • antygen CA 19-9 – antygen raka przewodu pokarmowego, • antygen CEA – carcinoembrionalny.		
DIAGNOSTYKA RADIOLOGICZNA		
Badania radiologiczne są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.		
• RTG – czaszka – projekcja dowolna, • RTG – czaszka okolica czołowa – projekcja dowolna, • RTG – gruczoł ślinowy – projekcja dowolna, • RTG – jama brzuszna – zdjęcie przeglądowe, • RTG – jelito grube – wlew doodbytniczy, • RTG – języczek – projekcja dowolna,		bezpłatnie, bez limitu

- RTG – klatka piersiowa – projekcja przednio-tylna,
- RTG – klatka piersiowa – projekcja przednio-tylna i boczna,
- RTG – kończyna dolna – projekcja dowolna,
- RTG – kończyna górna – projekcja dowolna,
- RTG – kostka (staw skokowy) – projekcja dowolna,
- RTG – kość guziczna (ogonowa),
- RTG – kręgosłup cały – badanie czynnościowe,
- RTG – kręgosłup cały – projekcja boczna,
- RTG – kręgosłup cały – projekcja boczna i przednio-tylna,
- RTG – kręgosłup cały – projekcja przednio-tylna,
- RTG – kręgosłup cały – inna projekcja,
- RTG – kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy – badanie czynnościowe,
- RTG – kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy – projekcja boczna,
- RTG – kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy – projekcja przednio-tylna,
- RTG – kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy – projekcja przednio-tylna i boczna,
- RTG – kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy – inna projekcja,
- RTG – kręgosłup piersiowy – projekcja boczna,
- RTG – kręgosłup piersiowy – projekcja przednio-tylna,
- RTG – kręgosłup piersiowy – projekcja przednio-tylna i boczna,
- RTG – kręgosłup piersiowy – inna projekcja,
- RTG – kręgosłup szyjny – badanie czynnościowe,
- RTG – kręgosłup szyjny – projekcja boczna,
- RTG – kręgosłup szyjny – projekcja przednio-tylna,
- RTG – kręgosłup szyjny – projekcja przednio-tylna i boczna,
- RTG – kręgosłup szyjny – inna projekcja,
- RTG – krtań – projekcja dowolna,
- RTG – tokieć – projekcja dowolna,
- RTG – topatka – projekcja dowolna,
- RTG – miednica – projekcja dowolna,
- RTG – mostek – projekcja dowolna,
- RTG – nadgarstek – projekcja przednio-tylna, boczna i skośna,
- RTG – nadgarstek – inna projekcja,
- RTG – nerki, moczowody, pęcherz – urografia,
- RTG – nos – projekcja dowolna,
- RTG – obojczyk – projekcja dowolna,
- RTG – nosogardziel – projekcja dowolna,
- RTG – obydwie barki – projekcja osiowa,
- RTG – obydwie nadgarstki – projekcja boczna i skośna,
- RTG – obydwie nadgarstki – projekcja przednio-tylna, boczna i skośna,
- RTG – obydwie ramiona – projekcja osiowa,
- RTG – obydwie stawy krzyżowo-biodrowe – projekcja dowolna,
- RTG – obydwie piersi – mammografia,
- RTG – obydwie ręce – projekcja dowolna,
- RTG – obydwie stopy – projekcja przednio-tylna, boczna i skośna,
- RTG – obydwie stawy biodrowe – projekcja dowolna,
- RTG – oczodół – projekcja dowolna,
- RTG – palce obydwu rąk – projekcja przednio-tylna, boczna i skośna,
- RTG – palce jednej ręki – projekcja przednio-tylna, boczna i skośna,
- RTG – palce jednej stopy – projekcja przednio-tylna, boczna i skośna,
- RTG – palec ręki – projekcja dowolna,
- RTG – palec stopy – projekcja dowolna,
- RTG – pięta – projekcja osiowa, boczna i osiowa,
- RTG – pięta – inna projekcja,
- RTG – podudzie – projekcja dowolna,
- RTG – przedramię – projekcja dowolna,
- RTG – przewód nosowo-łzowy – projekcja dowolna,
- RTG – ramię – projekcja osiowa,
- RTG – ramię – projekcja przednio-tylna i osiowa,
- RTG – ramię – projekcja skośna,
- RTG – ramię – inna projekcja,
- RTG – ręka – projekcja przednio-tylna i skośna,
- RTG – ręka – projekcja przednio-tylna, boczna i skośna,
- RTG – ręka – inna projekcja,
- RTG – rzepka – projekcja osiowa,

bezpłatnie,
bez limitu

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
• RTG – rzepka – projekcja osiowa – 2 ustawienia, • RTG – rzepka – projekcja osiowa – 3 ustawienia, • RTG – staw biodrowy – projekcja osiowa, • RTG – staw biodrowy – inna projekcja, • RTG – staw kolanowy – projekcja dowolna, • RTG – staw kolanowy – projekcja tunelowa, • RTG – ramiennie-łopatkowy (bark) – projekcja osiowa, • RTG – ramiennie-łopatkowy (bark) – projekcja przednio-tylna i osiowa, • RTG – ramiennie-łopatkowy (bark) – projekcja skośna, • RTG – staw ramiennie-łopatkowy (bark) – inna projekcja, • RTG – stopa – projekcja przednio-tylna, boczna i skośna, • RTG – stopa – inna projekcja, • RTG – szczęką – projekcja dowolna, • RTG – tarczyca – projekcja dowolna, • RTG – tkanki miękkie klatki piersiowej, • RTG – udo – projekcja dowolna, • RTG – zatoki oboczne nosa – projekcja dowolna, • RTG – żebra – projekcja dowolna, • RTG – żuchwa – projekcja dowolna.	bezpłatnie, bez limitu

TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA I REZONANS MAGNETYCZNY

Tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.

Ubezpieczenie nie obejmuje kosztu kontrastu, a także angiorezonansu, angiotomografii, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, kolonoskopii TK wirtualnej, tomografii HR-CT, enterografii-MRI, HRT, OCT, SL-OCT.

Tomografia komputerowa (CT)

- tomografia komputerowa – cały kręgosłup,
- tomografia komputerowa – głowa,
- tomografia komputerowa – jama brzuszna,
- tomografia komputerowa – klatka piersiowa,
- tomografia komputerowa – kręgosłup lędźwiowy,
- tomografia komputerowa – kręgosłup piersiowy,
- tomografia komputerowa – kręgosłup szyjny,
- tomografia komputerowa – krtań,
- tomografia komputerowa – miednica,
- tomografia komputerowa – nadgarstek,
- tomografia komputerowa – oczodoły,
- tomografia komputerowa – podudzie,
- tomografia komputerowa – przedramię,
- tomografia komputerowa – przysadka mózgowa,
- tomografia komputerowa – ramię,
- tomografia komputerowa – ręka,
- tomografia komputerowa – staw biodrowy,
- tomografia komputerowa – staw kolanowy,
- tomografia komputerowa – staw łokciowy,
- tomografia komputerowa – staw ramiennie-łopatkowy (bark),
- tomografia komputerowa – staw skokowy,
- tomografia komputerowa – stawy inne,
- tomografia komputerowa – stopa,
- tomografia komputerowa – tkanki miękkie szyi,
- tomografia komputerowa – udo,
- tomografia komputerowa – układ moczowy (urografia CT),
- tomografia komputerowa – uszy i piramidy kości skroniowych,
- tomografia komputerowa – wieloodcinkowa,
- tomografia komputerowa – zatoki oboczne nosa.

bezpłatnie,
bez limitu

Rezonans magnetyczny (MRI)

- rezonans magnetyczny – cały kręgosłup,
- rezonans magnetyczny – głowa,
- rezonans magnetyczny – jama brzuszna,

USŁUGA MEDYCZNA

- rezonans magnetyczny – klatka piersiowa,
- rezonans magnetyczny – kręgosłup lędźwiowy,
- rezonans magnetyczny – kręgosłup piersiowy,
- rezonans magnetyczny – kręgosłup szyjny,
- rezonans magnetyczny – miednica,
- rezonans magnetyczny – nadgarstek,
- rezonans magnetyczny – oczodoły,
- rezonans magnetyczny – podudzie,
- rezonans magnetyczny – przedramię,
- rezonans magnetyczny – przysadka mózgowa,
- rezonans magnetyczny – ramię,
- rezonans magnetyczny – ręka,
- rezonans magnetyczny – staw kolanowy,
- rezonans magnetyczny – staw łokciowy,
- rezonans magnetyczny – staw ramiennie-łopatkowy (bark),
- rezonans magnetyczny – staw skokowy,
- rezonans magnetyczny – stawy krzyżowo-biodrowe,
- rezonans magnetyczny – stawy inne,
- rezonans magnetyczny – stopa,
- rezonans magnetyczny – tkanki miękkie szyi,
- rezonans magnetyczny – udo,
- rezonans magnetyczny (urografia MRI) – układ moczowy,
- rezonans magnetyczny – zatoki oboczne nosa.

LIMIT

bezpłatnie,
bez limitu

DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA

Badania ultrasonograficzne są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.
Ubezpieczenie nie obejmuje badań USG 3D i USG 4D.

- echokardiografia (ECHO) dorośli,
- echokardiografia (ECHO) dzieci,
- USG – drobne stawy i więzadła,
- USG – ginekologiczne – badanie przez pochwę (transwaginalne),
- USG – ginekologiczne – badanie przez powłoki brzuszne,
- USG – ginekologiczne – badanie scryningowe,
- USG – gruczoł krokowy – badanie przez odbytnicę (transrektalne),
- USG – gruczoł krokowy – badanie przez powłoki brzuszne,
- USG – jama brzuszna,
- USG – jądra,
- USG – krtań,
- USG – miednica mała,
- USG – mięśnie,
- USG – naczynia jamy brzusznej – badanie metodą Dopplera,
- USG – naczynia szyi – badanie metodą Dopplera,
- USG – naczynia szyi – badanie metodą Dopplera,
- USG – nadgarstek,
- USG – palec ręki,
- USG – palec stopy,
- USG – piersi,
- USG – staw biodrowy (dorośli),
- USG – staw kolanowy,
- USG – staw łokciowy,
- USG – staw ramiennie-łopatkowy (bark),
- USG – staw skokowy,
- USG – stawy biodrowe (u dzieci),
- USG – ścięgna,
- USG – tarczycza,
- USG – tętnice jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera,
- USG – tętnice obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera,
- USG – tętnice nerkowe – badanie metodą Dopplera,
- USG – tkanki miękkie,
- USG – układ moczowy,
- USG – węzły chłonne,

bezpłatnie,
bez limitu

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
• USG – żyły i tętnice jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG – żyły i tętnice obydwu kończyn dolnych badanie metodą Dopplera, • USG – żyły jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG – żyły obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera.	bezpłatnie, bez limitu

DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA Z BIOPSJĄ

Badania ultrasonograficzne z biopsją są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.

• badanie histopatologiczne wycinków tarczycy pobranych podczas biopsji cienkoigłowej pod kontrolą USG, • badanie histopatologiczne wycinków guzka piersi pobranych podczas biopsji cienkoigłowej pod kontrolą USG, • biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG, • biopsja cienkoigłowa guzka piersi pod kontrolą USG.	bezpłatnie, bez limitu
--	---------------------------

DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA CIĄŻY

USG ciąży jest wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego. Ubezpieczenie nie obejmuje badań USG w wersji 3D i 4D.

• USG ciąży podstawowe w wersji 2D, • USG ciąży rozszerzone w wersji 2D – z oceną występowania wrodzonych wad płodu (tzw. genetyczne lub połówkowe).	bezpłatnie, bez limitu
---	---------------------------

DIAGNOSTYKA ENDOSKOPOWA

Badania endoskopowe (z pobraniem materiału i oceną histopatologiczną – w uzasadnionych medycznie przypadkach) są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.

Ubezpieczenie nie obejmuje kosztu znieczulenia ogólnego.

• anoskopia, • anoskopia z pobraniem wycinków do badań histopatologicznych (nie obejmuje polipektomii), • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas anoskopii,	bezpłatnie, bez limitu
• gastroskopia, • gastroskopia z pobraniem wycinków do badań histopatologicznych, • gastroskopia z testem ureazowym, • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas gastrokopii,	
• kolonoskopia, • kolonoskopia z pobraniem wycinków do badań histopatologicznych (nie obejmuje polipektomii), • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas kolonoskopii,	
• rektoskopia, • rektoskopia z pobraniem wycinków do badań histopatologicznych (nie obejmuje polipektomii), • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas rektoskopii,	
• sigmoidoskopia, • sigmoidoskopia z pobraniem wycinków do badań histopatologicznych (nie obejmuje polipektomii), • badanie histopatologiczne wycinków pobranych podczas sigmoidoskopii.	

BADANIA CZYNNOŚCIOWE

Badania czynnościowe są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania od lekarza.

• audiometria impedancyjna (tympnogram), • audiometria tonalna,	bezpłatnie, bez limitu
--	---------------------------

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
• badanie uroflowmetryczne, • całodobowy pomiar ciśnienia tętniczego metoda Holtera, • densytometria całego kośćca, • densytometria kości obu rąk, • densytometria kości udowej, • densytometria kręgosłupa, • EEG – badanie całodobowe metodą Holtera (z wyłączeniem EEG biofeedback, video EEG), • EEG – badanie w czuwaniu (z wyłączeniem EEG we śnie, EEG biofeedback, video EEG), • EKG – badanie spoczynkowe bez opisu, • EKG – badanie spoczynkowe z opisem, • EKG – badanie wysiłkowe, • EKG – całodobowa rejestracja metodą Holtera, • EMG – badanie ilościowe jednego mięśnia, • EMG – badanie przewodzenia we włóknach czuciowych jednego nerwu, • EMG – badanie przewodzenia we włóknach ruchowych jednego nerwu + fala F, • EMG – elektrostymulacyjna próba męczliwości jednego mięśnia (próba miasteniczna), • EMG – próba ischemiczna (tężyczkowa), • spirometria.	bezpłatnie, bez limitu
SZCZEPNIENIA OCHRONNE	
Usługa obejmuje konsultację lekarską kwalifikującą do szczepienia, iniekcję oraz koszt szczepionki.	
• szczepienie przeciw grypie,	bezpłatnie, raz w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
• anatoksyna przeciwżółcowa (szczepionka przeciw tężcowi – Tetana), • szczepienie przeciw WZW typu A, • szczepienie przeciw WZW typu B, • szczepienie przeciw WZW typu A i typu B.	bezpłatnie, bez limitu
OPIEKA STOMATOLOGICZNA – STOMATOLOGIA ZACHOWAWCZA	
• przegląd stomatologiczny,	bezpłatnie, raz w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
• ekstrakcja zęba mlecznego, • instruktaż higieny jamy ustnej, • lakierowanie zębów fluorem, • lakowanie zębów, • leczenie kanałowe zęba – wypełnienie 1 kanału, • leczenie kanałowe zęba – wypełnienie 2 kanałów, • leczenie kanałowe zęba – wypełnienie 3 kanałów, • leczenie kanałowe zęba – czasowe wypełnienie 1 kanału, • leczenie kanałowe zęba – czasowe wypełnienie 2 kanałów, • leczenie kanałowe zęba – czasowe wypełnienie 3 kanałów, • leczenie kanałowe zęba – dewitalizacja, • leczenie kanałowe zęba – ekstirpcja miazgi, • leczenie kanałowe zęba – opracowanie i udrożnienie kanału maszynowe, • leczenie kanałowe zęba – opracowanie i udrożnienie kanału tradycyjne, • leczenie kanałowe zęba – powtórne tzw. reendo, • leczenie kanałowe zęba – usunięcie złamanego narzędzia z kanału, • leczenie kanałowe zęba – wypełnienie 1 kanału – pod mikroskopem, • leczenie kanałowe zęba – wypełnienie 2 kanałów – pod mikroskopem, • leczenie kanałowe zęba – wypełnienie 3 kanałów – pod mikroskopem, • leczenie kanałowe zęba – wypełnienie ostateczne korony zęba, • leczenie zęba mlecznego – wypełnienie, • leczenie zęba stałego – małe wypełnienie (jedna powierzchnia),	20% zniżki

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
- leczenie zęba stałego – średnie wypełnienie (dwie powierzchnie), - leczenie zęba stałego – duże wypełnienie (trzy powierzchnie), - leczenie zgorzeli zęba, - leczenie zmian błony śluzowej jamy ustnej, - odbudowa zęba metodą bezpośrednią, - opatrunek leczniczy – stomatologiczny, - piaskowanie zębów – 1 tuk, - piaskowanie zębów – 2 tuki, - RTG zębów – wewnątrzustne (nie obejmuje pantomogramu), - scalling złogów nazębnych – 1 tuk, - scalling złogów nazębnych – 2 tuki, - trepanacja zęba, - znieczulenie nasiękowe, - znieczulenie przewodowe, - znieczulenie „The wand”.	20% zniżki
WIZYTY DOMOWE	
Porady lekarskie internisty lub lekarza rodzinnego albo pediatry udzielane całodobowo w domu ubezpieczonego, konieczne z uwagi na stan zdrowia pacjenta, uniemożliwiający mu przybycie do placówki medycznej.	
Wizyty domowe obejmują tylko przypadki nagłych zachorowań lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia.	
Wizyta domowa ma na celu postawienie diagnozy i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się we wskazanych placówkach medycznych.	
Usługa realizowana jest na terytorium określonym przez Świadczeniodawcę (informacja dostępna na infolinii). Decyzja o konieczności realizacji wizyty domowej podejmowana jest na podstawie przeprowadzonego wywiadu.	bezpłatnie, 4 razy w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
REHABILITACJA AMBULATORYJNA	
Zabiegi rehabilitacyjne są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania od lekarza.	
Zabiegi kinezyterapii	
- ćwiczenia bierne, - ćwiczenia czynne w odciążeniu, - ćwiczenia czynne wolne, - ćwiczenia czynne z oporem, - ćwiczenia izometryczne, - ćwiczenia ogólnousprawniające, - masaż suchy częściowy, - mobilizacje i manipulacje, - neuromobilizacje, - wyciągi.	
Zabiegi fizykoterapii	
- elektrostymulacja, - fonoforesa, - galwanizacja, - jonoforesa, - laseroterapia punktowa, - magnetoterapia, - prądy diadynamiczne, - prądy interferencyjne, - prądy TENS, - prądy Traberta, - sollux, - ultradźwięki miejscowe.	Bezpłatnie, 30 zabiegów w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy

RECEPTA – BEZ WIZYT U LEKARZA

Usługa umożliwiająca zamówienie i otrzymanie recept lekarskich niezbędnych do kontynuacji leczenia, bez osobistego kontaktu z lekarzem – jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w jego dokumentacji medycznej.

- Recepty są wystawiane tylko w tej placówce świadczeniodawcy, w której wcześniej wystawiono recepty na zamawiane leki.
- Recepty są wystawiane tylko w celu kontynuacji wcześniej rozpoczętego leczenia w sytuacji, gdy dokumentacja medyczna zawiera informację na temat rozpoznania, sposobu leczenia oraz wymaganych wizyt kontrolnych.
- Recepty na leki refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia są wystawiane przez placówkę Świadczeniodawcy po weryfikacji tych uprawnień w systemie informatycznym udostępnionym przez NFZ.
- Recepty są wydawane pacjentowi lub osobie przez niego upoważnionej do odbioru recept po okazaniu dowodu tożsamości osoby odbierającej recepty.

bezpłatnie,
bez limitu

Zamówienie recept na leki odbywa się poprzez kontakt telefoniczny, elektroniczny lub osobiście z placówką, w której kontynuowany jest proces leczenia poprzez udostępniony przez daną placówkę sposób przyjmowania zamówienia. Odbiór recept odbywa się według zasad wskazywanych przez placówkę świadczeniodawcy.

Lekarz może odmówić wystawienia recept bez dokonania osobistego badania pacjenta, jeżeli jest to uzasadnione względami medycznymi lub wynika z powszechnie obowiązujących regulacji prawnych.

Zniżki realizowane w stosunku do ceny usługi obowiązującej w placówce medycznej.

**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA Z KARTĄ APTECZNĄ**



W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia z kartą apteczną, o kodzie warunków APGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 5–7 OWU pkt 8–10 OWU pkt 11 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 11 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

www.pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA Z KARTĄ APTECZNĄ

Kod OWU: APGP36



Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia z kartą apteczną uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 19 listopada 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
 - 1) **apteka** – apteka lub punkt apteczny w rozumieniu przepisów ustawy Prawo farmaceutyczne;
 - 2) **karta apteczna** – karta, która uprawnia do odbioru produktów aptecznych. Zasady jej funkcjonowania opisaliśmy w Regulaminie karty aptecznej;
 - 3) **produkty apteczne/produkty** – produkty oferowane i dostępne w aptece;
 - 4) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł z nami umowę o współpracy w zakresie kart aptecznych. Współpraca ta polega na organizacji odbioru produktów w aptece za pomocą kart aptecznych;
 - 5) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 6) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.
3. Przed przystąpieniem do ubezpieczenia musisz przystąpić do dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

4. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

– czyli po jakim zdarzeniu otrzymasz kartę apteczną

5. Zakres ubezpieczenia obejmuje Twój pobyt w szpitalu wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku w okresie naszej ochrony przewidzianej w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego.
6. W razie Twojego pobytu w szpitalu wydajemy Ci kartę apteczną, która umożliwia odbiór produktów w aptece o wartości 100% sumy ubezpieczenia – aktualnej w dniu pobytu w szpitalu, z uwzględnieniem pkt 7.
7. W każdym okresie kolejnych 12 miesięcy, które trwają między rocznicami polisy, możesz odebrać produkty w aptece – maksymalnie za trzy rozpoczęte w tym czasie pobytu w szpitalu, które są objęte naszą ochroną w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego.

KARTA APTECZNA PO POBYCIE W SZPITALU

– czyli komu i kiedy ją wydajemy

8. Prawo do otrzymania karty aptecznej przysługuje Tobie.
9. Wniosek o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego jest jednocześnie zgłoszeniem do otrzymania karty aptecznej z tego ubezpieczenia – z uwzględnieniem pkt 10.
10. Wypłacimy świadczenie jednorazowo w pełnej należnej kwocie w razie:
 - 1) rozwiązania umowy o współpracy ze świadczeniodawcą w zakresie kart aptecznych;
 - 2) braku możliwości odbioru produktów w aptece z winy świadczeniodawcy – jego likwidacji lub upadłości.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

- 11.** W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

REGULAMIN KARTY APTECZNEJ

Załącznik do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia z kartą apteczną.

Regulamin przedstawia zasady:

- aktywacji karty aptecznej,
- korzystania z karty aptecznej.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W regulaminie używamy terminów:

- 1) **data ważności** – ostatni dzień miesiąca, który przypada po upływie trzech lat, licząc od końca miesiąca, w którym karta apteczna została nadana przez nas na pocztę;
- 2) **dowód zakupu** – potwierdzenie zakupu produktów w aptece w okresie ważności karty (np. paragon, faktura);
- 3) **duplikat karty aptecznej** – karta wydana za zablokowaną kartę apteczną. Ma takie same cechy, co zablokowana karta apteczna, w tym datę ważności, a limit jest pomniejszony o wartość odebranych produktów za pomocą karty aptecznej lub duplikatu karty aptecznej;
- 4) **limit** – wartość produktów, w jakiej Tobie w ramach ubezpieczenia zostało przyznane prawo do ich odbioru w aptece;
- 5) **odbiór produktu z apteki bez użycia karty aptecznej** – zakup produktów w aptece, która nie akceptuje karty aptecznej. Po opłaceniu produktów zwracamy ich koszt na podstawie złożonego do nas wniosku;
- 6) **odbiór produktu z apteki z użyciem karty aptecznej** – odbiór produktów w aptece, która akceptuje kartę apteczną.

KARTA APTECZNA

– najważniejsze informacje

2. Karta apteczna służy do odbioru produktów w aptece.
3. Na stronie internetowej pzu.pl, na naszej infolinii oraz w Oddziałach PZU udzielamy informacji o:
 - 1) aktualnym wykazie aptek, które akceptują kartę apteczną;
 - 2) zasadach odbioru produktów w aptece z użyciem i bez użycia karty aptecznej.
4. Karta apteczna nie jest:
 - 1) elektronicznym instrumentem płatniczym;
 - 2) instrumentem pieniądza elektronicznego;
 - 3) kartą płatniczą.
5. Karta apteczna zawiera:
 - 1) numer identyfikacyjny;
 - 2) kod paskowy;
 - 3) datę ważności;
 - 4) limit.
6. Kartę apteczną aktywujemy, jeśli zadzwonisz do nas po jej otrzymaniu – na podstawie Twoich danych osobowych oraz numeru identyfikacyjnego karty aptecznej. Karta będzie aktywna najpóźniej następnego dnia.
7. Karta apteczna przestaje być ważna:
 - 1) w dniu odbioru produktów o wartości limitu;
 - 2) w dniu zakończenia jej ważności;
 - 3) w dniu jej zablokowania – zgodnie z pkt 17., 18.

ZASADY UŻYWANIA KARTY APTECZNEJ

– czyli jak z niej skorzystać

8. Kartę trzeba aktywować przed odbiorem produktów w aptece.
9. Aby odebrać produkty z użyciem karty aptecznej, pokaż aktywną kartę w aptece, która akceptuje karty apteczne.
10. Aby otrzymać zwrot pieniędzy za produkty zakupione w aptece bez użycia karty aptecznej, zgłaszasz to do nas i pokazujesz aktywną kartę apteczną oraz dowód zakupu produktów w aptece. Zwracamy pieniądze w ciągu 21 dni od daty zgłoszenia i okazania aktywnej karty aptecznej.
11. Karta apteczna nie podlega wymianie na gotówkę.
12. Po każdym użyciu karty aptecznej zmniejsza się jej limit. Informację o pozostałym limicie możesz uzyskać w aptece, która akceptuje kartę apteczną lub na naszej infolinii.
13. Jeśli wartość Twoich zakupów w aptece przekroczy limit na karcie aptecznej, to za resztę zakupów płacisz z własnych środków.
14. Nie można zwrócić produktów odebranych za pomocą karty aptecznej – z uwzględnieniem pkt 23. i 24.
15. Wypłacimy Ci równowartość niewykorzystanego limitu na karcie aptecznej w razie likwidacji lub upadłości świadczeniodawcy.
16. Jeśli utracisz, zniszczysz lub uszkodzisz kartę apteczną, zgłoś to od razu na naszą infolinię.

BLOKADA KARTY APTECZNEJ

– czyli co się dzieje w takiej sytuacji

- 17.** Kartę apteczną blokujemy, jeśli:
 - 1) nasza infolinia uzyska informację, że nie otrzymałeś karty aptecznej po 30 dniach od jej nadania na pocztę – z przyczyn od nas niezależnych;
 - 2) zgłosisz na naszej infolinii utratę, zniszczenie lub uszkodzenie karty, które uniemożliwia jej użytkowanie.
- 18.** Kartę blokujemy najpóźniej w następnym dniu po uzyskaniu przez naszą infolinię informacji z pkt 17.
- 19.** Blokada karty aptecznej jest nieodwracalna.
- 20.** Nie odpowiadamy za nieuprawnione użycie karty aptecznej, które nastąpiło:
 - 1) przed zgłoszeniem utraty, zniszczenia lub uszkodzenia karty aptecznej;
 - 2) w wyniku przekazania karty aptecznej innej osobie.

DUPLIKAT KARTY APTECZNEJ

– czyli kiedy go wydajemy

- 21.** Duplikat karty wydajemy po jej zablokowaniu. Duplikat karty ma limit, który pozostał w momencie dokonania blokady.
- 22.** Duplikat karty ma nowy, nieaktywny numer identyfikacyjny i jest nieaktywny. Kartę trzeba aktywować zgodnie z pkt 6.

REKLAMACJE ZWIĄZANE Z UŻYCIEM KARTY APTECZNEJ

– jak można ją zgłosić

- 23.** Reklamacje związane z użyciem karty aptecznej możesz zgłosić na naszą infolinię.
- 24.** Reklamacje produktów z powodu wady jakościowej lub ich niewłaściwego wydania rozpatruje apteka – zgodnie z przepisami prawa, w szczególności zgodnie z przepisami prawa farmaceutycznego.
- 25.** W razie zwrotu produktu z powodu reklamacji – opisanej w pkt 24. – apteka zwraca pieniądze do wartości zwracanego produktu.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

- 26.** W sprawach nie ustalonych w regulaminie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO
GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
OCHRONA DLA DZIECKA**



W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia Ochrona dla dziecka, o kodzie warunków DPGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–13 pkt 30–32 pkt 34–40 pkt 42–44
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 pkt 6 pkt 8 pkt 10–29 pkt 35–40 pkt 42–44

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia ochrona dla dziecka



Kod warunków: DPGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia
ochrona dla dziecka uchwałą nr UZ/214/2019 z dnia 19 listopada 2019 r. (zwane dalej OWU).

OWU mają zastosowanie do ofert sporządzanych od dnia 20 stycznia 2020 r. oraz do umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie tych ofert.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

Zanim zawrzesz umowę, przeczytaj dokładnie OWU.

W OWU znajdziesz informacje m.in. o:

- zakresie ubezpieczenia, czyli o tym, co obejmuje i czego nie obejmuje nasze ubezpieczenie,
- zasadach wypłaty z ubezpieczenia,
- zasadach korzystania z usług medycznych,
- czasie trwania ubezpieczenia.

SPIS TREŚCI

Słowniczek	1
Przedmiot ubezpieczenia	2
Zakres ubezpieczenia i wysokość wypłaty świadczenia	2
Wyłączenia ochrony	3
Wyłączenia ochrony dotyczące ciężkiej choroby dziecka	3
Wyłączenia ochrony dotyczące pobytu dziecka w szpitalu	4
Wyłączenia ochrony dotyczące uszczerbku na zdrowiu dziecka	5
Ograniczenia ochrony	5
Karencja	5
Wypłata świadczenia	6
Postanowienia końcowe	6
Załącznik nr 1	7
Załącznik nr 2	9

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **choroba** – stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego powodujący konieczność leczenia szpitalnego;
- 2) **ciężka choroba** – tylko taka choroba, uraz lub operacja chirurgiczna, które są objęte naszą ochroną. Lista ciężkich chorób zawiera: bakteryjne zapalenie wsierdza, całkowitą utratę słuchu w co najmniej jednym uchu, całkowitą utratę wzroku w co najmniej jednym oku, ciężkie oparzenie, cukrzycę typu 1, chorobę Leśniowskiego-Crohna, dystrofię mięśniową, nagminne porażenie dziecięce (choroba Heinego-Medina), neuroboreliozę, niedokrwistość aplastyczną, niedokrwistość hemolityczną, niezłotliwy guz mózgu, nowotwór złośliwy, paraliż kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego, przewlekłą niewydolność nerek, schyłkową niewydolność wątroby, sepsę (posocznica), śpiączkę, tężec, toczni rumieniowatą układową, transplantację, utratę kończyny, wściekliznę, zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji, zapalenie mózgu, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Definicje ciężkich chorób znajdziesz w Załączniku nr 1 do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego;
- 3) **dokumentacja medyczna** – dokumentacja opisująca stan zdrowia dziecka lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, sporządzona przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, osoby wykonujące zawód medyczny oraz inne osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
- 4) **dziecko** – dziecko, które w dniu:
 - a) wystąpienia u niego ciężkiej choroby lub wystąpienia u niego uszczerbku na zdrowiu nie ukończyło 18 lat,
 - b) pobytu w szpitalu, ukończyło 3 miesiące i nie ukończyło 18 lat.Może nim być:
 - a) dziecko ubezpieczonego,
 - b) pasierb ubezpieczonego (jeżeli nie żyje drugi rodzic pasierba);

- 5) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym dziecko przebywało w szpitalu, niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu trwał jego pobyt, przy czym za pierwszy dzień przyjmuje się dzień rejestracji, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala;
 - 6) **leczenie szpitalne** – pobyt dziecka w szpitalu w Polsce, który trwa nieprzerwanie dłużej niż 3 dni i ma na celu leczenie:
 - a) stanów nagłych, w których opóźnienie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo życia, lub
 - b) stanów, w których nie można uzyskać celu leczniczego podczas leczenia ambulatoryjnego;
 - 7) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – takie postępowanie medyczne, na które składają się: wywiad chorobowy, fizykalne badanie pacjenta oraz badania dodatkowe, służące ustaleniu rozpoznania lub postępowanie medyczne mające na celu leczenie;
 - 8) **szpital** – zakład leczniczy, w którym przez całą dobę wykonywane są kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
 - 9) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 10) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
 - 11) **uszczerbek na zdrowiu** – uszkodzenie ciała dziecka, wymienione w Załączniku nr 2 do tych OWU, które powstało wskutek nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie naszej ochrony z tytułu tego ubezpieczenia;
 - 12) **wystąpienie ciężkiej choroby** – zaistnienie w okresie naszej ochrony z tytułu tego ubezpieczenia następujących okoliczności:
 - a) **diagnozowania** – w przypadku: bakteryjnego zapalenia wsierdza, całkowitej utraty słuchu w co najmniej jednym uchu, całkowitej utraty wzroku w co najmniej jednym oku, ciężkiego oparzenia, cukrzycy typu 1, choroby Leśniowskiego-Crohna, dystrofii mięśniowej, nagminnego porażenia dziecięcego (choroba Heinego-Medina), neuroboreliozy, niedokrwistości hemolitycznej, niezłośliwego guza mózgu, nowotworu złośliwego, paraliżu kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego, schyłkowej niewydolności wątroby, sepsy (posocznicy), tężca, tocznia rumieniowatego układowego, utraty kończyny, wścieklizny, zapalenia mózgu, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych,
 - b) **specjalistycznego leczenia** – w przypadku: niedokrwistości aplastycznej, przewlekłej niewydolności nerek, transplantacji,
 - c) **zakażenia** – w przypadku: zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji,
 - d) **zapidnięcia w śpiączkę** – w przypadku: śpiączki.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PREDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdarzenie w Twoim życiu, którym jest:
 - 1) wystąpienie u dziecka ciężkiej choroby;
 - 2) leczenie szpitalne dziecka z powodu:
 - a) choroby,
 - b) nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) wystąpienie u dziecka uszczerbku na zdrowiu, który powstał w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zaistniałe w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej umowy.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest wystąpienie u dziecka w okresie naszej ochrony:
 - 1) ciężkiej choroby;
 - 2) leczenia szpitalnego, spowodowanego:
 - a) chorobą,
 - b) nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 3) uszczerbku na zdrowiu, który powstał w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
5. Jeśli u dziecka wystąpi ciężka choroba, to wypłacimy Ci świadczenie, równe procentowi sumy ubezpieczenia, aktualnej w dniu wystąpienia ciężkiej choroby dziecka.
6. Jeśli dziecko było leczone w szpitalu, to za każdy dzień pobytu w szpitalu wypłacimy Ci świadczenie w wysokości 0,5% sumy ubezpieczenia – z uwzględnieniem pkt 7.
7. W przypadku, gdy leczenie szpitalne dziecka:
 - 1) jest skutkiem nieszczęśliwego wypadku, który zdarzył się podczas naszej ochrony oraz
 - 2) jest pierwszym leczeniem szpitalnym spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem i
 - 3) rozpoczęło się nie później niż 14 dni po nieszczęśliwym wypadku – za każdy dzień z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu wypłacimy Ci 1% sumy ubezpieczenia.
8. Jeśli nieszczęśliwy wypadek zdarzył się przed początkiem naszej ochrony, za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu w wyniku tego nieszczęśliwego wypadku wypłacimy 0,5% sumy ubezpieczenia – o ile leczenie szpitalne wystąpiło w okresie naszej ochrony z tytułu tego ubezpieczenia.
9. Wysokość wypłacanego świadczenia ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu pobytu dziecka w szpitalu.

10. Jeśli u dziecka wystąpi uszczerbek na zdrowiu, należy Ci się prawo do wypłaty świadczenia, jeżeli istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a uszczerbkiem na zdrowiu.
11. Należy Ci się prawo do wypłaty świadczenia maksymalnie za 100% uszczerbku na zdrowiu dziecka z powodu jednego nieszczęśliwego wypadku.
12. Wypłacimy Ci świadczenie, za takie uszczerbki na zdrowiu, które są wymienione w Załączniku nr 2 do tych OWU, w wysokości wynikającej z procentu sumy ubezpieczenia odpowiadającego danemu uszczerbkowi.
13. Jeśli z powodu jednego nieszczęśliwego wypadku, dziecko dozna więcej niż jednego uszczerbku na zdrowiu z wymienionych w Załączniku nr 2 do tych OWU, wypłacimy świadczenie w wysokości maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli co oznaczają użyte terminy w wyłączeniach ochrony

14. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminów:

- 1) wrodzona wada rozwojowa – odstępstwo od normy budowy anatomicznej, umiejscowione w klasyfikacji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 w rozdziale XVII „Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe (od Q00 do Q99)”;
- 2) zawodowe uprawianie sportu – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
 - a) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - b) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - c) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, zasilki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.

WYŁĄCZENIA OCHRONY DOTYCZĄCE CIĘŻKIEJ CHOROBY DZIECKA

15. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje ciężkiej choroby dziecka, jeśli powstała u dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił:

- 1) w wyniku działań wojennych;
- 2) w wyniku czynnego udziału dziecka w aktach terroru lub w masowych rozruchach społecznych;
- 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez dziecko czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli dziecko prowadziło pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) niedopuszczony do ruchu w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym,
 - c) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście wypadku komunikacyjnego;
- 5) ponieważ dziecko było w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
- 6) ponieważ dziecko uprawiało sport zawodowo.

16. W przypadku wystąpienia ciężkiej choroby dziecka nasza ochrona nie obejmuje także:

- 1) ciężkiej choroby, w przypadku której istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wystąpieniem ciężkiej choroby, a wrodzoną wadą rozwojową dziecka;
- 2) ciężkiej choroby, która wystąpiła w wyniku spożycia alkoholu przez dziecko, użycia przez nie narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście zdarzenia oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
- 3) ciężkiej choroby, która wystąpiła w wyniku użycia przez dziecko produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
- 4) ciężkiej choroby, która wystąpiła w wyniku umyślnego samookaleczenia się dziecka, umyślnego wywołania choroby lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez dziecko;
- 5) niedokrwistości hemolitycznej wrodzonej oraz takiej, która jest skutkiem działania leków lub substancji toksycznych lub objawem nocnej napadowej hemoglobinurii;
- 6) niezłośliwego guza mózgu – w przypadku zgłoszenia torbieli, ziarniniaków, malformacji naczyńniowych, kiwiaków mózgu, guzów przysadki mózgowej;
- 7) nowotworu złośliwego w przypadku zgłoszenia:
 - a) nowotworu ocenionego w badaniu histopatologicznym jako łagodny, o granicznej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjny lub przedinwazyjny (tzw. in situ),
 - b) zmiany o cechach dysplazji,
 - c) ziarnicy złośliwej w pierwszym stadium,

- d) czerniaka złośliwego skóry opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 oraz wszystkich nowotworów skóry, w tym chłoniaka skóry,
- e) brodawkowego raka tarczycy opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0,
- f) dysplazji szyjki macicy i nowotworu złośliwego szyjki macicy opisanego wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3,
- g) wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV;
- 8) przewlekłej niewydolności nerek – w przypadku zgłoszenia ostrej niewydolności nerek, która jest odwracalna i wymaga jedynie czasowej dializoterapii;
- 9) schyłkowej niewydolności wątroby – spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla wątroby;
- 10) śpiączki – spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla mózgu;
- 11) śpiączki, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u dziecka nowotwór, cukrzycę, niewydolność nerek, niewydolność wątroby, które były przyczyną śpiączki;
- 12) transplantacji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej dziecko zostało wpisane na listę oczekujących na przeszczep;
- 13) zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u dziecka hemofilię.
- 17. Nasza ochrona nie obejmuje ciężkich chorób, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęło u dziecka postępowanie diagnostyczno-lecznicze, zanim rozpoczął się okres naszej ochrony, oprócz ciężkich chorób, w przypadku których nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim, a obecnym wystąpieniem takiej samej choroby, w przypadku których ponosimy odpowiedzialność.
- 18. Po wystąpieniu danej ciężkiej choroby nasza ochrona wygasa w zakresie tej choroby u tego samego dziecka. W przypadku nowotworu złośliwego wypłacane jest tylko jedno świadczenie niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów.
- 19. Nie wypłacimy Ci świadczenia jeśli umyślnie przyczyniłeś się do wystąpienia ciężkiej choroby dziecka.

WYŁĄCZENIA OCHRONY DOTYCZĄCE POBYTU DZIECKA W SZPITALU

- 20. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje leczenia szpitalnego dziecka, które rozpoczęło się przed początkiem naszej ochrony lub nastąpiło:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku katastrof, które powodują skażenie promieniotwórcze, chemiczne lub biologiczne;
 - 3) w wyniku czynnego udziału dziecka w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 4) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez dziecko czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 5) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli dziecko prowadziło pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) niedopuszczony do ruchu w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym,
 - c) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście wypadku komunikacyjnego;
 - 6) ponieważ dziecko było w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych
 - w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) w wyniku umyślnego samookałeczenia się dziecka lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez dziecko;
 - 8) w wyniku spożycia alkoholu, użycia narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
 - 9) w wyniku użycia przez dziecko produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
 - 10) wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
 - 11) w związku z leczeniem zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wymienionych w dziale V (F00-F99) Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;
 - 12) wyłącznie w związku z leczeniem chorób wynikających z obniżenia odporności w przebiegu zakażenia wirusem HIV;
 - 13) w związku z leczeniem stomatologicznym, z wyjątkiem leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku lub choroby nowotworowej;
 - 14) w związku z wykonaniem badań diagnostycznych, które nie wynikają z choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
 - 15) w związku z wykonaniem operacji chirurgicznej w celu kosmetycznym, estetycznym z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie naszej ochrony;
 - 16) w związku z wykonaniem operacji chirurgicznej w celu zmiany płci;
 - 17) w związku z leczeniem wrodzonej wady rozwojowej;
 - 18) w związku z rehabilitacją – z wyjątkiem pierwszego pobytu dziecka w szpitalu z powodu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, jeśli pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego ochroną pobytu dziecka w szpitalu był związany – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą;
 - 19) ponieważ dziecko uprawiało sport zawodowo lub uprawiało rekreacyjnie sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczkę skałkową albo wysokogórską (rozumianą jako każdą wspinaczkę uprawianą na wysokości powyżej 2000 metrów nad poziomem morza), speleologię, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym

oddychanie pod wodą, skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping) – jeżeli miało to wpływ na zaistnienie nieszczęśliwego wypadku.

21. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje leczenia szpitalnego:

- 1) w placówkach lecznictwa odwykowego, placówkach dla przewlekle chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych ani zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- 2) w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego – w szczególności w sanatoriach, prewentoriach ani szpitalach uzdrowiskowych, sanatoryjnych ani rehabilitacyjno-uzdrowiskowych;
- 3) w ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych – z wyjątkiem pobytu, o którym mowa w pkt 20.18);
- 4) na oddziałach dziennych ani w takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.

22. Świadczenie nie jest należne za dni, w których dziecko przebywało na przepustce, w trakcie pobytu w szpitalu.

23. Nie wypłacimy Ci świadczenia jeśli umyślnie przyczyniłeś się do leczenia szpitalnego dziecka.

WYŁĄCZENIA OCHRONY DOTYCZĄCE USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA

24. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli wypadek wydarzył się przed początkiem naszej ochrony z tytułu tego ubezpieczenia lub wydarzył się:

- 1) w wyniku działań wojennych;
- 2) w wyniku czynnego udziału dziecka w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
- 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez dziecko czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli dziecko prowadziło pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) niedopuszczony do ruchu w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym,
 - c) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście wypadku komunikacyjnego;
- 5) ponieważ dziecko było w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
- 6) w wyniku samookaleczenia się dziecka lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez dziecko;
- 7) w wyniku spożycia alkoholu, użycia narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście zdarzenia;
- 8) w wyniku użycia przez dziecko produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
- 9) wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
- 10) ponieważ dziecko uprawiało sport zawodowo.

25. Nie wypłacimy Ci świadczenia jeśli umyślnie przyczyniłeś się do wystąpienia uszczerbku na zdrowiu dziecka.

OGRANICZENIA OCHRONY

– czyli za ile dni pobytu dziecka w szpitalu zapłacimy

26. Zapłacimy świadczenie maksymalnie za 90 dni pobytu dziecka w szpitalu w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy.

KARENCAJA

– czyli okres po zawarciu ubezpieczenia oraz po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia, w którym nie ponosimy odpowiedzialności

27. W przypadku zgłoszenia ciężkiej choroby dziecka nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 90 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia z wyjątkiem pkt.28.

28. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli ciężka choroba dziecka była wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu tych 90 dni.

29. W przypadku zgłoszenia leczenia szpitalnego dziecka nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 30 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia. Ponosimy jednak odpowiedzialność, jeśli leczenie szpitalne było wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu tych 30 dni.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze

30. Jeśli u dziecka wystąpi ciężka choroba, dostarcz nam:

- 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) akt urodzenia dziecka;
 - 3) dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie ciężkiej choroby, w przypadku oparzeń – ich stopień i powierzchnię;
 - 4) kartę informacyjną leczenia szpitalnego, o ile dziecko przebywało w szpitalu;
 - 5) dokumentację, która potwierdza okoliczności wypadku – w przypadku ciężkiej choroby spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem.
- 31.** Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą nam do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
- 32.** Możemy dodatkowo:
- 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
 - 2) zlecić badania medyczne – jeśli będzie to potrzebne.
- 33.** Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
- 34.** O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej przez Ciebie dokumentacji wymienionej w pkt. 30 i 31.
- 35.** W przypadku leczenia szpitalnego dziecka, dostarcz nam:
- 1) wniosek o wypłatę świadczenia. Możesz dostarczyć go:
 - a) gdy dziecko zakończyło pobyt w szpitalu,
 - b) w trakcie pobytu dziecka w szpitalu – po 30. lub 60. dniu;
 - 2) akt urodzenia dziecka;
 - 3) dokument, który potwierdza przyczynę pobytu w szpitalu i nazwę placówki medycznej, wydany przez lekarza tej placówki – gdy składasz wniosek o wypłatę świadczenia w trakcie pobytu dziecka w szpitalu;
 - 4) kartę informacyjną leczenia szpitalnego – gdy dziecko zakończyło pobyt w szpitalu.
- 36.** Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą nam do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
- 37.** O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dostarczonej przez Ciebie dokumentacji wymienionej w pkt 35 i 36.
- 38.** Jeśli wystąpi u dziecka uszczerbek na zdrowiu, dostarcz nam:
- 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) dokumentację medyczną, która potwierdza okoliczności nieszczęśliwego wypadku oraz uszczerbek na zdrowiu dziecka;
 - 3) akt urodzenia dziecka.
- 39.** Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą nam do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
- 40.** Możemy dodatkowo:
- 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy,
 - 2) zlecić badania medyczne – jeśli będzie to potrzebne.
- 41.** Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
- 42.** O wypłacie i wysokości świadczenia za uszczerbek na zdrowiu decydujemy w oparciu o Tabelę uszczerbku z Załącznika nr 2 i dostarczoną przez Ciebie dokumentację wymienioną w pkt. 38 i 39.
- 43.** Ocenę procentową uszczerbku na zdrowiu dziecka ustalamy w oparciu o tabelę, która znajduje się w Załączniku nr 2 do niniejszych OWU.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

- 44.** W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

ZAŁĄCZNIK NR 1

WYKAZ CIĘŻKICH CHOROŚ

1. Za ciężkie choroby objęte naszą odpowiedzialnością uznaje się wyłącznie takie:

- 1) **bakteryjne zapalenie wsierdza**, które jest zapaleniem wsierdza spowodowanym przez zakażenie bakteryjne. Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdza, które wymagało hospitalizacji i dotyczyło własnych zastawek serca lub jam serca, bez obcego materiału i urządzeń medycznych. Rozpoznanie choroby potwierdzają badania mikrobiologiczne identyfikujące bakterie wywołujące zapalenie lub badania obrazowe bądź patomorfologiczne ujawniające uszkodzenie wsierdza;
- 2) **całkowita utrata słuchu w co najmniej jednym uchu**, która jest trwałą i nieodwracalną utratą zdolności słyszenia. Odpowiadamy wyłącznie za utratę słuchu z powodu choroby, w której ubytek słuchu w uchu objętym chorobą wynosi co najmniej 90dB i jest obliczony jako uśredniona wartość dla dźwięków pasma mowy. Stopień utraty słuchu jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna z leczenia;
- 3) **całkowita utrata wzroku w co najmniej jednym oku**, która jest trwałą i nieodwracalną utratą zdolności widzenia. Odpowiadamy wyłącznie za utratę wzroku z powodu choroby, w której ubytek wzroku w oku objętym chorobą po korekcji optycznej jest mniejsza niż 0,1 (5/50) lub pole widzenia jest mniejsze niż 20 stopni. Wielkość utraty wzroku jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna z leczenia.
- 4) **ciężkie oparzenie**, które jest miejscowym uszkodzeniem skóry i głębiej leżących tkanek, spowodowanym czynnikiem termicznym, chemicznym lub elektrycznym. Odpowiadamy wyłącznie za takie ciężkie oparzenie, które wymagało hospitalizacji i obejmowało:
 - a) ponad 40% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie II stopnia,
 - b) ponad 20% powierzchni ciała – dla oparzeń II i III stopnia łącznie,
 - c) ponad 10% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia;
- 5) **cukrzyca typu 1**, która jest chorobą metaboliczną o podłożu autoimmunologicznym wymagającą stałego leczenia insuliny. Odpowiadamy wyłącznie za taką cukrzycę typu I, w której konieczność stałego stosowania insuliny potwierdza lekarz diabetolog;
- 6) **choroba Leśniowskiego-Crohna**, która jest przewlekłym, nieswoistym zapaleniem ściany jelita. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Leśniowskiego-Crohna, która potwierdza badanie histopatologiczne, i w przebiegu której doszło do powstania przetoki, ropnia lub przewężenia jelita;
- 7) **dystrofia mięśniowa**, która jest uwarunkowaną genetycznie grupą chorób, polegających na powolnym zaniku mięśni porzecznic prądkowanych, bez zajęcia układu nerwowego. Odpowiadamy wyłącznie za taką dystrofię mięśniową, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała osłabienie lub zanik mięśni;
- 8) **nagminne porażenie dziecięce (choroba Heinego-Medina)**, które jest ostrą chorobą zakaźną wywołaną wirusem Polio. Odpowiadamy wyłącznie za porażenną postać nagminnego porażenia dziecięcego, które w co najmniej jednej grupie mięśni spowodowało brak ich skurczu lub skurcz o śladowej sile utrzymujący się co najmniej 3 miesiące. Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 9) **neuroborelioza**, która jest chorobą zakaźną, spowodowaną przez krętki z rodzaju *Borrelia*, przebiegającą z zajęciem układu nerwowego. Odpowiadamy wyłącznie za taką neuroboreliozę, która spowodowała co najmniej jeden z poniższych zespołów klinicznych:
 - a) zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego,
 - b) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
 - c) zapalenie nerwu czaszkowego,
 - d) zapalenie wielokorzeniowe.Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 10) **niedokrwistość aplastyczna**, która jest przewlekłą i nieodwracalną niewydolnością szpiku, polegającą na zaniku wszystkich linii komórkowych układu granulocytowego, czerwono krwinkowego i płytkotwórczego. Odpowiadamy wyłącznie za taką anemię aplastyczną, którą rozpoznano na podstawie oceny szpiku kostnego i w przebiegu której, zastosowano leczenie immunosupresyjne, immunostymulację lub wykonano transplantację szpiku;
- 11) **niedokrwistość hemolityczna**, która jest następstwem skróconego czasu przeżycia krwinek czerwonych i objawia się zmniejszeniem stężenia hemoglobiny poniżej normy dla wieku dziecka. Odpowiadamy wyłącznie za taką niedokrwistość hemolityczną, która wymagała hospitalizacji;
- 12) **niezłośliwy guz mózgu**, który jest łagodnym wewnątrzczaszkowym guzem mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych. Odpowiadamy wyłącznie za taki niezłośliwy guz mózgu, który został usunięty lub jeśli ze względów medycznych usunięcie guza nie było możliwe, spowodował on wystąpienie ubytków neurologicznych. Rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;
- 13) **nowotwór złośliwy**, który jest niekontrolowanym rozrostem komórek nowotworowych, cechującym się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów. Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy, którego inwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym. Odpowiadamy także za chorobę nowotworową ze zmianami przerzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania histopatologicznego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złośliwości procesu nowotworowego;
- 14) **paraliż kończyn**, wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego, który jest całkowitą utratą funkcji ruchowej kończyn. Odpowiadamy wyłącznie za taki paraliż, który dotyczy co najmniej dwóch kończyn, jest nieodwracalny i utrzymuje się co najmniej 3 miesiące;
- 15) **przewlekła niewydolność nerek**, która jest trwałym upośledzeniem czynności obu nerek lub jedynej nerki. Odpowiadamy wyłącznie za taką przewlekłą niewydolność nerek, która jest nieodwracalna i w przebiegu której zastosowano stałą dializoterapię lub wykonano przeszczep nerki;

- 16) **schyłkowa niewydolność wątroby**, która jest końcowym stadium upośledzenia funkcji wątroby. Odpowiadamy wyłącznie za taką postać schyłkowej niewydolności wątroby, która doprowadziła do wystąpienia co najmniej jednego z poniższych objawów:
 - a) wodobrzusza,
 - b) żylaków przełyku,
 - c) encefalopatii wątrobowej;
- 17) **sepsa (posocznica)**, która jest ogólnoustrojową, nieswoistą reakcją organizmu na obecne we krwi bakterie, wirusy lub grzyby oraz ich toksyny. Odpowiadamy wyłącznie za taką sepsę, która doprowadziła do niewydolności co najmniej dwóch z poniższych narządów lub układów:
 - a) ośrodkowy układ nerwowy,
 - b) układ krążenia,
 - c) układ oddechowy,
 - d) układ krwiotwórczy,
 - e) nerki,
 - f) wątroba.
 Rozpoznanie sepsy jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 18) **śpiączka**, która jest stanem głębokiego zaburzenia świadomości, wyrażającym się brakiem reakcji na zewnętrzne bodźce słuchowe lub bólowe, wynikającym z ciężkiego uszkodzenia mózgu. Odpowiadamy wyłącznie za taką śpiączkę, która trwała nieprzerwanie co najmniej 96 godzin, a uszkodzenie mózgu spowodowało trwający co najmniej 30 dni deficyt neurologiczny lub zaburzenia poznawcze ocenione w teście Mini-Mental (Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego ang. Mini-Mental State Examination) na poniżej 20 punktów;
- 19) **tężec**, który jest chorobą zakaźną wywołaną działaniem neurotoksyny produkowanej przez laseczki tężca. Odpowiadamy wyłącznie za taki tężec, który wymagał hospitalizacji, a rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 20) **toczeń rumieniowaty układowy**, który jest chorobą autoimmunologiczną, przebiegającą z zajęciem skóry i narządów wewnętrznych. Odpowiadamy wyłącznie za taki toczень rumieniowaty układowy, który został ostatecznie rozpoznany przez lekarza reumatologa i w którego w przebiegu doszło do zajęcia jednego z poniższych narządów lub układów:
 - a) nerki,
 - b) serce,
 - c) układ nerwowy;
- 21) **transplantacja**, która jest operacją chirurgiczną przeszczepienia narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego. Odpowiadamy wyłącznie za wykonaną u biorcy transplantację serca, płuca, wątroby lub jej części oraz wykonaną u biorcy allogeniczną transplantację szpiku kostnego;
- 22) **utrata kończyny**, która jest utratą całej kończyny lub jej części. Odpowiadamy wyłącznie za utratę kończyny górnej powyżej nadgarstka lub utratę kończyny dolnej powyżej stawu skokowego;
- 23) **wścieklizna**, która jest chorobą zakaźną wywołaną wirusem wścieklizny lub wirusami pokrewnymi. Odpowiadamy wyłącznie za taką wściekliznę, która przebiega z objawami zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego, wymaga hospitalizacji, i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 24) **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności, powstałym w związku z transfuzją krwi lub preparatów krwiopochodnych i jest potwierdzone złożonymi dowodami. Odpowiadamy wyłącznie za zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 25) **zapalenie mózgu**, które jest chorobą zakaźną spowodowaną przez bakterie, wirusy lub grzyby i przebiega z neurologicznymi objawami zajęcia procesem zapalnym mózgu. Odpowiadamy wyłącznie za takie zapalenie mózgu, które spowodowało wystąpienie ubytków neurologicznych, utrzymujących się co najmniej 3 miesiące. Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 26) **zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych**, które jest chorobą zakaźną spowodowaną przez bakterie, wirusy lub grzyby i przebiega z neurologicznymi objawami zajęcia procesem zapalnym opon mózgowo-rdzeniowych. Odpowiadamy wyłącznie za takie zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, które spowodowało wystąpienie ubytków neurologicznych, utrzymujących się co najmniej 3 miesiące. Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.

ZAŁĄCZNIK NR 2**TABELA USZCZERBKÓW NA ZDROWIU OBJĘTYCH OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ
I ŚWIADCZENIA PRZYSŁUGUJĄCE Z TYTUŁU ICH WYSTĄPIENIA**

RODZAJ USZKODZENIA CIAŁA	PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA OKREŚLONEJ W UMOWIE UBEZPIECZENIA
ZŁAMANIA KOŚCI	
1. Złamanie jednej lub więcej kości sklepienia lub podstawy czaszki	5%
2. Złamanie jednej lub więcej kości twarzoczaszki lub nosa	4%
3. Złamanie łopatki prawej	4,5%
4. Złamanie łopatki lewej	4,5%
5. Złamanie obojczyka prawego	4,5%
6. Złamanie obojczyka lewego	4,5%
7. Złamanie mostka	4,5%
8. Złamanie jednego żebra	1%
9. Złamanie dwóch żeber	2%
10. Złamanie trzech żeber	3%
11. Złamanie czterech żeber	4%
12. Złamanie pięciu żeber	5%
13. Złamanie sześciu żeber	6%
14. Złamanie siedmiu żeber	7%
15. Złamanie ośmiu żeber	8%
16. Złamanie dziewięciu żeber	9%
17. Złamanie co najmniej dziesięciu żeber	10%
18. Złamanie trzonu lub łuku kręgu szyjnego C1	11%
19. Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu szyjnego C1	2,5%
20. Złamanie trzonu lub łuku kręgu szyjnego C2	11%
21. Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu szyjnego C2	2,5%
22. Złamanie trzonu lub łuku kręgu szyjnego C3	11%
23. Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu szyjnego C3	2,5%
24. Złamanie trzonu lub łuku kręgu szyjnego C4	11%
25. Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu szyjnego C4	2,5%
26. Złamanie trzonu lub łuku kręgu szyjnego C5	11%
27. Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu szyjnego C5	2,5%
28. Złamanie trzonu lub łuku kręgu szyjnego C6	11%

RODZAJ USZKODZENIA CIAŁA	PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA OKREŚLONEJ W UMOWIE UBEZPIECZENIA
29. Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu szyjnego C6	2,5%
30. Złamanie trzonu lub tuku kręgu szyjnego C7	11%
31. Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu szyjnego C7	2,5%
32. Złamanie trzonu lub tuku kręgu piersiowego Th1	11%
33. Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th1	2,5%
34. Złamanie trzonu lub tuku kręgu piersiowego Th2	11%
35. Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th2	2,5%
36. Złamanie trzonu lub tuku kręgu piersiowego Th3	11%
37. Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th3	2,5%
38. Złamanie trzonu lub tuku kręgu piersiowego Th4	11%
39. Złamanie jednego lub więcej wyrostków piersiowego Th4	2,5%
40. Złamanie trzonu lub tuku kręgu piersiowego Th5	11%
41. Złamanie jednego lub więcej wyrostków piersiowego Th5	2,5%
42. Złamanie trzonu lub tuku kręgu piersiowego Th6	11%
43. Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th6	2,5%
44. Złamanie trzonu lub tuku kręgu piersiowego Th7	11%
45. Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th7	2,5%
46. Złamanie trzonu lub tuku kręgu piersiowego Th8	11%
47. Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th8	2,5%
48. Złamanie trzonu lub tuku kręgu piersiowego Th9	11%
49. Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th9	2,5%
50. Złamanie trzonu lub tuku kręgu piersiowego Th10	11%
51. Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th10	2,5%
52. Złamanie trzonu lub tuku kręgu piersiowego Th11	11%
53. Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th11	2,5%
54. Złamanie trzonu lub tuku kręgu piersiowego Th12	11%
55. Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu piersiowego Th12	2,5%
56. Złamanie trzonu lub tuku kręgu lędźwiowego L1	11%
57. Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu lędźwiowego L1	2,5%
58. Złamanie trzonu lub tuku kręgu lędźwiowego L2	11%
59. Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu lędźwiowego L2	2,5%

RODZAJ USZKODZENIA CIAŁA	PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA OKREŚLONEJ W UMOWIE UBEZPIECZENIA
60. Złamanie trzonu lub łuku kręgu lędźwiowego L3	11%
61. Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu lędźwiowego L3	2,5%
62. Złamanie trzonu lub łuku kręgu lędźwiowego L4	11%
63. Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu lędźwiowego L4	2,5%
64. Złamanie trzonu lub łuku kręgu lędźwiowego L5	11%
65. Złamanie jednego lub więcej wyrostków kręgu lędźwiowego L5	2,5%
66. Złamanie kości krzyżowej	11%
67. Złamanie kości guzicznej	3,5%
68. Złamanie jedno lub wielomiejscowe niestabilne miednicy	10%
69. Złamanie jedno lub wielomiejscowe stabilne miednicy	4,5%
70. Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte kości ramiennej prawej	7%
71. Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte kości ramiennej lewej	7%
72. Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte kości ramiennej prawej	5%
73. Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte kości ramiennej lewej	5%
74. Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednej lub obydwu kości przedramienia prawego	4%
75. Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednej lub obydwu kości przedramienia lewego	4%
76. Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednej lub obydwu kości przedramienia prawego	2%
77. Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednej lub obydwu kości przedramienia lewego	2%
78. Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednej lub więcej kości nadgarstka lub śródręcza prawego	3%
79. Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednej lub więcej kości nadgarstka lub śródręcza lewego	3%
80. Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednej lub więcej kości nadgarstka lub śródręcza prawego	1%
81. Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednej lub więcej kości nadgarstka lub śródręcza lewego	1%
82. Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca I ręki prawej	3%
83. Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca I ręki lewej	3%
84. Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca I ręki prawej	1%
85. Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca I ręki lewej	1%
86. Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca II ręki prawej	2%
87. Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca II ręki lewej	2%
88. Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca II ręki prawej	1%
89. Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca II ręki lewej	1%
90. Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca III ręki prawej	2%

RODZAJ USZKODZENIA CIAŁA	PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA OKREŚLONEJ W UMOWIE UBEZPIECZENIA
91. Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca III ręki lewej	2%
92. Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca III ręki prawej	1%
93. Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca III ręki lewej	1%
94. Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca IV ręki prawej	2%
95. Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca IV ręki lewej	2%
96. Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca IV ręki prawej	1%
97. Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca IV ręki lewej	1%
98. Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca V ręki prawej	2%
99. Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednego lub więcej paliczków palca V ręki lewej	2%
100. Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca V ręki prawej	1%
101. Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednego lub więcej paliczków palca V ręki lewej	1%
102. Złamanie jedno lub wielomiejscowe kości udowej prawej	10%
103. Złamanie jedno lub wielomiejscowe kości udowej lewej	10%
104. Złamanie rzepki prawej	4%
105. Złamanie rzepki lewej	4%
106. Złamanie jedno lub wielomiejscowe jednej lub obydwu kości podudzia prawego	7%
107. Złamanie jedno lub wielomiejscowe jednej lub obydwu kości podudzia lewego	7%
108. Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednej lub więcej kości stępu lub śródstopia prawego	4%
109. Złamanie jedno lub wielomiejscowe otwarte jednej lub więcej kości stępu lub śródstopia lewego	4%
110. Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednej lub więcej kości stępu lub śródstopia prawego	2%
111. Złamanie jedno lub wielomiejscowe inne niż otwarte jednej lub więcej kości stępu lub śródstopia lewego	2%
112. Złamanie jednego lub więcej paliczków palca I stopy prawej	2,5%
113. Złamanie jednego lub więcej paliczków palca I stopy lewej	2,5%
114. Złamanie jednego lub więcej paliczków palca II stopy prawej	2%
115. Złamanie jednego lub więcej paliczków palca II stopy lewej	2%
116. Złamanie jednego lub więcej paliczków palca III stopy prawej	2%
117. Złamanie jednego lub więcej paliczków palca III stopy lewej	2%
118. Złamanie jednego lub więcej paliczków palca IV stopy prawej	2%
119. Złamanie jednego lub więcej paliczków palca IV stopy lewej	2%
120. Złamanie jednego lub więcej paliczków palca V stopy prawej	2%
121. Złamanie jednego lub więcej paliczków palca V stopy lewej	2%

RODZAJ USZKODZENIA CIAŁA	PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA OKREŚLONEJ W UMOWIE UBEZPIECZENIA
SKRĘCENIA I ZWICHNIĘCIA STAWÓW	
122. Zwichnięcie palca I ręki prawej	2%
123. Zwichnięcie palca I ręki lewej	2%
124. Zwichnięcie palca II ręki prawej	2%
125. Zwichnięcie palca II ręki lewej	2%
126. Zwichnięcie palca III ręki prawej	2%
127. Zwichnięcie palca III ręki lewej	2%
128. Zwichnięcie palca IV ręki prawej	2%
129. Zwichnięcie palca IV ręki lewej	2%
130. Zwichnięcie palca V ręki prawej	2%
131. Zwichnięcie palca V ręki lewej	2%
132. Zwichnięcie stawu łokciowego prawego	3%
133. Zwichnięcie stawu łokciowego lewego	3%
134. Zwichnięcie stawu ramiennie-łopatkowego prawego	3%
135. Zwichnięcie stawu ramiennie-łopatkowego lewego	3%
136. Zwichnięcie lub skręcenie stawu skokowego prawego	4%
137. Zwichnięcie lub skręcenie stawu skokowego lewego	4%
138. Zwichnięcie lub skręcenie stawu kolanowego prawego – z wyłączeniem zwichnięcia rzepki	5%
139. Zwichnięcie lub skręcenie stawu kolanowego lewego – z wyłączeniem zwichnięcia rzepki	5%
140. Zwichnięcie stawu biodrowego prawego	10%
141. Zwichnięcie stawu biodrowego lewego	10%
USZKODZENIA ZĘBÓW	
142. Złamanie jednego zęba stałego	0,5%
143. Złamanie dwóch zębów stałych	1%
144. Złamanie trzech zębów stałych	1,5%
145. Złamanie czterech zębów stałych	2%
146. Złamanie pięciu zębów stałych	2,5%
147. Złamanie sześciu zębów stałych	3%
148. Złamanie siedmiu zębów stałych	3,5%
149. Złamanie ośmiu zębów stałych	4%
150. Złamanie dziewięciu zębów stałych	4,5%

RODZAJ USZKODZENIA CIAŁA	PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA OKREŚLONEJ W UMOWIE UBEZPIECZENIA
151. Złamanie co najmniej dziesięciu zębów stałych	5%
152. Całkowita utrata jednego zęba stałego	1%
153. Całkowita utrata dwóch zębów stałych	2%
154. Całkowita utrata trzech zębów stałych	3%
155. Całkowita utrata czterech zębów stałych	4%
156. Całkowita utrata pięciu zębów stałych	5%
157. Całkowita utrata sześciu zębów stałych	6%
158. Całkowita utrata siedmiu zębów stałych	7%
159. Całkowita utrata ośmiu zębów stałych	8%
160. Całkowita utrata dziewięciu zębów stałych	9%
161. Całkowita utrata co najmniej dziesięciu zębów stałych	10%
Utrata części ciała	
162. Całkowita utrata palca I ręki prawej (całych dwóch paliczków)	22%
163. Całkowita utrata palca I ręki lewej (całych dwóch paliczków)	22%
164. Całkowita utrata palca II ręki prawej (całych trzech paliczków)	8%
165. Całkowita utrata palca II ręki lewej (całych trzech paliczków)	8%
166. Całkowita utrata palca III ręki prawej (całych trzech paliczków)	8%
167. Całkowita utrata palca III ręki lewej (całych trzech paliczków)	8%
168. Całkowita utrata palca IV ręki prawej (całych trzech paliczków)	8%
169. Całkowita utrata palca IV ręki lewej (całych trzech paliczków)	8%
170. Całkowita utrata palca V ręki prawej (całych trzech paliczków)	8%
171. Całkowita utrata palca V ręki lewej (całych trzech paliczków)	8%
172. Całkowita utrata ręki prawej w nadgarstku lub na poziomie śródręcza ze wszystkimi palcami	50%
173. Całkowita utrata ręki lewej w nadgarstku lub na poziomie śródręcza ze wszystkimi palcami	50%
174. Całkowita utrata kończyny górnej prawej w stawie łokciowym lub na wysokości przedramienia	60%
175. Całkowita utrata kończyny górnej lewej w stawie łokciowym lub na wysokości przedramienia	60%
176. Całkowita utrata kończyny górnej prawej w stawie ramiennieo-łopatkowym lub na wysokości ramienia	80%
177. Całkowita utrata kończyny górnej lewej w stawie ramiennieo-łopatkowym lub na wysokości ramienia	80%
178. Całkowita utrata palca I stopy prawej (całych dwóch paliczków)	15%
179. Całkowita utrata palca I stopy lewej (całych dwóch paliczków)	15%
180. Całkowita utrata palca II stopy prawej (całych trzech paliczków)	3%
181. Całkowita utrata palca II stopy lewej (całych trzech paliczków)	3%
182. Całkowita utrata palca III stopy prawej (całych trzech paliczków)	3%

RODZAJ USZKODZENIA CIAŁA	PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA OKREŚLONEJ W UMOWIE UBEZPIECZENIA
183. Całkowita utrata palca III stopy lewej (całych trzech paliczków)	3%
184. Całkowita utrata palca IV stopy prawej (całych trzech paliczków)	3%
185. Całkowita utrata palca IV stopy lewej (całych trzech paliczków)	3%
186. Całkowita utrata palca V stopy prawej (całych trzech paliczków)	3%
187. Całkowita utrata palca V stopy lewej (całych trzech paliczków)	3%
188. Całkowita utrata stopy prawej na poziomie śródstopia ze wszystkimi palcami	40%
189. Całkowita utrata stopy lewej na poziomie śródstopia ze wszystkimi palcami	40%
190. Całkowita utrata kończyny dolnej prawej w stawie skokowym (górnym lub dolnym), lub na wysokości podudzia lub w stawie kolanowym	60%
191. Całkowita utrata kończyny dolnej lewej w stawie skokowym (górnym lub dolnym), lub na wysokości podudzia lub w stawie kolanowym	60%
192. Całkowita utrata kończyny dolnej prawej w stawie biodrowym lub na wysokości uda	75%
193. Całkowita utrata kończyny dolnej lewej w stawie biodrowym lub na wysokości uda	75%
194. Całkowita utrata wzroku w oku prawym	50%
195. Całkowita utrata wzroku w oku lewym	50%
196. Całkowita utrata słuchu w uchu prawym	30%
197. Całkowita utrata słuchu w uchu lewym	30%
198. Całkowita utrata małżowiny usznej prawej	15%
199. Całkowita utrata małżowiny usznej lewej	15%
200. Całkowita utrata nosa	20%
201. Całkowita utrata śledziony	20%
202. Całkowita utrata nerki prawej	35%
203. Całkowita utrata nerki lewej	35%
204. Całkowita utrata macicy	40%
205. Całkowita utrata jajnika prawego	20%
206. Całkowita utrata jajnika lewego	20%
207. Całkowita utrata jądra prawego	20%
208. Całkowita utrata jądra lewego	20%
209. Całkowita utrata mowy	100%
NIEDOWŁADY I PORAŻENIA KOŃCZYN	
210. Porażenie lub niedowład co najmniej dwóch kończyn o nasileniu w skali Lovetta od 0 do 2 stopni	100%
OPARZENIA I ODMROŻENIA	
211. Oparzenie II stopnia do 1% powierzchni ciała	1,5%

RODZAJ USZKODZENIA CIAŁA	PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA OKREŚLONEJ W UMOWIE UBEZPIECZENIA
212. Oparzenie II stopnia powyżej 1% do 15% powierzchni ciała	4%
213. Oparzenie II stopnia powyżej 15% do 30% powierzchni ciała	7%
214. Oparzenie II stopnia powyżej 30% powierzchni ciała	20%
215. Oparzenie III stopnia do 5% powierzchni ciała	4%
216. Oparzenie III stopnia powyżej 5% do 10% powierzchni ciała	10%
217. Oparzenie III stopnia powyżej 10% powierzchni ciała	20%
218. Oparzenie dróg oddechowych leczone podczas pobytu w szpitalu	20%
219. Odmrożenie II lub III stopnia jednego palca ręki lub jednego palca stopy	1,5%
220. Odmrożenie II lub III stopnia dwóch lub więcej palców ręki lub palców stopy, lub odmrożenie nosa, lub odmrożenie ucha	4%
INNE USZKODZENIA	
221. Śpiączka, trwająca dłużej niż 30 dni	100%
222. Podejrzanie wstrząśnienia lub wstrząśnienie mózgu, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 2 dni pobytu w szpitalu	1%
223. Podejrzanie wstrząśnienia lub wstrząśnienie mózgu, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 3 dni pobytu w szpitalu	2%
224. Podejrzanie wstrząśnienia lub wstrząśnienie mózgu, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 4 dni i dłużej pobytu w szpitalu	3%
225. Nagłe zatrucie gazami, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 1 dzień pobytu w szpitalu	5%
226. Nagłe zatrucie substancjami lub produktami chemicznymi, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 1 dzień pobytu w szpitalu	5%
227. Porażenie prądem, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 1 dzień pobytu w szpitalu	5%
228. Porażenie piorunem, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 1 dzień pobytu w szpitalu	5%
229. Pogryzienie, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 1 dzień pobytu w szpitalu	10%
230. Pokąsanie, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 1 dzień pobytu w szpitalu	10%
231. Ukąszenie, które było powodem leczenia szpitalnego trwającego co najmniej 1 dzień pobytu w szpitalu	10%
232. Uszkodzenie ciała, które nie jest wymienione w powyższych wierszach tabeli (bez względu na liczbę takich uszkodzeń należne raz w roku polisowym), o ile leczenie obejmowało co najmniej dwie wizyty lekarskie.	0,5%

**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZŁAMANIA KOŚCI
PRZEZ UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO
NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM**



W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek złamania kości przez ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, o kodzie warunków ZKGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–5 OWU pkt 8–11 OWU pkt 12–17 OWU pkt 18 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 6–7 OWU pkt 8–11 OWU pkt 17 OWU pkt 18 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

www.na.pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZŁAMANIA KOŚCI PRZEZ UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM



Kod OWU: ZKGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek złamania kości przez ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem uchwałą nr nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 19 listopada 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
 - 1) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 2) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
 - 3) **złamanie kości** – całkowite przerwanie ciągłości tkanki kostnej, które spowodował nieszczęśliwy wypadek. Ochrona nie obejmuje pęknięcia kości, nadłamania kości ani odprysku kości.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje tylko takie złamanie kości, które:
 - 1) nastąpiły w wyniku nieszczęśliwego wypadku w okresie naszej ochrony i jednocześnie;
 - 2) są wymienione w pkt 5.
5. W razie złamania kości wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku dla określonego rodzaju złamania. Jeśli jednocześnie złamiesz kilka kości, które wymieniliśmy w tym samym wierszu w poniższej tabeli, pieniądze wypłacimy tylko raz.

Lp.	Rodzaj złamania	Procent sumy ubezpieczenia
1.	kości nadgarstka (jedna lub kilka)	10%
2.	kość strzałkowa (złamanie izolowane, bez złamania kości piszczelowej, w miejscu innym niż nasada dalsza)	10%
3.	kości śródreżca (jedna lub kilka)	10%
4.	kości śródstopia (jedna lub kilka)	10%
5.	mostek	10%
6.	rzepekki (złamanie izolowane)	10%
7.	żebra (trzy lub więcej żeber)	10%

Lp.	Rodzaj złamania	Procent sumy ubezpieczenia
8.	kości nosa (jedna lub dwie)	15%
9.	kości stępu (jedna lub kilka, z wyłączeniem kości piętowej i skokowej)	15%
10.	łopatka	15%
11.	obojczyk	15%
12.	kości twarzoczaszki (z wyłączeniem kości nosa i zębów)	15%
13.	nasada dalsza kości ramiennej lub nasada bliższa kości promieniowej lub nasada bliższa kości łokciowej	20%
14.	nasada bliższa kości ramiennej	20%
15.	trzon kości łokciowej lub trzon kości promieniowej	20%
16.	kości sklepienia i podstawy czaszki	20%
17.	nasada dalsza kości łokciowej lub nasada dalsza kości promieniowej	20%
18.	nasada dalsza kości piszczelowej lub nasada dalsza kości strzałkowej	20%
19.	nasada dalsza kości udowej lub nasada bliższa kości piszczelowej lub rzepka (z wyłączeniem izolowanego złamania rzepki)	25%
20.	kość piętowa lub kość skokowa	25%
21.	kości tworzące miednicę (z wyłączeniem kości guzicznej)	25%
22.	kości paliczków kciuka (jedna lub dwie)	25%
23.	trzon kręgu w odcinku szyjnym lub piersiowym lub lędźwiowym kręgosłupa (jeden lub kilka kręgów)	30%
24.	trzon kości piszczelowej lub dwie kości podudzia	40%
25.	trzon kości ramiennej	40%
26.	nasada bliższa lub szyjka, lub trzon kości udowej	50%

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

6. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminu zawodowe uprawianie sportu – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
 - 1) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 2) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 3) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, zasiłki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.
7. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się przed początkiem naszej ochrony lub wydarzył się:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii
 – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;

- 5) w przypadku, gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na złamanie kości;
- 6) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
- 7) w wyniku zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego.

OGRANICZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach i ile maksymalnie wypłacimy

8. Jeśli dojdzie u Ciebie do amputacji po złamaniu kości, wypłacimy świadczenie – jeśli leczyleś złamanie kości.
9. Wypłata świadczenia za złamanie kości w okresie naszej ochrony nie może przekroczyć łącznie 200% sumy ubezpieczenia.
10. Jeśli wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku dojdzie do kilku złamań kości, które wymieniliśmy w tabeli (zob. pkt 5) – wypłacimy świadczenie maksymalnie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia.
11. Jeśli wskutek kilku nieszczęśliwych wypadków dojdzie do złamania kości, które wymieniliśmy w tabeli (zob. pkt 5) – wypłacimy świadczenie maksymalnie w wysokości 200% sumy ubezpieczenia.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po złamaniu kości

12. Jeśli złamiesz kość, dostarcz nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza złamanie kości oraz okoliczności, w jakich do niego doszło.
13. Możemy dodatkowo:
 - 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
 - 2) zlecić badania medyczne– jeśli będzie to potrzebne.
14. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
15. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
16. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 12, 13 i 15 dokumentacji.
17. Należy Ci się prawo do wypłaty świadczenia jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a złamaniem kości.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

18. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA DZIECKA**



W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia dziecka, o kodzie warunków UDGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–6 OWU pkt 8–10 OWU pkt 11 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 7 OWU pkt 11 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

www.pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA DZIECKA



Kod OWU: UDGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia dziecka uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/108/2019 z dnia 11 czerwca 2019 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 20 lipca 2019 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 sierpnia 2019 roku, z zastrzeżeniem punktu 4 OWU, który ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
 - 1) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 2) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy urodzenie się dziecka ubezpieconemu.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje poniższe zdarzenia, jeśli wystąpią one w okresie naszej ochrony:
 - 1) urodzenie się dziecka;
 - 2) urodzenie się martwego dziecka, jeśli urodzenie zostało zarejestrowane.
5. Jeśli urodzi się dziecko, wypłacimy świadczenie równe 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu urodzenia.
6. Jeśli urodzi się martwe dziecko wypłacimy świadczenie równe 200% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu urodzenia.

KARENCAJA

– czyli okres po zawarciu ubezpieczenia oraz przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia, w którym nie ponosimy odpowiedzialności

7. Nasza ochrona nie działa w takich samych sytuacjach i na takich samych zasadach jak w ubezpieczeniu podstawowym, ale:
 - 1) w razie urodzenia dziecka – nasza ochrona nie działa przez 9 miesięcy od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia;
 - 2) w razie urodzenia martwego dziecka – nasza ochrona nie działa przez 6 miesięcy od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po urodzeniu się dziecka

8. Po urodzeniu się dziecka dostarcz nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) akt urodzenia.
9. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
10. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 8 i 9 dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

- 11.** W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.



**OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU
NA ZDROWIU SPOWODOWANEGO
ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU**

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu, o kodzie warunków TZGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–5 OWU pkt 6–18 OWU pkt 19 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 11–17 OWU pkt 19 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



pod numerem infolinii 801 102 102
(opłata zgodna z taryfą operatora)



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU SPOWODOWANEGO ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU

Kod OWU: TZGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/125/2021 z dnia 8 lipca 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 26 lipca 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 sierpnia 2021 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – jest to trwałe uszkodzenie organu, narządu lub układu. Oznacza to, że dany Twój organ, narząd lub układ został utracony lub jego funkcje są upośledzone – i stan ten nie ulegnie poprawie;
- 2) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 3) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
- 4) **udar mózgu** – który jest nagłym ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany.
Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu:
 - a) w którym badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub
 - b) który był leczony trombolitycznie.Nasza ochrona w tym ubezpieczeniu nie obejmuje przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA) oraz takiego udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu;
- 5) **zawał serca** – który jest uszkodzeniem części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia. Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:
 - a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,
 - b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,
 - c) nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
 - d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.Odpowiadamy również za zawał serca związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych, o ile w badaniach obrazowych stwierdzono nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego o umiejscowieniu odpowiadającym etiologii niedokrwiennej lub w koronarografii stwierdzono powikłania zabiegu ograniczające przepływ krwi oraz w którym stwierdzono wzrost stężenia troponiny sercowej we krwi do wartości:
 - a) 5-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z przeskorną interwencją wieńcową lub
 - b) 10-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z pomostowaniem tętnic wieńcowych.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ciebie trwałego uszczerbku na zdrowiu, który powstał w wyniku zawału serca lub udaru mózgu w okresie naszej ochrony.

5. Jeśli wystąpi u Ciebie trwały uszczerbek na zdrowiu, to za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zawału serca albo udaru mózgu, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po wystąpieniu trwałego uszczerbku

6. Jeśli wystąpi u Ciebie trwały uszczerbek na zdrowiu, dostarcz nam:
- 1) wniosek o wypłatę świadczenia,
 - 2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu.
7. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
8. Możemy dodatkowo:
- 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy,
 - 2) zlecić badania medyczne
- jeśli będzie to potrzebne.
9. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
10. O wypłacie świadczenia oraz stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na zdrowiu decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 6, 7 i 9 dokumentacji.
11. Należy Ci się prawo do wypłaty świadczenia:
- 1) jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między zawałem serca albo udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu,
 - 2) maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu z powodu jednego zawału serca albo udaru mózgu.
12. Trwały uszczerbek na zdrowiu ustalamy, jeśli z medycznego punktu widzenia następstwa zawału serca lub udaru mózgu są trwałe i nie ulegną poprawie pod wpływem leczenia ani rehabilitacji, i wypłacamy pełną kwotę świadczenia.
13. Jeśli nie jest możliwe określenie ostatecznej wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu, ustalamy bezsporną część tego uszczerbku, czyli taką, która nie ulegnie zmianie bez względu na dalsze leczenie i rehabilitację i wypłacamy kwotę świadczenia, do której nie było żadnych wątpliwości. Oceny końcowej trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonujemy nie później niż na 24. miesiąc od wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
14. Zmiana wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu po 24 miesiącu od wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu nie jest podstawą do zmiany wysokości świadczenia.
15. Jeśli wskutek zawału serca lub udaru mózgu został uszkodzony organ, narząd lub układ, który był już wcześniej uszkodzony, to wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalamy jako różnicę pomiędzy stanem po zawałe serca lub udarze mózgu a stanem istniejącym bezpośrednio przed zawałem serca lub udarem mózgu.
16. Wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalamy w oparciu o Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu. Tabela jest załącznikiem do OWU.
17. Gdy ustalamy wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie bierzemy pod uwagę rodzaju pracy ani czynności, jakie wykonujesz.
18. Pieniądze za trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu wypłacamy jednorazowo w pełnej należnej kwocie – z uwzględnieniem pkt 13.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

19. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK
TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU
SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM**



W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, o kodzie warunków TUGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–5 OWU pkt 8–21 OWU pkt 22 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 6–7 OWU pkt 13–20 OWU pkt 22 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

www.nauka.edu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM



Kod OWU: TUGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 19 listopada 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – jest to trwałe uszkodzenie organu, narządu lub układu. Oznacza to, że dany Twój organ, narząd lub układ został utracony lub jego funkcje są upośledzone – i stan ten nie ulegnie poprawie;
 - 2) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 3) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ciebie trwałego uszczerbku na zdrowiu, który powstał w wyniku nieszczęśliwego wypadku w okresie naszej ochrony.
5. Jeśli wystąpi u Ciebie trwały uszczerbek na zdrowiu, to za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

6. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminu zawodowe uprawianie sportu – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
 - 1) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 2) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 3) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, zasiłki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.
7. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się przed początkiem okresu naszej ochrony lub wydarzył się:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;

- 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii
 – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;
- 5) w przypadku, gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
- 6) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
- 7) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia;
- 8) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
- 9) w wyniku uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
- 10) w wyniku zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po wystąpieniu trwałego uszczerbku

8. Jeśli wystąpi u Ciebie trwały uszczerbek na zdrowiu, dostarcz nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia,
 - 2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza trwały uszczerbek na zdrowiu oraz okoliczności, w jakich do niego doszło.
9. Możemy dodatkowo:
 - 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy,
 - 2) zlecić badania medyczne
 – jeśli będzie to potrzebne.
10. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
11. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
12. O wypłacie świadczenia oraz stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na zdrowiu decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 8, 9 i 11 dokumentacji.
13. Należy Ci się prawo do wypłaty świadczenia:
 - 1) jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu,
 - 2) maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu z powodu jednego nieszczęśliwego wypadku.
14. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalamy po tym, kiedy zakończysz leczenie i rehabilitację.
15. Jeśli zgłosisz świadczenie w trakcie leczenia i rehabilitacji, możemy:
 - 1) poprosić o opinię lekarza,
 - 2) zlecić dodatkowe badania medyczne – jeśli będzie to potrzebne
 i wypłacić część kwoty świadczenia, do której nie było żadnych wątpliwości.
16. Jeśli lekarz nie jest w stanie określić ostatecznego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu związanego z danym nieszczęśliwym wypadkiem, poprosimy go ponownie o jego określenie. Opinia lekarza będzie uwzględniać stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu występujący do 24. miesiąca od dnia, w którym wydarzył się ten nieszczęśliwy wypadek.
17. Jeśli w późniejszym czasie zmieni się stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszy się lub pogorszy), nie zmienimy wysokości wypłaty świadczenia.
18. Jeśli wskutek nieszczęśliwego wypadku utracisz lub uszkodzisz organ lub narząd, lub układ, którego funkcje przed tym nieszczęśliwym wypadkiem były już uszkodzone z powodu choroby lub urazu – i ma to wpływ na ustalenie aktualnego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu – to stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalimy w ten sposób, że porównamy stan sprzed i po wypadku.

PRZYKŁAD



Zrobimy to tak: pomniejszymy stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu danego organu lub narządu, lub układu po wypadku o procent uszkodzenia lub utraty tego organu lub narządu, lub układu, który istniał bezpośrednio przed wypadkiem.

Czyli jeśli przed wypadkiem – wskutek poprzedniego złamania – miałeś bezużyteczny kciuk u prawej ręki, a w wyniku wypadku stracisz całą prawą rękę, to wypłacimy 120% sumy ubezpieczenia. Zrobimy to przy założeniu, że 4% sumy ubezpieczenia równa się 1% trwałego uszczerbku (TU).

55% za utratę ręki na poziomie nadgarstka – 25% za całkowitą bezużyteczność kciuka = 30% TU

19. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalamy w oparciu o Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu. Tabela jest załącznikiem do OWU.
20. Gdy ustalamy stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie bierzemy pod uwagę rodzaju pracy ani czynności, jakie wykonujesz.
21. Świadczenie za trwały uszczerbek na zdrowiu wypłacamy jednorazowo w pełnej należnej kwocie – z uwzględnieniem pkt 15 i 16.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

22. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.



**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU
NA ZDROWIU MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO
SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM**

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, o kodzie warunków MTGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–5 OWU pkt 9–21 OWU pkt 22 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 6–8 OWU pkt 14–20 OWU pkt 22 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



pod numerem infolinii 801 102 102
(opłata zgodna z taryfą operatora)

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO SPowodowanego NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM



Kod OWU: MTGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem nr UZ/137/2020 z dnia 22 czerwca 2020 r. (zwane dalej OWU).

OWU mają zastosowanie do ofert sporządzanych od dnia 20 lipca 2020 r. oraz do umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie tych ofert.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – jest to trwałe uszkodzenie organu, narządu lub układu. Oznacza to, że dany organ, narząd lub układ został utracony lub jego funkcje są upośledzone – i stan ten nie ulegnie poprawie;
- 2) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 3) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdarzenie w Twoim życiu jakim jest wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u małżonka albo partnera życiowego trwałego uszczerbku na zdrowiu, wymienionego w załączniku nr 1 do tych OWU, który powstał w wyniku nieszczęśliwego wypadku w okresie naszej ochrony.
5. Jeśli do małżonka albo partnera życiowego wystąpi trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem to za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

6. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminu zawodowe uprawianie sportu – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
 - 1) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 2) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 3) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, załóżki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.
7. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek wydarzył się przed początkiem okresu naszej ochrony lub wydarzył się:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału małżonka albo partnera życiowego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez małżonka albo partnera życiowego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli małżonek albo partner życiowy prowadził pojazd:
 - a) bez posiadania wymaganych uprawnień lub,
 - b) niedopuszczony do ruchu w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym lub,
 - c) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub po użyciu narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;– jeśli któraś z powyższych okoliczności miała wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;

- 5) gdy małżonek albo partner życiowy był w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub po użyciu: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia;
 - 6) w wyniku umyślnego samookaleczenia się małżonka albo partnera życiowego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera życiowego;
 - 7) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia;
 - 8) w wyniku użycia przez małżonka albo partnera życiowego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego lub w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. produktów;
 - 9) w wyniku zawodowego uprawiania sportu przez małżonka albo partnera życiowego.
8. Nasze ochrona nie obejmuje wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy pieniądze po wystąpieniu trwałego uszczerbku u małżonka albo partnera życiowego

9. Jeśli u małżonka albo partnera życiowego wystąpi trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, dostarcz nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza trwały uszczerbek na zdrowiu oraz okoliczności, w jakich do niego doszło;
 - 3) akt Waszego małżeństwa – jeśli jesteście małżeństwem;
 - 4) zgodę udzieloną przez małżonka albo partnera życiowego na przetwarzanie jego danych osobowych.
10. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty.
11. Możemy dodatkowo:
 - 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
 - 2) zlecić badania medyczne – jeśli będzie to konieczne dla ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości należnego Ci świadczenia.
12. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
13. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego określamy na podstawie dokumentacji wymienionej w pkt 9, 10 i 11 oraz załącznika nr 1 do tych OWU.
14. Należy Ci się prawo do wypłaty świadczenia:
 - 1) jeśli istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem, a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego;
 - 2) maksymalnie na 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego z powodu jednego nieszczęśliwego wypadku.
15. Oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonujemy po zakończeniu przez małżonka albo partnera życiowego leczenia lub rehabilitacji z zastrzeżeniem pkt. 16 i 17.
16. Jeśli zgłosisz świadczenie w trakcie leczenia lub rehabilitacji małżonka albo partnera życiowego, możemy:
 - 1) poprosić o dodatkową opinię lekarza;
 - 2) zlecić dodatkowe badania medyczne – jeśli będzie to potrzebne i wypłacić część kwoty świadczenia, do której nie było żadnych wątpliwości.
17. Lekarz dokonuje końcowej oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego, według stanu zdrowia małżonka lub partnera życiowego do 24. miesiąca licząc od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.
18. Jeśli w późniejszym czasie (po upływie 24 miesięcy licząc od dnia, w którym wystąpił nieszczęśliwy wypadek) zmieni się procent trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszy się lub pogorszy) małżonka albo partnera życiowego, nie będzie to skutkowało zmianą wysokości świadczenia.
19. Jeśli trwałemu uszczerbkowi ulegnie organ lub narząd lub układ, którego funkcje były już wcześniej uszkodzone, z powodu choroby lub urazu, to aktualny procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalimy, w ten sposób, że porównamy stan przed i po nieszczęśliwym wypadku.



PRZYKŁAD

Zrobimy to tak: pomniejszymy stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu: danego organu lub narządu, lub układu po wypadku o procent uszkodzenia lub utraty tego organu lub narządu, lub układu, który istniał bezpośrednio przed wypadkiem. Czyli jeśli przed wypadkiem – wskutek poprzedniego złamania – małżonek albo partner życiowy miał bezużyteczny kciuk u prawej ręki, a w wyniku wypadku stracił całą prawą rękę, to wypłacimy 120% sumy ubezpieczenia. Zrobimy to przy założeniu, że 4% sumy ubezpieczenia równa się 1% trwałego uszczerbku (TU). 55% za utratę ręki na poziomie nadgarstka – 25% za całkowitą bezużyteczność kciuka = 30% TU

20. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalamy w oparciu o Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, która stanowi załącznik nr 1 do tych OWU.
21. Świadczenie za trwały uszczerbek na zdrowiu wypłacamy jednorazowo w pełnej należnej kwocie – z uwzględnieniem pkt. 17 i 18.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

22. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

TABELA NORM OCENY PROCENTOWEJ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU

A. USZKODZENIA GŁOWY	Procent uszczerbku na zdrowiu
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
a) uszkodzenie powłok czaszki – w zależności od rozmiaru, ruchomości, tkiwości blizn itp.	1–10
Pozbawienie owłosienia (w zależności od obszaru):	
b) poniżej 25% powierzchni skóry owłosionej	1–10
c) od 25% do 75% powierzchni skóry owłosionej	11–20
d) powyżej 75% powierzchni skóry owłosionej	21–30
UWAGA: W przypadku uzupełnienia ubytku skóry owłosionej przeszczepem skóry oraz odtworzenia własnego owłosienia należy oceniać wg punktu 1 a. W przypadku skutecznej replantacji skalpu oceniać wg punktu 1a.	
2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgniotenia, szczeliny, fragmentacja) – w zależności od rozległości uszkodzeń:	
a) bez wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego	1–10
b) z nawracającym płynotokiem nosowym i/lub usznym	10–30
3. Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni – w zależności od rozmiarów:	
a) poniżej 10 cm ²	1–10
b) od 10 do 50 cm ²	11–15
c) powyżej 50 cm ²	16–25
UWAGA: Jeżeli powstały ubytek kości został uzupełniony operacją plastyczną z dobrym efektem, odsetek trwałego uszczerbku na zdrowiu oceniony za pierwotny ubytek – należy zmniejszyć o połowę. Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), należy osobno oceniać stopień uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości wg poz. 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki wg poz. 1.	
4. Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej leczonej operacyjnie, przepukliny mózgowej – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań:	1–25
5. Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego:	
a) porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0–1° wg skali Lovette'a	100
b) głęboki niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych znacznie utrudniający sprawność kończyn 2° lub 2/3° wg skali Lovette'a	60–80
c) średniego stopnia niedowład połowiczy lub niedowład obu kończyn dolnych 3° lub 3/4° wg skali Lovette'a	40–60
d) nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych 4° lub 4/5° wg skali Lovette'a	10–40
e) porażenie kończyny górnej 0–1° wg skali Lovette'a z niedowładem kończyny dolnej 3–4° wg skali Lovette'a:	
prawej	70–90
lewej	60–80
f) niedowład kończyny górnej 3–4° wg skali Lovette'a z porażeniem kończyny dolnej 0–1° wg skali Lovette'a:	
prawej	70–90
lewej	60–80
g) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 0–1° wg skali Lovette'a:	
prawa	40–50
lewa	30–40
h) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 2°–2/3° wg skali Lovette'a:	
prawa	30–40
lewa	25–30
i) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 3–4° wg skali Lovette'a:	
prawa	10–30
lewa	5–20
j) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 0° wg skali Lovette'a:	50
k) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 1–2° wg skali Lovette'a:	30–50
l) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 3–4° wg skali Lovette'a	10–30
UWAGA: W przypadku współistnienia zaburzeń mowy o typie afazji oceniać dodatkowo wg punktu 11, uwzględniając, że całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%. W przypadku współistnienia deficytu ruchowego z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi, należy oceniać wg punktu 5 g oddzielnie dla każdej kończyny.	

A. USZKODZENIA GŁOWY	Procent uszczerbku na zdrowiu
----------------------	-------------------------------

SKALA LOVETTE'A

0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej, 1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 10% prawidłowej siły mięśniowej,
 2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 25% prawidłowej siły mięśniowej,
 3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej,
 4° – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 75% prawidłowej siły mięśniowej
 5° – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej

6. Izolowane zespoły pozapiramidowe:	
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100
b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, itp.	40–80
c) zaznaczony zespół pozapiramidowy	5–30
7. Zaburzenia równowagi i inne poza niedowładem zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria, inne objawy zespołu mózdkowego) pochodzenia mózgowego:	
a) uniemożliwiające chodzenie	100
b) utrudniające w dużym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	50–80
c) utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	10–40
d) utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową	1–10
8. Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu:	
a) padaczka z bardzo częstymi napadami – 3 napady w tygodniu i więcej	50–60
b) padaczka z napadami – powyżej 2 na miesiąc	30–50
c) padaczka z napadami – 2 i mniej na miesiąc	10–30
d) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	1–10
UWAGA: Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja z przebiegu leczenia, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego. W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9.	
9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych:	
a) ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne uniemożliwiające samodzielną egzystencję	80–100
b) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym	50–80
c) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu	30–50
d) encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi i/lub niewielkim deficytem neurologicznym	10–30
UWAGA: Rozpoznanie encefalopatii powinno być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, udokumentowane badaniem psychiatrycznym, psychologicznym i neurologicznym oraz zmiany w obrazie EEG, TK lub NMR.	
10. Nerwice i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych lub po ciężkim uszkodzeniu ciała:	
a) skargi subiektywne związane z urazem głowy lub z ciężkim uszkodzeniem innych części ciała w zależności od stopnia zaburzeń (nawracające bóle i zawroty głowy, męczliwość, nadpobudliwość, osłabienie pamięci, trudności w skupieniu uwagi, bezzsenność itp.)	1–5
b) zespół stresu pourazowego, utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym lub po ciężkim uszkodzeniu ciała – w zależności od stopnia zaburzeń, wymagające stałego leczenia psychiatrycznego	5–20
11. Zaburzenia mowy:	
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agnafią i aleksją	100
b) afazja całkowita motoryczna	60
c) afazja średniego i znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	20–40
d) afazja nieznacznego stopnia	10–20
12. Zespoły podwzgórzowe i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):	
a) znacznie upośledzające czynność ustroju	40–60
b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20–30
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:	
a) z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	20–35
b) z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	10–20

A. USZKODZENIA GŁOWY		Procent uszczerbku na zdrowiu
c) z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki		5–15
d) zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka		1–15
14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia:		
a) czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)		1–10
b) ruchowe		1–10
c) czuciowo-ruchowe		5–20
15. Uszkodzenie nerwu twarzowego:		
a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki		20
b) obwodowe częściowe w zależności od nasilenia dolegliwości		5–15
c) izolowane uszkodzenie centralne		5–10
UWAGA: Współistnienie uszkodzenia nerwu twarzowego z pęknięciem kości skalistej oceniać wg poz. 48. Uszkodzenie centralne nerwu twarzowego współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu oceniać wg punktu 5 lub 9.		
16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodów pokarmowych:		
a) niewielkiego stopnia		5–10
b) średniego stopnia		10–25
c) dużego stopnia		25–50
17. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:		3–15
18. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:		5–20
UWAGA: Jeżeli uszkodzeniem nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu, należy oceniać wg punktu 9.		
19. Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki):		
a) oszpeccenia bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy		1–10
b) oszpeccenia z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji		5–30
c) oszpeccenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji		30–60
20. Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, uszkodzenia chrząstki, ubytki części miękkich):		
a) uszkodzenia nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia – blizny i/lub niewielkie zniekształcenie nosa		1–5
b) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania – znacznego stopnia deformacja nosa lub utrata części nosa		5–15
c) uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia – w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu		15–20
d) utrata lub zaburzenia powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki:		1–5
e) utrata znacznej części nosa lub utrata całkowita (łącznie z kością nosa)		20–30
UWAGA: O ile znacznej deformacji nosa towarzyszą blizny nosa, oceniać łącznie wg punktu 20. O ile uszkodzenie nosa, warg, powiek wchodzi w zespół uszkodzeń objętych punktem 19, należy stosować ocenę wg tego punktu (tj. wg punktu 19).		
21. Uszkodzenia w obrębie zębów:		
a) utrata częściowa korony zęba bez uszkodzeń miazgi – siekacze lub kły		1
b) utrata częściowa korony zęba bez uszkodzeń miazgi – pozostałe zęby		0,5
c) utrata częściowa korony zęba z uszkodzeniem miazgi – siekacze lub kły		1,5
d) utrata częściowa korony zęba z uszkodzeniem miazgi – pozostałe zęby		1
e) całkowita utrata korony zęba z zachowaniem korzenia – siekacze lub kły		2
f) całkowita utrata korony zęba z zachowaniem korzenia – pozostałe zęby		1,5
g) całkowita utrata zęba – siekacze lub kły		3
h) całkowita utrata zęba – pozostałe zęby		2
i) pourazowe rozchwianie zęba		0,5
22. Uszkodzenia (złamania, zwichnięcia) kości oczodołu, szczęki, kości jarzmowej, żuchwy, stawu skroniowo-żuchwowego – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, niesymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, rozwierania jamy ustnej, zaburzeń czucia:		
a) nieznacznego stopnia		1–5

A. USZKODZENIA GŁOWY		Procent uszczerbku na zdrowiu
b) średniego stopnia		5–10
c) znacznego stopnia		10–25

UWAGA:
W przypadku urazu oczodołu z dwojeniem obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku należy oceniać dodatkowo wg punktu 26 b, w przypadku zaburzeń ostrości wzroku według tabeli 26 a.
W przypadku pojawienia się dużych deficytów neurologicznych dotyczących unerwienia twarzy orzekać dodatkowo z punktu właściwego dla danego nerwu.
Jeżeli uszkodzeniu kości twarzoczaszki towarzyszy oszpecenie, oceniać jedynie wg punktu 19.
W przypadku złamania żuchwy z innymi kośćmi twarzoczaszki, następstwa uszkodzeń żuchwy oceniać oddzielnie od złamania pozostałych kości twarzoczaszki – dodatkowo z punktu 22 lub 23.

23. Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów – zależności od wielkości ubytków, oszpecenia i powikłań:		
a) częściowa		15–35
b) całkowita		40–50

24. Ubytek podniebienia:		
a) z zaburzeniami mowy i polykania – w zależności od stopnia zaburzeń		10–25
b) z dużymi zaburzeniami mowy i polykania – w zależności od stopnia zaburzeń		25–40

25. Urazy języka, przedsionka jamy ustnej, warg, ubytki – w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, zaburzeń mowy, trudności w polykaniu:		
a) uszkodzenie języka, uszkodzenia przedsionka jamy ustnej, warg w zależności od wielkości uszkodzeń – zmiany i ubytki niewielkiego stopnia		1–5
b) ubytki języka, uszkodzenia przedsionka jamy ustnej i warg – zmiany i ubytki średniego stopnia upośledzające odżywianie		5–15
c) duże zmiany i ubytki języka – upośledzające mowę i odżywianie w zależności od stopnia		15–40
d) całkowita utrata języka		50

B. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU		Procent uszczerbku na zdrowiu
-------------------------------	--	-------------------------------

26. Obniżenie ostrości wzroku bądź utrata jednego lub obu oczu:		
a) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obu oczu trwały uszczerbek ocenia się wg tabeli 26a		

Tabela 26a

Ostrość wzroku oka prawego	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
Ostrość wzroku oka lewego	Procent trwałego uszczerbku										
1,0 (10/10)	0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35
0,9 (9/10)	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40
0,8 (8/10)	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45
0,7 (7/10)	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50
0,6 (6/10)	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0,5 (5/10)	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0,4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0,3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0,2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0,1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

b) dwojenie obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku	1–10
c) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyłuszczeniem gałki ocznej	38

UWAGA:
Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Wartość uszczerbku w punkcie 26 c obejmuje również oszpecenie związane z wyłuszczeniem gałki ocznej.

27. Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:		
a) jednego oka		15
b) obu oczu		30

UWAGA:
W przypadku pseudosoczewkowatości bez zaburzeń ostrości wzroku oceniać wg punktu 27, w przypadku niedających się skorygować zaburzeń ostrości wzroku wg punktu 34.

B. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU			Procent uszczerbku na zdrowiu
28. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:			
a) z zaburzeniami ostrości wzroku			wg tabeli 26a
b) z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej, blizny rogówki – bez zaburzeń ostrości wzroku			1–5
29. Uszkodzenie gałki ocznej – wskutek urazów drążących oraz nieusunięte ciało obce oczodołu:			
a) z zaburzeniami ostrości wzroku			wg tabeli 26a
b) z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej, blizny rogówki – bez zaburzeń ostrości wzroku			1–5
c) nieusunięte ciało obce wewnątrzgałkowe z obniżeniem ostrości wzroku			wg tabeli 26a + 10%
d) nieusunięte ciało obce wewnątrzgałkowe bez obniżenia ostrości wzroku			10
e) nieusunięte ciało obce oczodołu			1–5
30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:			
a) w zależności od zaburzeń ostrości wzroku			wg tabeli 26a
b) bez zaburzeń ostrości wzroku			1–5
31. Koncentryczne zwężenie pola widzenia oceniać wg poniższej tabeli 31 w zależności od – mniej lub bardziej korzystnej lokalizacji zwężenia pola widzenia:			
a) w zależności od zaburzeń ostrości wzroku			wg tabeli 26a
b) bez zaburzeń ostrości wzroku			1–5
31. Koncentryczne zwężenie pola widzenia oceniać wg poniższej tabeli 31 w zależności od – mniej lub bardziej korzystnej lokalizacji zwężenia pola widzenia:			
Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepotcie drugiego oka
60°	0	0	20–35%
50°	1–5%	10–15%	35–45%
40°	5–10%	15–25%	45–55%
30°	10–15%	25–50%	55–70%
20°	15–20%	50–80%	70–85%
10°	20–25%	80–90%	85–95%
poniżej 10°	25–35%	90–95%	95–100%
			Procent uszczerbku na zdrowiu
32. Połowicze i inne niedowidzenia:			
a) dwuskroniowe			60
b) dwunosowe			30
c) jednoimienne			30
d) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)			1–5
33. Bezsoczewkowość bez współistnienia zaburzeń ostrości wzroku po korekcie:			
a) w jednym oku			25
b) w obu oczach			40
UWAGA: W przypadku gdy współistnieją niedające się skorygować zaburzenia ostrości wzroku, ocenia się dodatkowo wg tabeli 26a z ograniczeniem do 35% dla jednego oka i 100% za oba oczy.			
34. Pseudosoczewkowość przy współistnieniu niepoddających się korekcie zaburzeń ostrości wzroku:			
a) w jednym oku			wg tabeli 26a w granicach 15–35
b) w obu oczach			wg tabeli 26a w granicach 30–100
35. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie) w zależności od stopnia i natężenia:			
a) w jednym oku			5–10
b) w obu oczach			10–15
36. Odwarstwienie siatkówki jednego oka – oceniać wg tabeli 26a i 31 nie mniej niż:			
			15
37. Jaskra:			
a) bez zaburzeń pola widzenia i ostrości wzroku			2

B. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU	Procent uszczerbku na zdrowiu
b) z zaburzeniem pola widzenia i ostrości wzroku oceniać wg tabeli ostrości wzroku (poz. 26a) oraz tabeli koncentrycznego zwiężenia pola widzenia (poz. 31), z tym zastrzeżeniem, że ogólny procent uszczerbku nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oba oczy.	
38. Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia:	50–100
39. Zaćma urazowa – oceniać wg tabeli ostrości wzroku (poz. 26a).	
40. Przewlekłe zapalenie spojówek, uszkodzenia powiek (oparzenia, urazy itp.):	
a) niewielkie zmiany	1–5
b) duże zmiany, blizny i zrosty powiek powodujące niedomykalność	5–10
UWAGA: Suma orzeczonego uszczerbku na zdrowiu z tytułu uszkodzeń poszczególnych struktur oka nie może przekroczyć wartości uszczerbku przewidzianej za całkowitą utratę wzroku w jednym oku (35%) lub w obu oczach (100%). Jeżeli uraz powiek wchodzi w skład uszkodzeń innych części twarzy, oceniać według punktu 19 lub 22.	

C. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU	Procent uszczerbku na zdrowiu
41. Upośledzenie ostrości słuchu:	

- a) Przy upośledzeniu ostrości słuchu trwały uszczerbek ocenia się wg niżej podanej tabeli:

Tabela 41a

Obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosera (w mod.)				
Ucho prawe Ucho lewe	0–25 dB	26–40 dB	41–70 dB	Pow. 70 dB
0–25 dB	0	5%	10%	20%
26–40 dB	5%	15%	20%	30%
41–70 dB	10%	20%	30%	40%
pow. 70 dB	20%	30%	40%	50%

Procent uszczerbku na zdrowiu

UWAGA:
 Oblicza się oddzielnie średnią dla ucha prawego i lewego, biorąc pod uwagę częstotliwości 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 500, 1000, 4000 Hz.

b) pourazowe szumy uszne – w zależności od stopnia nasilenia	1–5
--	-----

UWAGA:
 Jeżeli szum uszny towarzyszy deficytowi słuchu, należy oceniać wyłącznie według tabeli 41a, natomiast jeżeli towarzyszy zaburzeniom równowagi, to oceniać wg punktu 47.

42. Urazy małżowiny usznej:	
------------------------------------	--

a) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) lub utrata części małżowiny – w zależności od stopnia uszkodzeń	1–10
b) całkowita utrata jednej małżowiny	15
c) całkowita utrata obu małżowin	30

43. Zwiężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego – jednostronne lub obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu:	oceniać wg tabeli 41a
---	-----------------------

44. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:	
--	--

a) jednostronne	5
b) obustronne	10

45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – w zależności od stopnia powikłań:	
---	--

a) jednostronne	5–15
b) obustronne	10–20

46. Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych:	
---	--

a) bez upośledzenia słuchu, w zależności od blizn, zniekształceń	1–5
b) z upośledzeniem słuchu	Oceniać wg tabeli 41a

C. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU	Procent uszczerbku na zdrowiu
47. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:	
a) z uszkodzeniem części słuchowej	Oceniać wg tabeli 41a
b) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi)	1–20
c) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się, nudności, wymioty)	20–50
d) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	30–60
48. Uszkodzenie nerwu twarowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:	
a) jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia	10–25
b) dwustronne	25–60

D. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZĘŁYKU	Procent uszczerbku na zdrowiu
49. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji	
	5–10
50. Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych, pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) niewielka okresowa duszność, chrypka	5–10
b) świst krtaniowy, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachtystywanie się	10–30
51. Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej:	
a) z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia	35–50
b) z bezgłosem.	60
52. Uszkodzenie tchawicy – w zależności od stopnia jej zwężenia:	
a) bez niewydolności oddechowej.	1–10
b) duszność w trakcie wysiłku fizycznego	10–20
c) duszność w trakcie chodzenia po poziomym odcinku drogi wymagająca okresowego zatrzymania się w celu nabrania powietrza	20–40
d) duże zwężenie potwierdzone badaniem bronchoskopowym z dusznością spoczynkową	40–60
53. Uszkodzenie przełyku:	
a) ze zwężeniem bez zaburzeń w odżywianiu	1–5
b) z częściowymi trudnościami w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	5–30
c) odżywianie tylko płynami	50
d) całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	80
54. Uszkodzenie tkanek miękkich skóry, mięśni, naczyń – w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy:	
a) zmiany niewielkiego stopnia	1–5
b) zmiany średniego stopnia	5–15
c) rozległe blizny, w znacznym stopniu ograniczona ruchomość szyi z niesymetrycznym ustawieniem głowy	15–30
UWAGA: Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego oceniać wg punktu 89.	

E. USZKODZENIA KŁATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA	Procent uszczerbku na zdrowiu
55. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu – w zależności od zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:	
a) zniekształcenia, ubytki i blizny nieograniczające ruchomości klatki piersiowej	1–5
b) mierne ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe z niewielkim zmniejszeniem wydolności oddechowej	5–10
c) średniego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe ze średnim zmniejszeniem wydolności oddechowej	10–25
d) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, rozległe ściągające blizny, duże ubytki mięśniowe ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	25–40
UWAGA: Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.	

E. USZKODZENIA KŁATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA		Procent uszczerbku na zdrowiu
56. Utrata brodawki:		
a) częściowa w zależności od rozległości blizn		1–10
b) całkowita utrata brodawki – w zależności od płci i wieku		10–15
UWAGA: Stopień uszczerbku na zdrowiu po całkowitej utracie brodawki oceniać również wg przewidywanej utraty funkcji.		
57. Uszkodzenie lub utrata sutka w zależności od wielkości ubytków i blizn:		
a) częściowe uszkodzenie lub częściowa utrata w zależności od wielkości ubytku.		5–15
b) całkowita utrata sutka – w zależności od płci i wieku		20–25
c) utrata sutka z częścią mięśnia piersiowego w zależności od płci i wieku		30–35
UWAGA: Stopień uszczerbku na zdrowiu po całkowitej utracie sutka oceniać również wg przewidywanej utraty funkcji.		
58. Złamanie żeber:		
a) żebra – bez zniekształceń		1
b) żeber – bez zniekształceń, bez zmniejszenia wydolności oddechowej		2–5
c) żebra lub żeber z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia wydolności oddechowej		2–10
d) złamanie żeber z miernym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – z niewielkiego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej		5–10
e) złamanie żeber ze średniego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – ze średniego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej.		10–25
f) złamanie żeber ze znacznego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej, ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej		25–40
UWAGA: Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.		
59. Złamanie mostka:		
a) bez zniekształceń		1–3
b) z obecnością zniekształceń		3–10
60. Złamanie żeber lub mostka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami – ocenia się wg poz. 58–59, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o:		1–15
61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):		
a) uszkodzenie płuc i opłucnej bez cech niewydolności oddechowej		1–5
b) z objawami niewydolności oddechowej niewielkiego stopnia		5–10
c) z objawami niewydolności oddechowej średniego stopnia		10–25
d) z niewydolnością oddechową znacznego stopnia		25–40
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej:		40–80
UWAGA: Przy ocenie wg punktów 55, 58, 61 i 62 poza badaniem rentgenowskim, uszkodzenia tkanki płucnej i stopnie niewydolności oddechowej muszą być potwierdzone badaniem spirometrycznym i/lub badaniem gazometrycznym. W przypadku gdy następstwa obrażeń klatki piersiowej są oceniane z kilku punktów tabeli, a niewydolność oddechowa towarzyszy tym następstwom, trwałe uszczerbki na zdrowiu wynikające ze stopnia niewydolności oddechowej ustala się wyłącznie w oparciu o jeden z tych punktów.		
Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej:		
– niewielkiego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 70–80%, FEV1 70–80%, FEV1%VC – 70–80% – w odniesieniu do wartości należnych,		
– średniego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 50–70%, FEV1 50–70%, FEV1%VC 50–70% – w odniesieniu do wartości należnych,		
– znaczne zmniejszenie wydolności oddechowej – VC poniżej 50%, FEV1 poniżej 50%, FEV1%VC poniżej 50% – w odniesieniu do wartości należnych.		
63. Uszkodzenie serca lub osierdzia:		
a) z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości.		5–10
b) I klasa NYHA, EF 50–55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości.		10–20
c) II klasa NYHA, EF 45%–55% 7–10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości		20–40
d) III klasa NYHA, EF 35%–45 %, 5–7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości.		40–60

E. USZKODZENIA KŁATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA	Procent uszczerbku na zdrowiu
e) IV klasa NYHA, EF <35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	60–90

UWAGA:

Stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych podpunktów muszą być spełnione co najmniej dwa kryteria.

Klasyfikacja NYHA – klasyfikacja Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego wyróżnia następujące stany czynnościowe serca:

Klasa I.	Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.
Klasa II.	Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.
Klasa III.	Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.
Klasa IV.	Choroba serca, która przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.

Definicja EF – frakcja wyrzutowa lewej komory:

Frakcja wyrzutowa lewej komory – ilość krwi wypływająca z lewej komory do układu krążenia podczas skurczu serca.

Frakcja wyrzutowa jest zwykle wyrażana w procentach jako stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa określa zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności serca. W przypadku choroby serca prowadzącej do jego niewydolności, frakcja wyrzutowa wynosi zwykle poniżej 50%.

Definicja równoważnika metabolicznego – MET, stosowanego przy ocenie próby wysiłkowej:

MET-y – równoważnik metaboliczny jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu, ok. 3,5 ml tlenu na kilogram masy ciała na minutę) uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (w ml/min) przez iloczyn: masy ciała (w kg) x 3,5. Liczbę 3,5 przyjmuje się jako wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.

64. Uszkodzenia przepony – rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia:

a) bez zaburzeń funkcji – np. po leczeniu operacyjnym .	1–5
b) zaburzenia niewielkiego stopnia	5–10
c) zaburzenia średniego stopnia	10–20
d) zaburzenia dużego stopnia	20–40

F. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA	Procent uszczerbku na zdrowiu
---	-------------------------------

65. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki, blizny itp.), okolicy lędźwiowej i krzyżowej – w zależności od charakteru blizn, ubytków, umięśniewienia i rozmiarów uszkodzenia:

a) blizny, niewielkie ubytki tkanek	1–5
b) rozległe przerośnięte, ściągające blizny, ubytki mięśniowe, przetrwałe przepukliny	5–15
c) przetoki	15–30

UWAGA:

Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych).

Nie podlegają orzekaniu przy ustalaniu następstw nieszczęśliwego wypadku przepukliny, do ujawnienia których doszło w wyniku wysiłku fizycznego lub dźwignięcia ciężaru.

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

a) bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	1–5
b) z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywiania	5–15
c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywiania	5–40
d) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – odżywianie jedynie pozajelitowe	50

67. Przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od możliwości zaopatrzenia sprzętem stomijnym i miejscowych powikłań przetoki:

a) jelita cienkiego	30–80
b) jelita grubego	20–70

68. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy niepowodujące upośledzenia funkcji innych narządów w zależności od rozległości uszkodzenia naczyń:

	1–10
--	------

69. Uszkodzenie odbytu, zwieracza odbytu:

F. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA		Procent uszczerbku na zdrowiu
a) blizny, zwięzienia, niewielkie dolegliwości		1–5
b) powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów		60
70. Uszkodzenia odbytnicy:		
a) pełnościennie uszkodzenie – bez zaburzeń funkcji		1–5
b) wypadanie błony śluzowej		5–10
c) wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania		10–30
71. Uszkodzenia śledziony:		
a) leczone zachowawczo (krwaki, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)		2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu		5
c) utrata u osób powyżej 18 roku życia		15
d) utrata u osób poniżej 18 roku		20
72. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki – w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:		
a) bez zaburzeń funkcjonalnych, utrata pęcherzyka żółciowego		1–5
b) zaburzenia czynności wątroby w stopniu A wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu		5–15
c) zaburzenia czynności wątroby w stopniu B wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu		15–40
d) zaburzenia czynności wątroby w stopniu C wg Childa-Pugha, ciężkie zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki		20–60
UWAGA: Przetokę trzustkową oceniać wg ilości wydzielanej treści, stopnia wydolności zewnątrzwydzielniczej oraz zmian wtórnych powłok jamy brzusznej wg punktu 72 b–d. Przetokę żółciową oceniać wg ilości wydzielanej treści oraz zmian wtórnych powłok brzusznych wg punktu 72 b–d. Zwięzienia dróg żółciowych orzekać wg częstości nawrotów zapaleń dróg żółciowych oraz zmian wtórnych w wątrobie wg punktu 72 b–d.		

Klasyfikacja Childa-Pugha – w odniesieniu do wartości należnych

Parametr	Liczba punktów		
	1	2	3
Albumina (g/dl) w sur.	>3,5	2,8–3,5	<2,8
Bilirubina (umol/l) w sur.	<25	25–40	>40
Czas protrombinowy (sek. ponad normę)	<4	4–6	>6
Wodobrzusze	brak	niewielkie	nasilone
Nasilenie encefalopatii	brak	I–II ^a	III–IV ^a

GRUPA A – 5–6 pkt, GRUPA B – 7–9 pkt, GRUPA C – 10–15 pkt

G. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH		Procent uszczerbku na zdrowiu
73. Uszkodzenie nerek:		
a) uszkodzenie nerki bez zaburzeń funkcji (krwaki, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)		1–5
b) uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji		10–25
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej:		35
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki:		40–75
76. Uszkodzenie moczowodu, powodujące zwężenie jego światła:		
a) niepowodujące zaburzeń funkcji		1–5
b) z zaburzeniem funkcji układu moczowego		5–20
77. Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych		
a) bez zaburzeń funkcji		1–5
b) niewielkiego i średniego stopnia zaburzenia funkcji		5–15

G. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH		Procent uszczerbku na zdrowiu
c) znacznego stopnia zaburzenia funkcji		15–30
78. Przetoki górnych dróg moczowych, pęcherza moczowego i cewki moczowej:		
a) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu średnim		10–25
b) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu znacznym		25–50
79. Zwężenia cewki moczowej:		
a) powodujące trudności w oddawaniu moczu, bez nawracających zakażeń		5–15
b) z nawracającymi zakażeniami		15–30
c) z nietrzymaniem moczu lub zaleganiem moczu		30–75
UWAGA: Stopień zaburzeń w oddawaniu moczu powinien być potwierdzony badaniami urodynamicznymi.		
80. Utrata prącia:		40
81. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji:		5–30
82. Uszkodzenie lub utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w pozostałych punktach tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:		5–20
83. Utrata obu jąder lub obu jajników:		40
84. Pourazowy wodniak jądra:		
a) wyleczony operacyjnie		2
b) w zależności od nasilenia zmian		2–10
85. Utrata lub uszkodzenie macicy:		
a) uszkodzenie lub częściowa utrata		5–20
b) utrata w wieku do 50 lat		40
c) utrata w wieku powyżej 50 lat		20
86. Uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy, pośladków:		
a) blizny, ubytki, deformacje		1–10
b) wypadanie pochwy		5–10
c) wypadanie pochwy i macicy		30
H. OSTRE ZATRUCIA, NAGŁE DZIAŁANIA CZYNNIKÓW CHEMICZNYCH, FIZYCZNYCH I BIOLOGICZNYCH		Procent uszczerbku na zdrowiu
87. Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami i produktami chemicznymi:		
a) ze stwierdzoną utratą przytomności, obserwacją szpitalną, lecz bez trwałych wtórnych powikłań		1–5
b) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu średnim		10–20
c) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według pozycji odpowiednich dla danego narządu lub układu.		
d) uszkodzenie układu krwiotwórczego		15–25
88. Inne następstwa zatruc oraz ogólne następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych (porażenia prądem, porażenia piorunem, następstwa ukąszeń) – w zależności od stopnia uszkodzenia:		
a) ze stwierdzoną utratą przytomności, obserwacją szpitalną, lecz bez trwałych wtórnych powikłań		1–5
b) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu średnim		5–15
c) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według pozycji odpowiednich dla danego narządu lub układu.		
UWAGA: Uszkodzenie wzroku i słuchu oceniać wg odpowiednich tabel 26a, 31, 41. Miejscowe następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych oceniać według punktów odpowiednich dla danej okolicy ciała.		
I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA		Procent uszczerbku na zdrowiu
89. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym:		

I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA		Procent uszczerbku na zdrowiu
a) skrcenie, stluczenie, niewielkie uszkodzenie aparatu wiazadlowego – z przemieszczeniem kręgow poniżej 3 mm lub niestabilność kątowa poniżej 12° – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości		1–5
b) ze złamaniem blaszki granicznej lub kompresją trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie średniego stopnia, podwichnięcie (potwierdzone czynnościowymi badaniami RTG), stan po usunięciu jądra miazdzystego, usztywnienie operacyjne – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości		5–15
c) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie dużego stopnia, zwichnięcie, usztywnienie operacyjne – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości		15–40
d) całkowite zeszczywnienie z niekorzystnym ustawieniem głowy		50
UWAGA: Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miazdzystego – oceniać według punktu 89 b lub c w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa szyjnego jest zespół bólowy korzeniowy, orzekać wyłącznie według pozycji 95.		
90. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th 1–Th 11):		
a) złamanie blaszki granicznej lub kompresja trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie średniego stopnia, stan po usunięciu jądra miazdzystego – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości		1–10
b) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie dużego stopnia, zwichnięcie, usztywnienie operacyjne – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości		10–20
c) całkowite zeszczywnienie – w zależności od ustawienia kręgosłupa		20–30
UWAGA: Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miazdzystego – oceniać według punktu 90 b lub c w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości.		
91. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym (Th12–L5):		
a) skrcenie, stluczenie, z niewielkim uszkodzeniem aparatu wiazadlowego – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości		1–5
b) złamanie blaszki granicznej lub kompresja trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie średniego stopnia, stan po usunięciu jądra miazdzystego – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości		5–15
c) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie dużego stopnia, zwichnięcie, usztywnienie operacyjne – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości		15–30
d) zeszczywnienie – w zależności od ustawienia kręgosłupa		30–40
UWAGA: Jeżeli złamaniu Th 12 towarzyszy złamanie sąsiedniego kręgu w odcinku piersiowym, oceniać według punktu 91 tabeli. Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miazdzystego oceniać według punktu 91 b lub c w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa lędźwiowego jest zespół bólowy korzeniowy, oceniać wyłącznie według punktu 95. Kręgosmk rzekomy (zwyrodnieniowy) i prawdziwy (na tle kręgoszczeliny) nie jest traktowany jako następstwo nieszczęśliwego wypadku.		
92. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych lub ościstych kręgu, kości guzicznej:		
a) złamanie jednego wyrostka poprzecznego lub ościstego kręgu, złamanie kości guzicznej		1–2
b) mnogie złamanie wyrostków poprzecznych lub ościstych kręgow (w zależności od liczby, stopnia przemieszczenia i ograniczenia ruchomości kręgosłupa)		2–10
UWAGA: W przypadku istnienia zespołu bólowego guzicznego związku ze stluczeniem lub złamaniem kości guzicznej oceniać wyłącznie wg punktu 95 h.		
93. Uszkodzenia kręgosłupa powiktane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) itp. – ocenia się wg poz. 89–92, zwiększając stopień uszczerbku o		5–10
94. Uszkodzenie rdzenia kręgowego:		
a) porażenie kończyn górnych i/lub dolnych 0–1° w skali Lovette'a, głęboki niedowład czterokończynowy 2° w skali Lovette'a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z porażeniem kończyn 0–1° w skali Lovette'a		100
b) głęboki niedowład kończyn górnych lub dolnych – 2° w skali Lovette'a, niedowład czterokończynowy 3° w skali Lovette'a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 2° w skali Lovette'a		60–80
c) średniego stopnia niedowład kończyn górnych lub dolnych – 3° w skali Lovette'a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 3° w skali Lovette'a, lub połowiczne uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym – z niedowładem kończyny dolnej 0–2° w skali Lovette'a		30–60

I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA	Procent uszczerbku na zdrowiu
d) niewielki niedowład kończyn górnych i/lub dolnych – 4° w skali Lovette'a z zaburzeniami ze strony zwieraczy i zaburzeniami ze strony narządów płciowych, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 4° w skali Lovette'a lub połowiczne uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym – z niedowładem kończyn dolnej 3–4° w skali Lovette'a, izolowane zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych, zespół stożka końcowego	5–40
e) wielki niedowład kończyn górnych i/lub dolnych – 4° w skali Lovette'a bez zaburzeń ze strony zwieraczy i narządów płciowych, zaburzeń troficznych	5–30

UWAGA:

Ocena porażień zwieraczy i zaburzeń ze strony narządów płciowych wchodzi w zakres oceny punktu 94 a–c.

95. Urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane) w zależności od stopnia:

a) szyjne bólowe	2–5
b) szyjne bez niedowładów – ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	5–15
c) szyjne z obecnością niedowładów – w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych	10–30
d) piersiowe	2–10
e) lędźwiowo-krzyżowe bólowe	2–5
f) lędźwiowo-krzyżowe bez niedowładów – ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	5–15
g) lędźwiowo-krzyżowe z obecnością niedowładów – w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych	10–30
h) guziczne	2–5

UWAGA:

Zaburzenia stwierdzane w punkcie 95 a–h powinny mieć potwierdzenie w obiektywnej dokumentacji medycznej z leczenia i diagnostyki następstw zdarzenia.

J. USZKODZENIA MIEDNICY	Procent uszczerbku na zdrowiu
-------------------------	-------------------------------

96. Rozejście spojenia łonowego i/lub zwinięcie stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:

a) rozejście spojenia łonowego, bez dolegliwości ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, bez zaburzeń chodu	1–5
b) rozejście spojenia łonowego z dolegliwościami ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, z zaburzeniami chodu	5–15
c) rozejście, zwinięcie spojenia łonowego ze zwinięciem stawu krzyżowo-biodrowego leczone operacyjnie w zależności od stopnia zaburzeń chodu	15–35

UWAGA:

Jeżeli rozejściu spojenia łonowego towarzyszy złamanie kości miednicy, oceniać według punktu 97 lub 99.

97. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy kończyny dolnej jedno- lub wielomiejscowe – w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu:

a) w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa, kość łonowa i kulszowa)	1–20
b) w odcinku przednim obustronnie	5–25
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a)	15–40
d) w odcinku przednim i tylnym obustronnie	40–45

UWAGA:

Złamania stabilne kości miednicy, złamania awulsyjne oceniać według punktu 99.

98. Złamanie panewki stawu biodrowego z centralnym lub bez centralnego zwinięcia stawu – w zależności od upośledzenia funkcji stawu:

a) złamanie niewielkiego fragmentu panewki bez zwinięcia centralnego lub z centralnym zwinięciem I°	1–10
b) pozostałe zwinięcia centralne i złamania panewki – ze średnim stopniem ograniczenia funkcji	10–25
c) pozostałe zwinięcia centralne i złamania panewki – ze znacznym stopniem ograniczenia funkcji stawu	25–40
d) bardzo duże zmiany, zeszytywnienie w stawie – w zależności od ustawienia	40–60

UWAGA:

Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniać wg punktu 143.

99. Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej:

a) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej – bez zniekształcenia i bez zaburzenia funkcji	1–5
b) mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej – bez zniekształcenia i bez zaburzenia funkcji	2–7

J. USZKODZENIA MIEDNICY	Procent uszczerbku na zdrowiu
c) jednomojskowe złamanie kości miednicy i/lub kości krzyżowej – ze zniekształceniem i z zaburzeniami funkcji	3–10
d) mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej ze zniekształceniem i z zaburzeniami funkcji	5–20
UWAGA: Towarzyszące złamaniom uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo wg pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych	

K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ	Procent uszczerbku na zdrowiu	
Obręcz kończyny górnej	Prawa	Lewa
100. Złamanie topatki:		
a) wygojone złamanie topatki z nieznacznym przemieszczeniem bez większych zaburzeń funkcji kończyny	1–10	1–5
b) wygojone złamanie topatki z dużym przemieszczeniem i wyraźnym upośledzeniem funkcji kończyny – w zależności od stopnia zaburzeń	10–30	5–25
c) wygojone złamanie szyjki i panewki z dużym przemieszczeniem, przykurczem w stawie łopatkowo-ramiennym, z dużymi zanikami mięśni i innymi zmianami	30–55	25–45
UWAGA: Normy pozycji 100 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.		
101. Stan po złamaniu obojczyka w zależności od stopnia zniekształcenia i/lub ograniczenia ruchów:		
a) niewielkie zniekształcenie, bez ograniczenia ruchów	1–3	1–2
b) średniego stopnia zniekształcenie i ograniczenie ruchu miernego stopnia	3–10	2–5
c) duże zniekształcenie i ograniczenie ruchu	10–25	5–20
102. Staw rzekomy obojczyka w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji kończyny:	10–25	5–20
UWAGA: W przypadku złamania obojczyka powikłanego stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 102.		
103. Podwichnięcie, zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego w zależności od ograniczenia ruchów, stopnia zniekształcenia i upośledzenia funkcji:		
a) nieznaczne zmiany.	1–5	1–3
b) zmiany średniego stopnia	5–15	3–12
c) znaczne zmiany	15–25	12–20
UWAGA: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków złamania obojczyka oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 182, natomiast stopień zniekształcenia obojczyka według pozycji 101–103. W przypadku nienakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 182.		
104. Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) – ocenia się wg poz. 101–103 – zwiększając stopień trwałego uszczerbku o:	1–5	
105. Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego (zwichnięcia, złamanie głowy, nasady bliższej kości ramiennej, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku – w zależności od blizn, ubytków tkanek, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń i zniekształceń:		
a) miernego stopnia	1–10	1–5
b) średniego stopnia	10–20	5–15
c) dużego stopnia	20–30	15–25
106. Zestarzałe nieodprowadzone zwichnięcie stawu łopatkowo-ramiennego w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny:	20–35	15–30
107. Nawykowe zwichnięcie:		
a) po leczeniu operacyjnym w zależności od ograniczenia ruchomości	5–25	5–20
b) nieleczone operacyjnie	25	20
UWAGA: Nawykowego zwichnięcia nie należy traktować jako kolejnego nieszczęśliwego wypadku, lecz jako skutek ostatniego urazowego zwichnięcia stawu łopatkowo-ramiennego. Przy orzekaniu według punktu 107 należy zebrać szczegółowy wywiad w kierunku przebytych wcześniej urazowych zwichnięć w stawie oraz zapoznać się z dodatkową dokumentacją medyczną w celu ustalenia daty ostatniego zwichnięcia urazowego oraz daty pierwszego zwichnięcia nawykowego.		
108. Staw cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości – w zależności od zaburzeń funkcji:	25–40	20–35
UWAGA: Staw wiotki z powodu porażenia ocenia się wg norm neurologicznych.		

K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ	Procent uszczerbku na zdrowiu	
Obręcz kończyny górnej	Prawa	Lewa
109. Zeszywnienie stawu barkowego:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od ustawienia i funkcji	20–35	15–30
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40	35
110. Bliznowaty przykurcz stawu barkowego – w zależności od zaburzeń czynności stawu: orzekać według punktu 105 lub 109.		
111. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się wg poz. 105–110, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji:	1–35	1–25
112. Utrata kończyny w barku:	75	70
113. Utrata kończyny wraz z łopatką:	80	75

Ramię	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
114. Złamanie trzonu kości ramiennej– w zależności od przemieszczeń, ograniczeń ruchu w stawie łopatkowo-ramiennym i łokciowym oraz zaburzeń neurologicznych:		
a) zmiany niewielkiego stopnia	3–15	2–10
b) zmiany średniego stopnia	15–30	10–25
c) zmiany dużego stopnia, przewlekłe zapalenie kości, przetoki, brak zrostu, staw rzekomy	30–55	25–50
115. Uszkodzenia skóry, ubytki mięśni, uszkodzenia ścięgien, naczyń, nerwów ramienia – w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
a) zmiany niewielkie	1–5	1–5
b) zmiany średnie	5–10	5–10
c) zmiany duże	10–50	10–45
UWAGA: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 114.		
116. Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65
b) przy dłuższych kikutach	65	60
117. Przepukliny mięśniowe ramienia – w zależności od rozmiarów:	1–8	1–6

Łokieć	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
118. Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej) – w zależności od zniekształceń i ograniczenia ruchów w stawie łokciowym oraz deficytów neurologicznych:		
a) niewielkie zmiany.	1–5	1–4
b) średnie zmiany.	5–15	4–10
c) duże zmiany, przewlekłe zapalenie kości, przetoki, brak zrostu, staw rzekomy	15–50	10–45
119. Zeszywnienie stawu łokciowego:		
a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (70–105°)	30	25
b) z brakiem ruchów obrotowych	35	30
c) w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (0°–20°)	50	45
d) w innych ustawieniach – w zależności od przydatności czynnościowej kończyny	30–45	25–40
120. Uszkodzenia łokcia – zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich, skóry oraz zaburzenia neurologiczne – w zależności od blizn, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń, deficytów neurologicznych:		
a) zmiany niewielkiego stopnia	1–5	1–4
b) zmiany średniego stopnia	5–15	4–10
c) zmiany dużego stopnia, przetoki	15–45	10–40
UWAGA: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 118.		
121. Cepowy staw łokciowy – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni:	15–30	10–25
122. Utrata kończyny górnej na poziomie stawu łokciowego:	65	60
UWAGA: Funkcjonalny pełny wyprost stawu łokciowego 0°, pełne zgięcie 140°, supinacja i pronacja 0°–80°.		

K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ		Procent uszczerbku na zdrowiu	
Przedramię		Procent uszczerbku na zdrowiu	
		Prawe	Lewe
123. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka, ruchów obrotowych przedramienia, ruchomości palców i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:			
a)	bez lub z niewielkim zniekształceniem bez istotnych zaburzeń ruchomości (np. złamania podokostnowe u dzieci, złamania bez przemieszczenia, izolowane złamania wyrostka rylcowatego)	1–3	1–2
b)	średnie zniekształcenia z ograniczeniem ruchomości bez zaburzeń wtórnych	3–10	2–8
c)	średnie lub duże zniekształcenia ze średnim ograniczeniem ruchomości, ze zmianami wtórnymi (np. zespół Sudecka i inne)	10–20	8–15
d)	bardzo duże zniekształcenia z dużym ograniczeniem ruchów, ze zmianami wtórnymi (np. zespół Sudecka i inne)	20–30	15–25
124. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:			
a)	niewielkie zmiany	1–5	1–4
b)	średnie zmiany	5–20	4–15
c)	duże zmiany, zmiany wtórne i inne	20–35	15–30
125. Uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń – w zależności od rozmiarów, uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne):			
a)	niewielkie zmiany	1–5	1–4
b)	średnie zmiany	5–10	4–8
c)	znaczne zmiany	10–20	8–15
UWAGA: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktów 123, 124, 126, 127.			
126. Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:			
a)	średniego stopnia	10–20	10–15
b)	dużego stopnia	20–35	15–30
UWAGA: W przypadku złamania jednej kości przedramienia powikłanej stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 126.			
127. Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:			
a)	średniego stopnia	10–25	10–20
b)	dużego stopnia	25–40	20–35
UWAGA: W przypadku złamania obu kości przedramienia powikłanych stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 127.			
129. Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania:		55–65	50–60
130. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka:		55	50

Nadgarstek	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
131. Skręcenie, zwichnięcie w obrębie nadgarstka, złamanie kości nadgarstka (np. kości łódeczkowatej), uszkodzenia skóry, mięśni, naczyń – w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, niestabilności, rozległości uszkodzenia, upośledzenia funkcji, zmian troficznych i innych zmian wtórnych:		
a) niewielkiego stopnia	1–10	1–8
b) średniego stopnia	10–20	8–15
c) dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym	20–30	15–25
132. Całkowite zeszytywnienie w obrębie nadgarstka (stawu promieniowo-nadgarstkowego):		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	15–30	10–25
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	25–45	20–40
133. Uszkodzenie nadgarstka powikłane głębokimi trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 131–132, zwiększając stopień trwałego uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań:	1–10	1–10
134. Utrata ręki na poziomie nadgarstka:	55	50

K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ	Procent uszczerbku na zdrowiu	
Śródreżce	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
135. Złamania kości śródreżca, uszkodzenia ścięgien i pozostałych części miękkich (skóry, mięśni, naczyń, nerwów), w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, upośledzenia funkcji ręki i palców oraz innych zmian wtórnych:		
a) niewielkie zmiany	1–5	1–4
b) średnie zmiany	5–10	4–8
c) rozległe zmiany	10–20	8–18

Kciuk	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
136. Utrata w zakresie kciuka – w zależności od rozmiaru ubytku, blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:		
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej	1–5	1–4
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	5–15	4–13
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego mniej niż 2/3 długości paliczka	15–20	13–18
d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego ponad 2/3 jego długości lub utrata obu paliczków bez kości śródreżca	20–28	18–25
e) utrata obu paliczków z kością śródreżca	28–35	25–33
137. Inne uszkodzenia kciuka: złamania, zwichnięcia, uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów – w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:		
a) niewielkie zmiany	1–5	1–4
b) średnie zmiany	5–15	4–13
c) znaczne zmiany	15–20	13–18
d) bardzo duże zmiany graniczące z utratą kciuka (dotyczy utraty funkcji)	20–23	18–20
e) całkowita bezużyteczność kciuka	25	23
f) rozległe zmiany, graniczące z utratą pierwszej kości śródreżca (dotyczy utraty funkcji)	25–35	23–33

UWAGA:

Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka brać pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.

Palec wskazujący	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
138. Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:		
a) utrata częściowa lub całkowita opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej	1–5	1–4
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	5–10	4–8
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka środkowego	10–15	8–13
d) utrata dwóch paliczków	15–20	13–18
e) utrata w obrębie paliczka podstawowego lub utrata trzech paliczków	20–25	18–23
f) utrata wskaziciela w obrębie lub z kością śródreżca	25–30	23–27
139. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela: złamania, zwichnięcia, uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów – w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki, przykurczów stawów, zeszytwnień, zmian troficzych i innych zmian wtórnych – w zależności od stopnia:		
a) niewielkie zmiany	1–5	1–4
b) zmiany średniego stopnia	5–10	4–8
c) zmiany dużego stopnia	10–15	8–13
d) zmiany znacznego stopnia, graniczące z utratą wskaziciela (bezużyteczność palca)	15–20	13–18
e) całkowita bezużyteczność wskaziciela	23	20

Palec trzeci, czwarty i piąty	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
140. Palec trzeci, czwarty i piąty – w zależności od stopnia uszkodzenia:		
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki lub trwała utrata płytki paznokciowej	1–2,5	1–2
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	2,5–5	2–4,5

K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ		Procent uszczerbku na zdrowiu	
Palec trzeci, czwarty i piąty		Prawa	Lewa
d) utrata w obrębie paliczka podstawowego lub utrata trzech paliczków		8–10	7–8,5
141. Utrata palców III, IV lub V w obrębie lub z kością śródręcza		10–15	8–13
UWAGA: Uszkodzenie palca III przy braku lub bezużyteczności wskaźnika ocenia się podwójnie palec trzeci. Palec trzeci może zastąpić wskaźnika, przy jego uszkodzeniu powstaje znaczne upośledzenie funkcji ręki.			
142. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów – w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zesztynień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych – za każdy palec w zależności od stopnia:			
a) niewielkie zmiany		1–2,5	1–2
b) zmiany średniego stopnia		2,5–5	2–4,5
c) zmiany dużego stopnia		5–8	4,5–7
d) całkowita bezużyteczność		9	8
UWAGA: Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców, suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę ręki (dla prawej – 55%, dla lewej – 50%).			

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ		Procent uszczerbku na zdrowiu
Staw biodrowy		
143. Uszkodzenia stawu biodrowego zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej w zależności od zakresu ruchów, przemieszczeń, skrócenia, zniekształceń, zmian wtórnych:		
a) ze zmianami miernego stopnia		5–10
b) ze zmianami średniego stopnia		10–20
c) dużego stopnia		20–40
d) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano, niepowodzenia leczenia operacyjnego – np. biodro wiszące itp.)		40–65
e) leczenie uszkodzenia zakończone zabiegiem protezowania stawu w zależności od ograniczenia funkcji		15–40
144. Uszkodzenie tkanek miękkich okolicy stawu biodrowego (skóry, mięśni, naczyń, aparatu więzadłowo-torebkowego, nerwów) – w zależności od blizn, ubytków, deficytów neurologicznych, stopnia ograniczenia ruchów:		
a) niewielkiego stopnia		1–5
b) średniego stopnia		5–15
c) znacznego stopnia		15–30
d) bardzo duże zmiany		30–60
UWAGA:		
Według tej pozycji oceniać uszkodzenia bez złamań kości i zwichnięć. W przypadku współistnienia złamań kości lub zwichnięć kości oceniać według punktu 143.		
W przypadku współistnienia uszkodzenia nerwów obwodowych w okolicy stawu biodrowego oceniać według punktu 144, w zależności od stopnia zaburzeń wykorzystując zakresy procentowe z punktu 182, odpowiadające poszczególnym nerwom (np. w przypadku współistnienia uszkodzenia nerwu kulszowego – zakres 20–60% w punkcie 182 – ocena winna być dokonana z punktu 144 c lub d.		
145. Zesztynienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym		15–35
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym		35–60
146. Uszkodzenia w obrębie i okolicy stawu biodrowego powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 143 i 145, zwiększając stopień trwałego uszczerbku w zależności od stopnia powikłań:		5–15
147. Utrata kończyny dolnej przez wyluszczenie jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej – w zależności od zniekształceń, stanu kikutu i możliwości jego oprotezowania:		75–85

Udo		Procent uszczerbku na zdrowiu
148. Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stawie biodrowym i kolanowym, zaburzeń chodu, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych:		
a) niewielkie zmiany – wzrost niepowikłany, bez zaburzeń osi kończyny	1–15	
b) średnie zmiany – wzrost złamania, zaburzenia osi kończyny, skrócenie kończyny od 3 do 6 cm, zaburzenia rotacji kończyny w średnim stopniu upośledzające chód	15–30	
c) duże zmiany – wzrost opóźniony, znaczne zaburzenia osi kończyny, skrócenie kończyny powyżej 6 cm, zaburzenia rotacji kończyny w znacznym stopniu upośledzające chód	30–40	

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ		Procent uszczerbku na zdrowiu
Udo		
149. Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych:		40–60
150. Uszkodzenie skóry, mięśni, ścięgien (blizny, ubytki, przepukliny mięśniowe itp.) – w zależności od zaburzeń funkcji itp.:		
a) niewielkiego stopnia		1–5
b) średniego stopnia		5–10
c) znacznego stopnia		10–20
UWAGA: Według tej pozycji oceniać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości oceniać według punktu 148.		
151. Uszkodzenie dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia zaburzeń:		5–30
152. Uszkodzenie uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, ciałami obcymi (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), skostnieniem pozazkieletowym i zmianami neurologicznymi (z wyłączeniem nerwu kulszowego) – ocenia się wg punktu 148–151, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od rozmiarów powikłań o:		1–20
153. Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się wg punktu 148–151, zwiększając stopień trwałego uszczerbku – w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o:		10–65
UWAGA: Łączny stopień uszczerbku ocenianego wg poz. 148–151 i poz. 153 nie może przekroczyć 70%.		
154. Utrata kończyny – w zależności od długości kikuta i przydatności jego cech do oprotezowania		50–70
Kolano		Procent uszczerbku na zdrowiu
155. Złamanie nasad tworzących staw kolanowy i rzepki z lub bez uszkodzenia aparatu więzadłowego – w zależności od zniekształceń, szpotowości, koślawości, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu, zaburzeń statyczno-dynamicznych kończyny i innych zmian:		
a) niewielkie zmiany – możliwość zgięcia do kąta w przedziale 90°–120° i/lub deficyt wyprustu do kąta 5°, mała lub średnia niestabilność prosta lub niewielka rotacyjna		1–10
b) średnie zmiany – możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 40° do 90° i/lub deficyt wyprustu do kąta w zakresie 15°–5°, duża niestabilność prosta lub średniego stopnia rotacyjna bądź niewielkiego lub średniego stopnia złożona, zaburzenia osi kończyny		10–25
c) duże zmiany – możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 0°–40° i/lub deficyt wyprustu do kąta powyżej 15°, utrwalone duże niestabilności złożone i rotacyjne, znaczne zaburzenia osi kończyny		25–40
d) zeszytywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnej korzystnej 0–15°		30
e) zeszytywnienie stawu kolanowego w pozycjach funkcjonalnych niekorzystnych		30–40
156. Skrócenia i zwichnięcia stawu kolanowego (w tym zwichnięcie rzepki) z uszkodzeniem aparatu więzadłowo-stawowego (torebki, więzadeł, łątek) – w zależności od ograniczenia ruchów, stabilności stawu, wydolności statyczno-dynamicznej kończyny:		
a) izolowane uszkodzenia łątek, stan po leczeniu operacyjnym łątek z dobrym efektem, uszkodzenia aparatu więzadłowego bez cech niestabilności – w zależności od stopnia upośledzenia zakresu ruchu		1–5
b) uszkodzenia aparatu więzadłowego z lub bez uszkodzenia łątek – powodujące małą lub średnią niestabilność prostą, niewielkiego stopnia rotacyjną, stan po leczeniu operacyjnym struktury stawu z dobrym efektem – w zależności od stopnia upośledzenia zakresu ruchu		1–10
c) uszkodzeniami aparatu więzadłowego z lub bez uszkodzenia łątek, powodujące dużą niestabilność prostą lub średniego stopnia rotacyjną, bądź niewielkiego lub średniego stopnia złożoną – w zależności od upośledzenia zakresu ruchu		10–25
d) utrwalone duże niestabilności złożone i rotacyjne, uszkodzenia obu więzadeł krzyżowych, znaczne zaburzenia osi kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia zakresu ruchu		25–40
157. Inne uszkodzenia okolicy stawu kolanowego – blizny skóry, ciała obce (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przewlekłe stawy zapalne, przetoki i inne zmiany wtórne – w zależności od nasilenia zmian:		
a) niewielkie zmiany		1–5
b) średnie zmiany		5–10
c) duże zmiany		10–20
158. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego:		65
UWAGA: Prawidłowy funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprustu do 120° dla zgięcia. Jeżeli zeszytywnienie stawu kolanowego jest spowodowane uszkodzeniami innymi niż złamanie kości, oceniać według punktu 155 d lub e.		
Podudzie		Procent uszczerbku na zdrowiu
159. Złamanie trzonów kości podudzia jednej lub obu – w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:		
a) niewielkie zmiany – wzrost niepowikłany, niewielkie zaburzenia osi kończyny, niewielkie skrócenie		5–15

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ		Procent uszczerbku na zdrowiu
Podudzie		
b) średnie zmiany – wzrost złamania lub cechy wzrostu opóźnionego, zaburzenia osi kończyny w średnim stopniu upośledzające chód		15–30
c) bardzo rozległe zmiany kości z towarzyszącymi ograniczeniami funkcji sąsiednich stawów – powikłane przewlekłym zapaleniem kości z przetokami, ubytkami kości, stawem rzekomym, martwicą aseptyczną, zmianami neurologicznymi i innymi zmianami wtórnymi		30–50
160. Izolowane złamanie strzałki (nie obejmuje kostki bocznej) – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, upośledzenia funkcji kończyny:		1–5
UWAGA: W przypadku współistnienia trwałego uszkodzenia nerwu strzałowego, uszczerbek oceniać dodatkowo wg punktu 182 u.		
161. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, nerwów podudzia, ścięgna Achillesa i innych ścięgien – w zależności od rozległości uszkodzenia, zniekształcenia stopy i ograniczeń czynnościowych, zmian neurologicznych, naczyniowych, troficznych i innych:		
a) niewielkie zmiany		1–5
b) średnie zmiany		5–15
c) znaczne zaburzenia funkcji stopy, duże zmiany neurologiczne		15–35
UWAGA: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 159, 160.		
162. Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:		
a) przy długości kikuta do 8 cm, mierząc od szpary stawowej (u dzieci do lat 10 przy długości kikuta do 6 cm)		60
b) przy dłuższych kikutach		40–55
Staw goleniowo-skokowy i skokowo-piętowy, stopa		Procent uszczerbku na zdrowiu
163. Uszkodzenie stawu goleniowo-skokowego i/lub skokowo-piętowego – skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia więzadeł, torebki, uszkodzenia tkanek miękkich, blizny – w zależności od zniekształceń, funkcji stopy, zmian wtórnych i innych powikłań:		
a) następstwa skręceń powodujące niewielkie zaburzenia ruchomości, niewielkie zniekształcenia, blizny, ubytki		1–2
b) miernego stopnia zaburzenia ruchomości i zniekształcenie – po częściowym uszkodzeniu więzadeł bez niestabilności w stawach		2–5
c) średniego stopnia zaburzenia ruchomości i zniekształcenie – po częściowym uszkodzeniu więzadeł, z niestabilnością w stawach		5–10
d) duże zmiany z utrzymującymi się objawami funkcjonalnej niestabilności stawów, po całkowitym rozerwaniu więzadeł		10–20
164. Złamania i zwichnięcia kości wchodzących w skład stawu goleniowo-skokowego i/lub skokowo-piętowego, nasad dalszych kości podudzia – w zależności od zniekształceń, ograniczeń ruchomości stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy, zeszywnienia stawów goleniowo-skokowego i/lub skokowo-piętowego – w zależności od utrzymujących się dolegliwości:		
a) niewielkiego stopnia ograniczenie funkcji w obrębie stawów skokowych		2–5
b) średniego stopnia zaburzenia funkcji w obrębie stawów skokowych		5–10
c) dużego stopnia zaburzenia funkcji w obrębie stawów skokowych lub zeszywnienie w ustawieniu pod kątem zbliżonym do prostego		10–20
d) zeszywnienie w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym		20–30
e) znacznego stopnia zaburzenia funkcji w obrębie stawów skokowych, powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi i innymi zmianami wtórnymi, zeszywnienie w ustawieniu niekorzystnym		20–40
UWAGA: Jeżeli złamaniom lub zwichnięciom towarzyszą uszkodzenia więzadłowe, trwałe uszczerbek na zdrowiu należy oceniać z punktu 164.		
165. Złamania kości skokowej i/lub piętowej (niewchodzące w zakres punktu 164) – w zależności od utrzymujących się dolegliwości, przemieszczeń, zniekształceń, ustawienia stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych, zmian troficznych i innych powikłań:		
a) niewielkie zmiany		1–10
b) średnie zmiany		10–20
c) duże zmiany		20–30
166. Utrata kości skokowej i/lub piętowej – w zależności od wielkości, blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań:		
a) częściowa utrata		20–30
b) całkowita utrata		30–40
167. Złamania i zwichnięcia kości stępu w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i innych zmian wtórnych:		
a) niewielkiego stopnia – w zależności od wielkości zaburzeń czynnościowych		1–5

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ		Procent uszczerbku na zdrowiu
Staw goleniowo-skokowy i skokowo-piętowy, stopa		
b) średniego stopnia – w zależności od wielkości zaburzeń czynnościowych		5–10
c) znacznego stopnia lub z innymi powikłaniami – w zależności od wielkości zaburzeń		10–20
168. Złamania kości śródstopia – w zależności od przemieszczeń, zniekształcenia stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych i innych zmian:		
a) złamanie jednej kości śródstopia – I lub V		1–10
b) złamanie jednej kości śródstopia – II, III lub IV		1–5
c) złamanie dwóch kości śródstopia		2–15
d) złamanie trzech lub więcej kości śródstopia		5–20
169. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 168, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań o:		1–10
170. Inne uszkodzenia okolicy stępu i śródstopia – skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów – w zależności od rozmiaru blizn, zniekształceń, zmian troficznych, zaburzeń dynamicznych stopy i innych zmian wtórnych:		
a) zmiany niewielkie		1–5
b) średnie zmiany		5–10
c) duże zmiany		10–15
171. Utrata stopy w całości:		50
172. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta:		45
173. Utrata stopy w stawie Lisfranka:		35
174. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia – w zależności od rozległości utraty przodostopia i cech kikuta:		20–30
Palce stopy		Procent uszczerbku na zdrowiu
175. Utrata w zakresie palucha – w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, charakteru kikuta, zaburzeń statyki i chodu oraz innych zmian wtórnych:		
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki lub trwała utrata płytki paznokciowej		1–3
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego palucha		3–8
c) utrata palucha na poziomie paliczka bliższego		8–14
d) całkowita utrata palucha		15
176. Uszkodzenia palucha – zwłknięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od rozległości blizn, ubytków, zniekształceń, upośledzenia funkcji stopy:		
a) niewielkie zmiany		1–3
b) średnie zmiany		3–6
c) duże zmiany z niekorzystnym ustawieniem		6–10
177. Utrata palucha wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia:		15–25
178. Utrata w zakresie palców II, III, IV i V:		
a) częściowa utrata palca na wysokości paliczka środkowego – za każdy palec		1
b) całkowita utrata – za każdy palec		2
179. Utrata palca V z kością śródstopia:		3–15
180. Utrata palców II, III i IV z kością śródstopia – w zależności od wielkości utraty kości śródstopia, ustawienia stopy i innych zmian wtórnych – za każdy palec:		3–5
181. Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwłknięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od rozległości blizn, ubytków, zniekształceń, ustawienia, stopnia upośledzenia funkcji i liczby uszkodzonych palców orzekać łącznie:		1–5
UWAGA:		
Wartość uszczerbku ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę tego palca.		

K. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH		Procent uszczerbku na zdrowiu	
		Prawa	Lewa
182. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:			
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym		5–15	
b) nerwu piersiowego długiego		7–15	5–10

K. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
c) nerwu pachowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–25	2–20
d) nerwu mięśniowo-skórnego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–25	2–20
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójęłowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–45	2–35
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójęłowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5–35	3–25
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–25	2–20
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2–15	1–10
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	4–40	3–30
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–20	2–15
k) nerwu łokciowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2–25	1–20
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	10–25	5–20
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	15–45	10–40
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1–15	
o) nerwu zasłonowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2–20	
p) nerwu udowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2–30	
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	3–20	
r) nerwu sromowego wspólnego	3–25	
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy	20–60	
t) nerwu piszczelowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5–40	
u) nerwu strzałkowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5–30	
v) splotu lędźwiowo-krzyżowego	30–70	
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1–10	

UWAGA:

Według punktu 182 ocenia się tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadku współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych, należy stosować ocenę wg punktów dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.

183. Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną – w zależności od stopnia

30–50

UWAGA:

W ocenie tej zawiera się deficyt związany z uszkodzeniem typowym dla danego nerwu.

UWAGI OGÓLNE:

Przy wielomiejscowych uszkodzeniach kończyny górnej lub dolnej (lub jej części) w ustaleniu ostatecznej wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu należy brać pod uwagę całkowitą funkcję kończyny (lub jej części), a nie tylko wynik matematyczny sumowania procentów trwałego uszczerbku za poszczególne uszkodzenia.

Łączny uszczerbek na zdrowiu związany z uszkodzeniem skóry, mięśni, nerwów, kości nie może przekroczyć wartości za całkowitą utratę kończyny lub części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą.

Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany niepowikłanymi bliznami pooperacyjnymi, związanymi z leczeniem narządów i układów, zawiera się w punktach tabeli przewidzianych do oceny uszkodzenia tych narządów lub układów i nie podlega dodatkowemu orzekaniu.

W przypadku, gdy blizny są jedynym trwałym następstwem leczenia lub pojawiły się powikłania w postaci np. bliznowca lub przepukliny, oceniać według odpowiednich punktów tabeli przewidzianych dla uszkodzenia tkanek miękkich.

Uszkodzenie kikuta amputowanych kończyn, wymagające zmiany protezy, reamputacji lub niemożności zastosowania protezy oceniać wg amputacji na wyższym poziomie.

W przypadku uszkodzeń kończyn górnych u osób leworęcznych, stosować ocenę uszczerbku dla kończyny górnej lewej w wysokości uszczerbku, jaka jest przewidziana dla kończyny.

**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO
SPOWODOWANEJ WYPADKIEM KOMUNIKACYJNYM**



W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym, o kodzie warunków WKGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–6 OWU pkt 8 OWU pkt 10–13 OWU pkt 14 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 6 OWU pkt 7 OWU pkt 13 OWU pkt 14 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

WWW na pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ WYPADKIEM KOMUNIKACYJNYM



Kod OWU: WKGPP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 19 listopada 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **statek** – pasażerski albo towarowy statek morski, albo statek śródlądowy, który ma napęd silnikowy lub żaglowy – statkiem nie są okręty wojenne;
- 2) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 3) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
- 4) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek wywołany:
 - a) ruchem pojazdu na drodze – jeśli brałeś w nim udział jako uczestnik ruchu (zgodnie z ustawą Prawo o ruchu drogowym). Pojazdem jest również tramwaj,
 - b) ruchem pojazdu kolejowego, którego porusza pojazd trakcyjny (pojazd z własnym napędem) oraz metra – jeśli byłeś pasażerem albo członkiem załogi tego pojazdu. Wypadkiem komunikacyjnym nie jest wypadek, który dotyczy kolejowego transportu wewnątrzzakładowego oraz transportu linowego i linowo-terenowego,
 - c) ruchem samolotu (pasażerskiego koncesjonowanych linii lotniczych) – jeśli byłeś członkiem załogi lub pasażerem, gdy samolot:
 - został uszkodzony lub zniszczony albo
 - zaginął lub znajduje się w miejscu, do którego nie ma dostępu,
 - d) ruchem statku – jeśli byłeś członkiem załogi lub pasażerem, gdy statek:
 - zatonął albo został uszkodzony, albo
 - zaginął lub znajduje się w miejscu, do którego nie ma dostępu.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje życie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego w okresie naszej ochrony.
5. W razie śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.
6. Zarówno zdarzenie, jak i wypadek komunikacyjny, które je spowoduje, muszą wystąpić w okresie naszej ochrony.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

7. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego, jeśli wypadek komunikacyjny nastąpił:
 - 1) w wyniku działań wojennych;

- 2) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
- 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 4) gdy ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów, które dopuszczają do ruchu,
 - c) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii– jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;
- 5) w przypadku gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście wypadku komunikacyjnego;
- 6) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa albo popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli komu i kiedy wypłacimy pieniądze po śmierci ubezpieczonego

8. Wypłata świadczenia przysługuje uposażonemu.
9. Uposażonego możesz wskazać, zmienić lub odwołać w takich samych zasadach jak w ubezpieczeniu podstawowym.
10. Po śmierci ubezpieczonego osoba, która wnioskuje o wypłatę świadczenia musi dostarczyć nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) akt zgonu;
 - 3) kartę zgonu albo – jeśli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci.
11. Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata świadczenia jest należna i w jakiej wysokości.
12. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 10 i 11 dokumentacji.
13. Prawo do wypłaty świadczenia po śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią ubezpieczonego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

14. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA
UBEZPIECZONEGO ORAZ RODZICA MAŁŻONKA ALBO
PARTNERA ŻYCIOWEGO UBEZPIECZONEGO**



W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego, o kodzie warunków ZRGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–5 OWU pkt 8–11 OWU pkt 12 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 6 OWU pkt 7 OWU pkt 8 OWU pkt 12 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

www.na.pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA UBEZPIECZONEGO ORAZ RODZICA MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO UBEZPIECZONEGO

Kod OWU: ZRGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 19 listopada 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **członek rodziny** – jest nim:
 - a) Twój rodzic albo
 - b) Twój ojczym lub macocha – jeśli nie żyje odpowiednio Twój ojciec lub Twoja matka,
 - c) rodzic Twojego aktualnego małżonka albo partnera życiowego albo
 - d) ojczym lub macocha Twojego małżonka albo partnera życiowego – jeśli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Twojego małżonka albo partnera życiowego;
- 2) **macocha** – jest nią:
 - a) aktualna żona Twojego ojca lub
 - b) aktualna żona ojca Twojego małżonka albo partnera życiowego
– która nie jest biologiczną matką Twoją lub małżonka albo partnera życiowego,
 - c) wdowa po Twoim ojcu lub
 - d) wdowa po ojcu Twojego małżonka albo partnera życiowego
– która nie jest biologiczną matką Twoją lub małżonka albo partnera życiowego – o ile ponownie nie wyszła za mąż (dotyczy lit. c i d);
- 3) **ojczym** – jest nim:
 - a) aktualny mąż Twojej matki lub
 - b) aktualny mąż matki Twojego małżonka albo partnera życiowego
– który nie jest biologicznym ojcem Twoim lub małżonka albo partnera życiowego,
 - c) wdowiec po Twojej matce lub
 - d) wdowiec po matce Twojego małżonka albo partnera życiowego
– który nie jest biologicznym ojcem Twoim lub małżonka albo partnera życiowego – o ile ponownie się nie ożenił (dotyczy lit. c i d);
- 4) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 5) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć członka rodziny.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć członka Twojej rodziny w okresie naszej ochrony.

5. W razie śmierci członka Twojej rodziny wypłacimy świadczenie równe 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

6. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje śmierci członka rodziny, jeśli nastąpiła:
- 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału członka rodziny w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych.

KARENCAJA

– czyli okres po zawarciu ubezpieczenia oraz przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia, w którym nie ponosimy odpowiedzialności

7. Nasza ochrona nie działa w takich samych sytuacjach i na takich samych zasadach jak w ubezpieczeniu podstawowym.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po śmierci członka Twojej rodziny

8. Nie otrzymasz wypłaty świadczenia, jeśli umyślnie przyczynisz się do śmierci członka Twojej rodziny.
9. Po śmierci członka rodziny dostarcz nam:
- 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) akt zgonu;
 - 3) kartę zgonu albo – jeżeli nie możesz jej uzyskać – dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci, jeśli spowodował ją nieszczęśliwy wypadek w okresie karencji;
 - 4) akt małżeństwa – w razie śmierci rodzica Twojego małżonka albo jego ojczyma lub macochy.
10. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
11. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 9 i 10 dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

12. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.



**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA
UBEZPIECZONEGO ORAZ RODZICA MAŁŻONKA
ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO UBEZPIECZONEGO
SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM**

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, o kodzie warunków NRGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia. Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–6 OWU pkt 8–12 OWU pkt 13 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 6 OWU pkt 7 OWU pkt 8 OWU pkt 12 OWU pkt 13 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



pod numerem infolinii 801 102 102
(opłata zgodna z taryfą operatora)



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA UBEZPIECZONEGO ORAZ RODZICA MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKAMI

Kod OWU: NRGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica ubezpieczonego oraz rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 19 listopada 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
 - 1) **członek rodziny** – jest nim:
 - a) Twój rodzic albo
 - b) Twój ojczym lub macocha – jeśli nie żyje odpowiednio Twój ojciec lub Twoja matka,
 - c) rodzic Twojego aktualnego małżonka albo partnera życiowego albo
 - d) ojczym lub macocha Twojego małżonka albo partnera życiowego – jeśli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Twojego małżonka albo partnera życiowego;
 - 2) **macocha** – jest nią:
 - a) aktualna żona Twojego ojca lub
 - b) aktualna żona ojca Twojego małżonka albo partnera życiowego
– która nie jest biologiczną matką Twoją lub małżonka albo partnera życiowego,
 - c) wdowa po Twoim ojcu lub
 - d) wdowa po ojcu Twojego małżonka albo partnera życiowego
– która nie jest biologiczną matką Twoją lub małżonka albo partnera życiowego – o ile ponownie nie wyszła za mąż (dotyczy lit. c i d);
 - 3) **ojczym** – jest nim:
 - a) aktualny mąż Twojej matki lub
 - b) aktualny mąż matki Twojego małżonka albo partnera życiowego
– który nie jest biologicznym ojcem Twoim lub małżonka albo partnera życiowego,
 - c) wdowiec po Twojej matce lub
 - d) wdowiec po matce Twojego małżonka albo partnera życiowego
– który nie jest biologicznym ojcem Twoim lub małżonka albo partnera życiowego – o ile ponownie się nie ożenił (dotyczy lit. c i d);
 - 4) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 5) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć członka rodziny.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć członka Twojej rodziny wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie naszej ochrony.

5. W razie śmierci członka Twojej rodziny wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.
6. Zarówno zdarzenie, jak i nieszczęśliwy wypadek, które je spowoduje, muszą wystąpić w okresie naszej ochrony.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

7. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje śmierci członka rodziny wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek nastąpił:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału członka rodziny w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez członka rodziny czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli członek rodziny prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii– jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;
 - 5) w przypadku gdy członek rodziny był w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) w wyniku samookaleczenia się członka rodziny lub usiłowania popełnienia samobójstwa albo popełnienia samobójstwa przez członka rodziny;
 - 7) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytkiem alkoholem, użytkami narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia;
 - 8) w wyniku użycia przez członka rodziny produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
 - 9) w wyniku uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po śmierci członka Twojej rodziny

8. Nie otrzymasz wypłaty świadczenia, jeśli umyślnie przyczynisz się do śmierci członka Twojej rodziny.
9. Po śmierci członka rodziny dostarcz nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) akt zgonu;
 - 3) kartę zgonu albo – jeżeli nie możesz jej uzyskać – dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci;
 - 4) akt małżeństwa – w razie śmierci rodzica małżonka albo jego ojczyma lub macochy.
10. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
11. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 9 i 10 dokumentacji.
12. Prawo do wypłaty świadczenia przysługuje, jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią członka Twojej rodziny.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

13. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA
ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO SPOWODOWANEJ
NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM**



W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, o kodzie warunków ZMGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–6 OWU pkt 8–12 OWU pkt 13 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 6 OWU pkt 7 OWU pkt 8 OWU pkt 12 OWU pkt 13 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

WWW na pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Kod OWU: ZMGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 19 listopada 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 2) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć małżonka albo partnera życiowego.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

- 4. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć Twojego małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie naszej ochrony.**
- 5. W razie śmierci Twojego małżonka albo partnera życiowego wypłacimy świadczenie równe 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci.**
- 6. Zarówno zdarzenie, jak i nieszczęśliwy wypadek, które je spowoduje, muszą wystąpić w okresie naszej ochrony.**

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

- 7. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje śmierci małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek nastąpił:**
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału małżonka albo partnera życiowego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez małżonka albo partnera życiowego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli małżonek albo partner życiowy prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;
 - 5) w przypadku gdy małżonek albo partner życiowy był w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;

- 6) w wyniku samookaleczenia się małżonka albo partnera życiowego lub usiłowania popełnienia samobójstwa albo popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera życiowego;
- 7) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia;
- 8) w wyniku użycia przez małżonka albo partnera życiowego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
- 9) w wyniku uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba, że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po śmierci Twojego małżonka albo partnera życiowego

8. Nie otrzymasz wypłaty świadczenia, jeśli umyślnie przyczynisz się do śmierci Twojego małżonka albo partnera życiowego.
9. Po śmierci małżonka albo partnera życiowego dostarcz nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) akt zgonu;
 - 3) kartę zgonu albo – jeżeli nie możesz jej uzyskać – dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci;
 - 4) akt małżeństwa – w razie śmierci małżonka.
10. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
11. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 9 i 10 dokumentacji.
12. Prawo do wypłaty świadczenia przysługuje, jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Twojego małżonka albo partnera życiowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

13. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.



**OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA
ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO**

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego, o kodzie warunków SMGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–5 OWU pkt 8–11 OWU pkt 12 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 6 OWU pkt 7 OWU pkt 8 OWU pkt 12 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

www.na.pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102



Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 19 listopada 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
 - 1) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 2) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć małżonka albo partnera życiowego.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć Twojego małżonka albo partnera życiowego w okresie naszej ochrony.
5. W razie śmierci Twojego małżonka albo partnera życiowego wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

6. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje śmierci małżonka albo partnera życiowego, jeśli nastąpiła:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału małżonka albo partnera życiowego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych.

KARENCAJA

– czyli okres po zawarciu ubezpieczenia oraz przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia, w którym nie ponosimy odpowiedzialności

7. Nasza ochrona nie działa w takich samych sytuacjach i na takich samych zasadach jak w ubezpieczeniu podstawowym.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po śmierci Twojego małżonka albo partnera życiowego

8. Nie otrzymasz wypłaty świadczenia, jeśli umyślnie przyczynisz się do śmierci Twojego małżonka albo partnera życiowego.
9. Po śmierci małżonka albo partnera życiowego dostarcz nam:

- 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) akt zgonu;
 - 3) kartę zgonu albo – jeżeli nie możesz jej uzyskać – dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci, jeśli spowodował ją nieszczęśliwy wypadek w okresie karencji;
 - 4) akt małżeństwa – w razie śmierci małżonka.
- 10.** Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
- 11.** O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 9 i 10 dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

- 12.** W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA**



W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka, o kodzie warunków ZDGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–5 OWU pkt 8–11 OWU pkt 12 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 6 OWU pkt 7 OWU pkt 8 OWU pkt 12 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

www.pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA



Kod OWU: ZDGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 19 listopada 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
 - 1) **dziecko** – dziecko, które nie ukończyło 25 lat. Może nim być:
 - a) własne dziecko ubezpieczonego,
 - b) dziecko, które przysposobił ubezpieczony,
 - c) pasierb ubezpieczonego (jeśli nie żyje drugi rodzic pasierba);
 - 2) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 3) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć dziecka.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć Twojego dziecka w okresie naszej ochrony.
5. W razie śmierci dziecka wypłacimy świadczenie równe 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

6. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje śmierci dziecka, jeśli nastąpiła:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału dziecka w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych.

KARENCEJA

– czyli okres po zawarciu ubezpieczenia oraz przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia, w którym nie ponosimy odpowiedzialności

7. Nasza ochrona nie działa w takich samych sytuacjach i na takich samych zasadach jak w ubezpieczeniu podstawowym.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po śmierci Twojego dziecka

8. Nie otrzymasz wypłaty świadczenia, jeśli umyślnie przyczynisz się do śmierci Twojego dziecka.

9. Po śmierci dziecka dostarcz nam:
- 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) akt zgonu;
 - 3) kartę zgonu albo – jeżeli nie możesz jej uzyskać – dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci, jeśli spowodował ją nieszczęśliwy wypadek w okresie karencji.
10. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
11. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 9 i 10 dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

12. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.



**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA
SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM**

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, o kodzie warunków NDGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–6 OWU pkt 8–12 OWU pkt 13 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 6 OWU pkt 7 OWU pkt 8 OWU pkt 12 OWU pkt 13 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

WWW na pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Kod OWU: NDGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 19 listopada 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
 - a) **dziecko** – dziecko, które nie ukończyło 25 lat. Może nim być:
 - a) własne dziecko ubezpieczonego,
 - b) dziecko, które przysposobił ubezpieczony,
 - c) pasierb ubezpieczonego (jeśli nie żyje drugi rodzic pasierba);
 - 2) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 3) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć dziecka.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć Twojego dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie naszej ochrony.
5. W razie śmierci Twojego dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.
6. Zarówno zdarzenie, jak i nieszczęśliwy wypadek, które je spowoduje, muszą wystąpić w okresie naszej ochrony.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

7. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje śmierci dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek nastąpił:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału dziecka w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez dziecko czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli dziecko prowadziło pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii
- jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;

- 5) w przypadku gdy dziecko było w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
- 6) w wyniku samookaleczenia się dziecka lub usiłowania popełnienia samobójstwa albo popełnienia samobójstwa przez dziecko;
- 7) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia;
- 8) w wyniku użycia przez dziecko produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
- 9) wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po śmierci Twojego dziecka

8. Nie otrzymasz wypłaty świadczenia, jeśli umyślnie przyczynisz się do śmierci Twojego dziecka.
9. Po śmierci dziecka dostarcz nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) akt zgonu;
 - 3) kartę zgonu albo – jeżeli nie możesz jej uzyskać – dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci.
10. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
11. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 9 i 10 dokumentacji.
12. Prawo do wypłaty świadczenia przysługuje, jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Twojego dziecka.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

13. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.



**OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK SPECJALISTYCZNEGO LECZENIA**

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek specjalistycznego leczenia, o kodzie warunków LCGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–7 OWU pkt 10–13 OWU pkt 16–18 OWU pkt 19 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 8 OWU pkt 9–13 OWU pkt 14–15 OWU pkt 19 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



pod numerem infolinii 801 102 102
(opłata zgodna z taryfą operatora)

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK SPECJALISTYCZNEGO LECZENIA



Kod OWU: LCGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek specjalistycznego leczenia uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/125/2021 z dnia 8 lipca 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 26 lipca 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 sierpnia 2021 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **ablacja** – zabieg, który polega na zniszczeniu lub odizolowaniu obszaru serca, który powoduje powstawanie zaburzeń rytmu serca.
Odpowiadamy wyłącznie za ablację, w której wykorzystano generator prądu lub niską temperaturę;
 - 2) **chemioterapia** – metoda leczenia nowotworu złośliwego z zastosowaniem przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego, należącego do grupy L01 klasyfikacji ATC;
 - 3) **radioterapia choroby nowotworowej** – metoda leczenia za pomocą promieniowania jonizującego, stosowana w leczeniu nowotworu złośliwego lub nowotworu łagodnego. Zakres naszej odpowiedzialności obejmuje również radioterapię stereotaktyczną tzw. Gamma Knife lub Cyber Knife;
 - 4) **terapia interferonowa stwardnienia rozsianego** – metoda leczenia stwardnienia rozsianego z zastosowaniem interferonu podawanego drogą pozajelitową;
 - 5) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 6) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
 - 7) **wszczepienie kardiowertera-defibrylatora** – zabieg implantacji do ciała chorego urządzenia z funkcją defibrylacji i kardiowersji.
Odpowiadamy wyłącznie za wszczepienie kardiowertera-defibrylatora na stałe;
 - 8) **wszczepienie stałego stymulatora serca (rozrusznika)** – zabieg implantacji do ciała chorego urządzenia z funkcją stymulacji serca.
Odpowiadamy wyłącznie za wszczepienie stymulatora serca (rozrusznika) na stałe;
 - 9) **wszczepienie stymulatora resynchronizującego** – zabieg implantacji do ciała chorego urządzenia z funkcją synchronizacji skurczu serca.
Odpowiadamy wyłącznie za wszczepienie stymulatora resynchronizującego na stałe.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

4. Ubezpieczenie występuje w trzech opcjach:

- 1) onkowsparcie;
- 2) onko-kardiowsparcie;
- 3) onko-kardio-neurowsparcie.

5. Opcja Twojego specjalistycznego leczenia odpowiada opcji ubezpieczenia wybranej w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby. Wyjątkiem jest opcja multiwsparcie. Jeśli ubezpieczający wybrał w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby opcję multiwsparcie, to w tym ubezpieczeniu stosujemy opcję onko-kardio-neurowsparcie.

6. Zakres ubezpieczenia obejmuje specjalistyczne leczenie, które spełnia następujące warunki:
- 1) jest zgodne z naszą definicją wskazaną w pkt 1;
 - 2) jest w Twojej opcji ubezpieczenia, którą znajdziesz w potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia;
 - 3) rozpoczęło się w okresie naszej ochrony.
7. W razie wystąpienia u Ciebie specjalistycznego leczenia, które rozpoczęło się w okresie naszej ochrony, wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu:
- 1) podania pierwszej dawki leku – w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej stwardnienia rozsianego;
 - 2) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego – w przypadku radioterapii choroby nowotworowej;
 - 3) pierwszego wszczepienia kardiowertera-defibrylatora;
 - 4) pierwszego wszczepienia stałego stymulatora serca (rozrusznika);
 - 5) pierwszego wszczepienia stymulatora resynchronizującego;
 - 6) wykonania pierwszej ablacji.
- Procent sumy ubezpieczenia określony jest w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.

Poniżej znajdziesz informację, jakie specjalistyczne leczenia zawiera dana opcja naszego ubezpieczenia.

Opcja onkowsparcie		Opcja onko-kardiowsparcie		Opcja onko-kardio-neurowsparcie	
1)	chemioterapia albo radioterapia choroby nowotworowej	1)	ablacja	1)	ablacja
		2)	chemioterapia albo radioterapia choroby nowotworowej	2)	chemioterapia albo radioterapia choroby nowotworowej
		3)	wszczepienie kardiowertera-defibrylatora	3)	terapia interferonowa stwardnienia rozsianego
		4)	wszczepienie stymulatora resynchronizującego	4)	wszczepienie kardiowertera-defibrylatora
		5)	wszczepienie stymulatora serca (rozrusznika)	5)	wszczepienie stymulatora resynchronizującego
				6)	wszczepienie stymulatora serca (rozrusznika)

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

8. Nasza ochrona nie obejmuje:
- 1) zastosowania leków hormonalnych grupy L02, immunostymulujących grupy L03 lub immunosupresyjnych grupy L04 klasyfikacji ATC jako metody leczenia nowotworu złośliwego – w przypadku chemioterapii;
 - 2) zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego – w przypadku wszczepienia kardiowertera-defibrylatora, wszczepienia stałego stymulatora serca, wszczepienia stymulatora resynchronizującego;

OGRANICZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach i ile maksymalnie wypłacimy z ubezpieczenia

9. Nasze ubezpieczenie obejmuje pierwsze zastosowanie danego specjalistycznego leczenia wskazanego w OWU w okresie naszej ochrony, z uwzględnieniem pkt 10 i 11.
10. W przypadku specjalistycznego leczenia wskazanego w OWU wypłacimy świadczenie, o ile nie ma związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy obecnym a poprzednim specjalistycznym leczeniem, jeśli takie wystąpiło przed początkiem ochrony.
11. Nasza ochrona obejmuje kolejne specjalistyczne leczenie, jeżeli poprzednie zakończyło się przed ukończeniem przez Ciebie 18 lat.
12. Jeśli wypłacimy świadczenie po:
- 1) ablacji;
 - 2) chemioterapii albo radioterapii choroby nowotworowej;
 - 3) terapii interferonowej stwardnienia rozsianego;
 - 4) wszczepieniu kardiowertera-defibrylatora;
 - 5) wszczepieniu stymulatora resynchronizującego;
 - 6) wszczepieniu stymulatora serca (rozrusznika);
- to nasza ochrona dla tego specjalistycznego leczenia kończy się.
13. W razie przeprowadzenia u Ciebie radioterapii choroby nowotworowej lub chemioterapii świadczenie wypłacamy tylko za jeden z tych rodzajów leczenia.

KARENCJA

– czyli okres po zawarciu ubezpieczenia oraz przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia, w którym nie ponosimy odpowiedzialności

14. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 90 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia

15. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli specjalistyczne leczenie było wynikiem nieszczęśliwego wypadku.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po specjalistycznym leczeniu

16. Po specjalistycznym leczeniu dostarcz nam:

- 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
- 2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza specjalistyczne leczenie.

17. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty.

18. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 16 i 17 dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

19. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH**



W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych, o kodzie warunków OPGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–3 OWU pkt 5–7 OWU pkt 11 OWU pkt 13–17 OWU pkt 18 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–3 OWU pkt 8–10 OWU pkt 11 OWU pkt 12 OWU pkt 18 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

www.napzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Kod OWU: OPGP36



Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 19 listopada 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
 - 1) **choroba** – stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego;
 - 2) **operacja** – operacja chirurgiczna, którą wykonuje lekarz medycyny w placówce medycznej w Polsce w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym;
 - 3) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 4) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką.
2. W Wykazie operacji chirurgicznych, który jest załącznikiem do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego, używamy terminów:
 - 1) **usunięcie** – całkowite usunięcie narządu, struktury ciała lub zmiany patologicznej;
 - 2) **wycięcie** – częściowe lub całkowite wycięcie tkanki, narządu, struktury ciała lub zmiany patologicznej;
 - 3) **zmiana** – patologiczny rozrost komórek danej tkanki, narządu lub układu.
3. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

4. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

5. Zakres ubezpieczenia obejmuje wykonanie tylko takich operacji, które spełniają wszystkie poniższe warunki:
 - 1) są przeprowadzone w okresie naszej ochrony;
 - 2) są wymienione w Wykazie operacji chirurgicznych, będącym załącznikiem do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego;
 - 3) są przeprowadzone, aby wyleczyć lub zmniejszyć objawy choroby albo zmniejszyć skutki nieszczęśliwego wypadku – i są konieczne ze wskazań medycznych.
6. Jeśli przejdziesz operację, wypłacimy:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdziesz operację I klasy;
 - 2) 50% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdziesz operację II klasy;
 - 3) 30% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdziesz operację III klasy;
 - 4) 10% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdziesz operację IV klasy;
 - 5) 5% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdziesz operację V klasy.
7. Wypłatę świadczenia ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu wykonania operacji.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

8. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminu zawodowe uprawianie sportu – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:

- 1) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – muszą organizować związki sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 2) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować związki sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 3) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, zasilki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.
- 9. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje operacji, której konieczność wykonania nastąpiła:**
- 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku katastrof, które powodują skażenie promieniotwórcze, chemiczne bądź biologiczne;
 - 3) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 4) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 5) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli ktoś z tych okoliczności miało wpływ na zajście zdarzenia;
 - 6) ponieważ ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na konieczność wykonania operacji;
 - 7) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 8) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia;
 - 9) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
 - 10) wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
 - 11) ponieważ ubezpieczony uprawiał sport zawodowo lub uprawiał rekreacyjnie sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, speleologię, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping).
- 10. Nasza ochrona nie obejmuje operacji, jeśli:**
- 1) wykonano ją, a nie była konieczna ze wskazań medycznych, aby wyleczyć lub zmniejszyć objawy choroby albo zmniejszyć skutki nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) ubezpieczony był dawcą organów lub narządów;
 - 3) wykonano ją w celu kosmetycznym lub estetycznym – z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw:
 - a) nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie naszej ochrony lub
 - b) choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie naszej ochrony;
 - 4) wykonano ją w celu antykoncepcyjnym;
 - 5) wykonano ją, aby zmniejszyć lub powiększyć piersi oraz zmienić płeć;
 - 6) wykonano ją w celu stomatologicznym – z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie naszej ochrony;
 - 7) wykonano ją w celach diagnostycznych;
 - 8) była związana z usunięciem ciała obcego metodą endoskopową;
 - 9) była związana z wymianą wszczepionego na stałe urządzenia, sztucznego narządu lub części sztucznego narządu;
 - 10) była to kolejna operacja tego samego narządu, i pozostawała w związku przyczynowo-skutkowym z pierwszą operacją wykonaną, aby leczyć ten sam stan chorobowy lub skutki tego samego nieszczęśliwego wypadku (reoperacja).

OGRANICZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach i ile maksymalnie wypłacimy z ubezpieczenia

- 11. Jeśli przejdiesz kilka operacji w okresie 60 dni – licząc od daty wykonania pierwszej operacji w tym okresie – wypłacimy pieniądze tylko za jedną operację – za którą przysługuje najwyższa wypłata.**

KARENCAJA

– czyli okres po zawarciu ubezpieczenia oraz przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia, w którym nie ponosimy odpowiedzialności

- 12. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 180 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia. Ponosimy jednak odpowiedzialność, jeśli operacja była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w ciągu tych 180 dni.**

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po operacji

- 13.** Jeśli przejdiesz operację, dostarcz nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kartę informacyjną z placówki medycznej, która potwierdza wykonanie operacji.
- 14.** Możemy dodatkowo:
 - 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
 - 2) zlecić badania medyczne– jeśli będzie to potrzebne.
- 15.** Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
- 16.** Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
- 17.** O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 13, 14 i 16 dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

- 18.** W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

WYKAZ OPERACJI CHIRURGICZNYCH



Załącznik do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych

Nazwa procedury	Klasa	Nazwa procedury	Klasa
Układ nerwowy		Obustronne wycięcie nadnerczy	III
Kraniotomia z usunięciem ropnia nadtwardówkowego	IV	Operacja szyszynki	
Kraniotomia z usunięciem krwaka nadtwardówkowego	IV	Wycięcie przysadki mózgowej	I
Kraniotomia z usunięciem obcego ciała z czaszki	III	Zniszczenie przysadki mózgowej	I
Kraniotomia z usunięciem krwaka podtwardówkowego	IV	Częściowe wycięcie grasicy	IV
Kraniotomia z usunięciem krwaka śródmózgowego	III	Całkowite wycięcie grasicy	III
Drenaż krwaka śródmózgowego	III	Torakoskopowe wycięcie grasicy	IV
Lobotomia/traktotomia	II	Transplantacja grasicy	III
Wycięcie zmiany opony mózgu	III	Wycięcie zmiany piersi	IV
Wycięcie tkanki mózgu	III	Subtotalna mamektomia	III
Wycięcie guza mózdzku	III	Wycięcie brodawki sutkowej	V
Usunięcie ropnia mózdzku	III	Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej	V
Wycięcie guza pnia mózgu	III	Jednostronne całkowite wycięcie piersi	III
Rekonstrukcja opon mózgowych	III	Obustronne całkowite wycięcie piersi	II
Operacja przepukliny mózgowej	III	Całkowita jednoczasowa rekonstrukcja piersi	III
Wentrykulostomia	III	Jednostronny wszczep do piersi	IV
Pozaczaszkowy drenaż mózgu	III	Przeszczep skóry na pierś	IV
Wszczepienie stymulatora mózgu	III	Przeszczep uszypułowany na pierś	IV
Operacja tętniaka lub naczyńniaka mózgu	III	Rekonstrukcja piersi płatem mięśniowym lub skórno-mięśniowym	IV
Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego	IV	Całkowita obustronna jednoczasowa rekonstrukcja piersi	II
Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego ze stabilizacją	IV	Oko	
Wycięcie zmiany rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych	III	Wycięcie gruczołu łzowego	V
Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	V	Wycięcie zmiany gruczołu łzowego	V
Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	III	Wycięcie woreczka/ dróg łzowych	V
Rekonstrukcja nerwu obwodowego	V	Zespoleń dróg łzowych z jamą nosową	V
Odbarczenie nerwu czaszkowego	III	Wycięcie zmiany ze spojówki	V
Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	III	Operacja naprawcza skałeczenia spojówki	V
Operacje naprawcze nerwu obwodowego	III	Usunięcie zrostów spojówki lub/i powieki	V
Operacje naprawcze nerwu współczulnego	V	Rekonstrukcja spojówki z przeszczepem	V
Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	III	Wycięcie skrzydła rogówki	V
Rekonstrukcja nerwu czaszkowego	III	Przeszczep rogówki	V
Przecięcie ciała modelowatego – kalozotomia	I	Nacięcie tęczówki	V
Drenaż przestrzeni podpajęczynkowej	IV	Usunięcie zrostów tęczówki	V
Wycięcie lub zniszczenie spłotu naczyńiowego opon mózgowych	IV	Wycięcie tęczówki	V
Drenaż ropnia przestrzeni podpajęczynkowej	IV	Wycięcie zmiany tęczówki	V
Podwiązanie tętnicy oponowej środkowej	IV	Trepanacja twardówki z usunięciem tęczówki	V
Kauteryzacja spłotu naczyńiowego opon mózgowych	IV	Wytworzenie przetoki twardówki	V
Podwiązanie naczyń przestrzeni podtwardówkowej	IV	Usunięcie zmiany twardówki	V
Drenaż przestrzeni podtwardówkowej	IV	Naprawa garbiaka twardówki	V
Drenaż wodniaka śródczaszkowego	IV	Wzmocnienie twardówki	V
Dekortykacja opon mózgu	IV	Usunięcie soczewki lub wprowadzenie sztucznej soczewki	IV
Wycięcie zmiany tkanki mózgu	III	Usunięcie ciała szklistego	V
Rozległa resekcja tkanki mózgowej	I	Usunięcie mięśnia okoruchowego	IV
Usunięcie ropnia pnia mózgu	II	Wycięcie gałki ocznej	III
Wycięcie tkanki rdzenia kręgowego	III	Zabieg naprawczy wielu struktur oka	III
Przecięcie dróg rdzenia kręgowego	III	Operacyjne zaopatrzenie pękniętej gałki ocznej	III
Operacja przepukliny oponowej lub/i rdzeniowej	III	Wycięcie zmiany oczodołu	III
Drenaż przestrzeni podoponowej rdzenia	IV	Osteoplastyka oczodołu	III
Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego	IV	Usunięcie lub wycięcie zmiany ciała rzęskowego	V
Sympatektomia szyjna	III		
Sympatektomia lędźwiowa	III	Ucho	
Stereotaktyczna abłacja tkanki mózgowej	III	Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego	IV
Wycięcie rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych	III	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	III
Przeszczep opony twardej mózgu	III	Operacja naprawcza błony bębenkowej	V
Układ endokrynologiczny oraz gruczoł sutkowy		Operacja naprawcza wyrostka sutkowego	IV
Częściowe wycięcie tarczycy	IV	Wycięcie zmiany ucha środkowego	IV
Całkowite wycięcie tarczycy	III	Wycięcie zmiany ucha wewnętrznego	III
Wycięcie przewodu tarczowo-językowego	III	Drenaż ucha wewnętrznego	IV
Częściowe wycięcie przytarczyc	IV	Abłacja struktur ucha wewnętrznego	III
Całkowite wycięcie przytarczyc	III	Rekonstrukcja ucha wewnętrznego	III
Częściowe wycięcie nadnerczy	IV		

Nazwa procedury	Klasa	Nazwa procedury	Klasa
Operacja przetoki ucha wewnętrznego	IV	Wycięcie zmiany śluzówki jamy ustnej	V
Wszczepienie protezy ślimaka	III	Rekonstrukcja struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	IV
Wytworzenie przetoki limfatycznej	IV	Wycięcie języczka	V
Odbarczenie błędnika	III	Wycięcie zmiany migdałka	V
Układ oddechowy		Przewód pokarmowy	
Operacyjne tamowanie krwotoku z nosa	V	Częściowe wycięcie przetyku	III
Wycięcie małżowiny wewnętrznej nosa	V	Całkowite wycięcie przetyku	II
Wycięcie nosa	III	Śródpiersiowe zespolenie omijające przetyku	II
Otwarcie zatoki szczękowej	V	Wytworzenie sztucznego przetyku	II
Wycięcie zmiany zatoki szczękowej	V	Zamostkowe wytworzenie przetyku	II
Wyłonienie zatoki szczękowej	V	Przedmostkowe zespolenie omijające przetyku	II
Otwarcie zatoki czołowej	V	Wprowadzenie endoprotezy przetyku	III
Wycięcie zmiany zatoki czołowej	V	Szycie rozerwania przetyku	IV
Obliteracja zatoki czołowej	V	Usunięcie zwężenia przetyku	IV
Wycięcie zatoki czołowej	V	Podwiązanie żyłaków przetyku	IV
Otwarcie komórek sitowych	V	Jednoczasowe usunięcie przetyku i żołądka	I
Wycięcie komórek sitowych	V	Wytworzenie przetoki przetykowej	IV
Otwarcie zatoki klinowej	V	Operacja przetoki żołądkowej	IV
Usunięcie zatoki klinowej	V	Podwiązanie żyłaków wpustu żołądka	IV
Otwarcie wielu zatok nosa	V	Pyloromyotomia	IV
Wycięcie gardła	III	Pyloroplastyka	IV
Wycięcie zmiany gardła	V	Częściowe wycięcie żołądka	III
Rozszerzanie gardła	V	Całkowite wycięcie żołądka	II
Operacje naprawcze nozdrzy tylnych	V	Wagotomia choroby wrzodowej żołądka	IV
Operacje naprawcze gardła po usunięciu nowotworu	V	Zaszycie wrzodu żołądka	IV
Zamknięcie przetoki gardła	V	Zatamowanie krwotoku w żołądku lub dwunastnicy	IV
Wycięcie częściowe krtni	IV	Zespolenie omijające żołądka	III
Wycięcie całkowite krtni	III	Operacja antyrefluksowa	IV
Wycięcie zmiany krtni	V	Szycie rozerwania żołądka	IV
Rozszerzenie krtni	V	Inwersja uchylka żołądka	IV
Operacja przetoki krtni	V	Wycięcie dwunastnicy	III
Wycięcie chrząstki krtni	IV	Zaszycie wrzodu dwunastnicy	IV
Operacja naprawcza krtni	IV	Wagotomia choroby wrzodowej dwunastnicy	IV
Wycięcie strun głosowych	IV	Zespolenie omijające dwunastnicy	III
Wszczepienie protezy głosowej	III	Operacja przetoki dwunastniczej	IV
Jednoczasowe wycięcie krtni i gardła	II	Szycie rozerwanej dwunastnicy	IV
Przeszczep krtni	I	Częściowe wycięcie jelita cienkiego	III
Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	V	Całkowite wycięcie jelita cienkiego	II
Operacja naprawcza tchawicy	IV	Zespolenie omijające jelita cienkiego	III
Operacja przetoki tchawicy	IV	Zamknięcie przetoki jelita cienkiego	IV
Całkowita jednoczasowa rekonstrukcja krtni i tchawicy	I	Wyłonienie jelita cienkiego	IV
Częściowe wycięcie tchawicy	III	Rekonstrukcja przetoki jelitowej	IV
Operacja naprawcza oskrzela	IV	Szycie rozerwanego jelita cienkiego	IV
Operacja przetoki oskrzelowej	IV	Odprowadzenie skrętu jelita	IV
Wycięcie zmiany oskrzela	IV	Odprowadzenie wgnębienia jelita	IV
Wycięcie oskrzela	III	Ufiksovanie jelita cienkiego	IV
Wycięcie zmiany płuca	III	Plikacja jelita cienkiego	IV
Wycięcie płuca	II	Wycięcie cysty lub zatoki pilonidalnej	V
Przeszczep płuca	I	Wycięcie kąticy	III
Jednoczasowy przeszczep płuca i serca	I	Operacja przepukliny przeponowej	III
Wycięcie zmiany śródpiersia	III	Wycięcie poprzeczny	III
Rekonstrukcja przewodu zatokowo-nosowego	V	Hemikolektomia prawostronna	II
Jama ustna		Hemikolektomia lewostronna	II
Wycięcie zmiany języka	V	Wycięcie esicy	III
Częściowe wycięcie języka	V	Totalna śródbrzuszna kolektomia	I
Całkowite usunięcie języka	IV	Zespolenie omijające jelita grubego	III
Wycięcie zmiany ślinianki	V	Operacja przetoki jelita grubego	IV
Częściowe wycięcie ślinianki	V	Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego	II
Całkowite usunięcie ślinianki	V	Wyłonienie jelita grubego	IV
Operacje naprawcze ślinianki lub przewodu ślinowego	V	Plikacja jelita grubego	IV
Zamknięcie przetoki ślinowej	V	Ufiksovanie jelita grubego	IV
Wycięcie zmiany podniebienia twardego	V	Szycie rozerwania jelita grubego	IV
Wycięcie zmiany podniebienia miękkiego	V	Odbarczenie zarośniętego odbytu	IV
Korekcja deformacji podniebienia	IV	Opierszcienie odbytu	IV
Wycięcie zmiany wargi	V	Operacja przetoki odbytu	IV
		Wszczepienie sztucznego zwieracza odbytu	IV
		Operacja wypadającego odbytu	IV
		Wycięcie odbytu	III

Nazwa procedury	Klasa
Szycie rozerwania odbytnicy	IV
Wycięcie odbytnicy	III
Ufiksovowanie odbytnicy	IV
Przeszczep mięśnia smukłego	IV
Wycięcie wyrostka robaczkowego	V
Narządy jamy brzusznej	
Częściowe wycięcie śledziony	IV
Całkowite wycięcie śledziony	III
Wycięcie zmiany śledziony	IV
Przeszczep śledziony	III
Częściowe wycięcie wątroby	III
Całkowite wycięcie wątroby	II
Wycięcie zmiany wątroby	IV
Przeszczep wątroby	I
Wewnątrznaczyniowa operacja na naczyniach wątrobowych	IV
Ufiksovowanie wątroby	III
Zespolenie przewodu wątrobowego	III
Wycięcie pęcherzyka żółciowego	V
Wycięcie zmiany trzustki	III
Cholecystostomia	V
Szycie przewodu żółciowego	V
Wycięcie dróg żółciowych	III
Zespolenie przewodu żółciowego	III
Wycięcie zmiany dróg żółciowych	IV
Plastyka przewodu żółciowego wspólnego	III
Zespolenie pęcherzyka żółciowego	III
Wycięcie brodawki Vatera	IV
Wycięcie przewodu pęcherzykowego	V
Wytworzenie przetoki torbieli trzustki	IV
Częściowe wycięcie trzustki	III
Całkowite wycięcie trzustki	II
Jednoczasowe całkowite wycięcie trzustki i dwunastnicy	I
Operacja Whipplea	I
Zespolenie trzustki	III
Zespolenie przewodu trzustkowego	III
Serce	
Zamknięta walwulotomia	IV
Otwarta walwuloplastyka	III
Wszczepienie zastawki aortalnej	II
Wszczepienie zastawki mitralnej	II
Wszczepienie zastawki płucnej	II
Wszczepienie zastawki trójdzielnej	II
Operacja naprawcza pierścienia zastawki	III
Przezsłona walwuloplastyka	III
Zamknięcie przewodu tętniczego Botalla	IV
Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego	III
Zamknięcie ubytku międzykomorowego	III
Zamknięcie ubytku przegrody serca	III
Korekcja całkowita zespołu Fallota	I
Operacja naprawcza złożonych wad wielkich naczyń	I
Całkowita korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych	I
Korekcja całkowita wspólnego pnia tętniczego	I
Przezsłona angioplastyka wieńcowa	V
Pomostowanie tętnic wieńcowych	III
Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	III
Operacje mięśni brodawkowatych serca	IV
Operacje nici ścięgniętych serca	IV
Wycięcie osierdzia	III
Operacja naprawcza tętniaka serca	III
Wycięcie tętniaka serca	III
Przebudowanie komory serca	III
Chirurgicznie zmniejszenie komory serca	III
Przeszczep serca	I
Wszczepienie sztucznego serca	I

Nazwa procedury	Klasa
Wszczepienie systemu mechanicznego wspomagania serca	IV
Wszczepienie systemu stymulującego serce	V
Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora	V
Wszczepienie układu resynchronizującego serce CRT	V
Otwarta koronaroplastyka	III
Operacje beleczek mięśniowych serca	III
Pomosty dla rewaskularyzacji serca	III
Przezsłona operacja tętnicy płucnej	IV
Przezsłone zamknięcie uszka przedsionka	IV
Naczynia tętnicze oraz żyłne	
Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	IV
Rekonstrukcja tętnic brzusznych	IV
Endarterektomia tętnic kończyny dolnej	IV
Wycięcie lub zespolenie tętnic kończyny dolnej	IV
Pomostowanie aorty brzusznej lub/i tętnic kończyn dolnych	III
Operacja tętniaka tętnicy mózgowej	III
Operacja naprawcza aorty	III
Pomost aorty brzusznej lub/i tętnic brzusznych	III
Rekonstrukcja innej tętnicy	IV
Szycie tętnicy	IV
Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	IV
Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza aorty	III
Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnic kończyn dolnych	IV
Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza gałęzi trzewnych aorty	IV
Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnicy mózgowej	III
Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza innej tętnicy	V
Wycięcie tętniaka z zespoleniem żył: brzusznych, biodrowych, wrotnych, nerkowych, śledzionowych, żyły głównej dolnej	III
Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego z zespoleniem	IV
Wewnątrznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej	IV
Rekonstrukcja tętnicy mózgowej	III
Rekonstrukcja tętnicy płucnej	III
Wycięcie tętniaka naczyń klatki piersiowej	III
Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego ze wstawką	IV
Wycięcie tętniaka naczyń kończyny górnej	IV
Endarterektomia naczyń kończyny górnej	IV
Zespolenie żył jamy brzusznej	III
Układ moczowy	
Operacja nerki przez nefrostomię	IV
Operacja torbieli nerki	V
Usunięcie kamienia z nerki	V
Pielostomia	V
Wycięcie lub zniszczenie zmiany układu kielichowo-miedniczkowego	IV
Wycięcie lub zniszczenie zmiany nerki	IV
Ablacja termiczna zmiany nerki	IV
Wycięcie kielicha nerkowego	IV
Częściowe wycięcie nerki	IV
Całkowite wycięcie nerki	III
Obustronne jednoczasowe wycięcie nerek	I
Przeszczep nerki	I
Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej	III
Zaopatrzenie uszkodzenia urazowego nerki	IV
Operacja przetoki nerkowej	IV
Zespolenie układu moczowego	IV
Plastyka układu moczowego	IV
Usunięcie skrzepu z układu moczowego	V
Usunięcie kamienia z układu moczowego	V
Usunięcie ciała obcego z układu moczowego	V
Usunięcie przeszkoły z układu moczowego	V
Usunięcie zmiany z moczowodu	V
Korekcja zwężenia moczowodu	V
Nacięcie moczowodu	V
Częściowe wycięcie moczowodu	V
Całkowite usunięcie moczowodu	IV
Operacja przetoki moczowodowej	IV

Nazwa procedury	Klasa	Nazwa procedury	Klasa
Reimplantacja moczowodu do pęcherza moczowego	IV	Częściowe wycięcie prącia	V
Wszczepienie moczowodu do jelita	IV	Protezowanie prącia	IV
Wytworzenie końcowej przetoki kałowej z wszczepieniem moczowodu	III	Reimplantacja prącia	IV
Reimplantacja moczowodu	IV	Operacja naprawcza prącia	V
Zeszyście rany moczowodu	V	Operacja naprawcza napletka	V
Zamknięcie przetoki moczowodu	IV	Wycięcie moszny	IV
Umocowanie moczowodu	V	Żeński układ rozrodczy	
Operacja moczowodu objętego zwłóknieniem zaostrzewowym	IV	Operacja gruczołu Bartholina	V
Operacja przeciwdrożdżowa zewnątrzpęcherzowa	IV	Wycięcie lub zniszczenie zmiany w zatoce Douglasa	V
Uzupełnienie moczowodu wszczepem	V	Zamknięcie zatoki Douglasa	V
Protezowanie moczowodu	IV	Wycięcie zmiany pochwy	V
Sfaldowanie moczowodu	V	Wycięcie pochwy	IV
Uwolnienie moczowodu ze zrostów	V	Operacja naprawcza pochwy	IV
Wszczepienie elektronicznego stimulatora moczowodu	IV	Operacja przetoki pochwowej	IV
Usunięcie kamienia z pęcherza moczowego	V	Rekonstrukcja sklepienia pochwy	IV
Operacja naprawcza ujścia pęcherza moczowego	IV	Wycięcie zmiany sromu	V
Plastyka pęcherza i cewki moczowej	III	Wycięcie sromu	IV
Operacja naprawcza uchylka pęcherza moczowego	IV	Uwolnienie zrostów sromu	V
Plastyka ujścia pęcherza moczowego	IV	Operacja lechtaczki	V
Sfaldowanie ujścia pęcherza moczowego	IV	Operacja jajnika i/lub jajowodu	V
Korekcja zwężenia cewki moczowej	V	Obustronne wycięcie jajników i/lub jajowodów	IV
Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza	V	Wycięcie zmiany szyjki macicy	V
Operacja przetoki pęcherza moczowego	IV	Usunięcie mięśniaków macicy	V
Wycięcie lub zniszczenie zmiany pęcherza moczowego	V	Wycięcie zmiany trzonu macicy	V
Wycięcie uchylka pęcherza moczowego	IV	Usunięcie tkanki trzonu macicy	V
Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	IV	Operacja naprawcza przegrody macicy	V
Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	III	Usunięcie zrostów macicy	V
Operacja przetoki pochwowej	IV	Zniszczenie zmiany trzonu macicy	V
Wytworzenie zastępczego pęcherza moczowego	III	Przyszycie macicy do powłok brzusznych	V
Operacja naprawcza cewki moczowej	V	Szybie rozdarcia macicy	V
Operacja przetoki cewki moczowej	IV	Zamknięcie przetoki macicy	V
Sfaldowanie cewki moczowej	V	Zabieg naprawczy poporodowego rozdarcia macicy	V
Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej	V	Zabieg naprawczy wrodzonej wady macicy	V
Wszczepienie protezy cewki moczowej	V	Wycięcie macicy	IV
Operacja spodziectwa	V	Operacje aparatu zawieszającego macicę	IV
Operacyjne leczenie nietrzymania moczu	IV	Skóra	
Wycięcie lub zniszczenie tkanki stercza	V	Przeszczep wolny skóry	V
Wycięcie lub zniszczenie zmiany stercza	V	Przeszczep płata skóry owłosionej	V
Całkowite wycięcie stercza	IV	Przeszczep innej niż własna tkanka do skóry	V
Wycięcie zmiany cewki moczowej	V	Uszypułowany lub płatowy przeszczep skóry	V
Wycięcie uchylka cewki moczowej	V	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	V
Operacja przetoki moczowodowej	IV	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-powięziowego	V
Operacja przetoki pęcherza moczowego	IV	Przeszczep płata skórno-powięziowego	IV
Operacja przetoki macicznej	IV	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	V
Rekonstrukcja pęcherza moczowego	III	Przeszczep śluzówki	V
Wytworzenie zespolenia pęcherza moczowego	IV	Tkanki miękkie	
Wszczepienie elektronicznego stimulatora pęcherza moczowego	IV	Uwolnienie ścięgna	V
Częściowe wycięcie cewki moczowej	V	Wycięcie torbieli bocznej szyi lub pozostałości szczeliny skrzelowej	V
Całkowite wycięcie cewki moczowej	IV	Wycięcie zmiany ściany klatki piersiowej (z usunięciem żeber)	IV
Narządy płciowe męskie		Dekortykacja płuca	IV
Operacja wodniaka jądra	V	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	III
Wycięcie zmiany jądra	V	Operacja naprawcza przepony	III
Jednostronne wycięcie jądra	V	Szybie rany przepony	III
Wycięcie jedyne jądra	V	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	IV
Wycięcie obu jąder jednoczasowe	IV	Operacja przepukliny pachwinowej obustronna	IV
Srowadzenie jąder	V	Operacja przepukliny pachwinowej jednostronna	V
Protezowanie jądra	V	Operacja przepukliny pepkowej	V
Operacja żyłaków powrózka nasiennego	V	Operacja przepukliny udowej jednostronna	V
Operacja naprawcza powrózka nasiennego	V	Operacja przepukliny udowej obustronna	IV
Operacja pęcherzyków nasiennych	V	Operacja przepukliny ściany jamy brzusznej o nieokreślonym umiejscowieniu	V
Operacja najądrza	V	Operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	V
Wycięcie najądrza	V	Plikacja przepony	IV
Wycięcie nasieniowodu	V	Operacja moczownika	V
Wycięcie lub zniszczenie zmiany prącia	V	Wycięcie tkanek otrzewnowej	V
Całkowite wycięcie prącia	IV		

Nazwa procedury	Klasa	Nazwa procedury	Klasa
Operacja naprawcza dotycząca sieci	V	Uwolnienie torebki stawowej	V
Operacja naprawcza dotycząca kreszki jelita	V	Uwolnienie stawu	V
Wycięcie zmiany otrzewnej	V	Uwolnienie więzadła	V
Uwolnienie zrostów otrzewnowych	V	Otwarte nastawienie zwłknięcia	IV
Operacja przewodu limfatycznego	IV	Wycięcie łętki kolana	V
Wycięcie ścięgna	V	Usztywnienie (artrodeza) stawu biodrowego	IV
Wycięcie torbieli galearetowatej pochewki ścięgna	V	Usztywnienie (artrodeza) stawu kolanowego	IV
Operacja kaletki	V	Usztywnienie (artrodeza) stawu barkowego	IV
Wycięcie powięzi	V	Usztywnienie (artrodeza) stawu łokciowego	IV
Wycięcie mięśnia	V	Operacja stabilizująca więzadła stawu kolanowego	V
Uwolnienie przykurczu mięśnia	V	Operacja stabilizująca staw barkowy	IV
Operacja naprawcza ścięgna	V	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny górnej	V
Operacja naprawcza mięśnia	V	Operacja stabilizująca rzepkę stawu kolanowego	V
Przeszczepienie mięśnia	IV	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny dolnej	V
Uwolnienie mięśnia	V	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego	III
Wycięcie zmiany lub tkanki przepony	IV	Częściowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego	IV
Zabieg naprawczy optycznej	IV	Artroplastyka nadgarstka lub śródręcza	IV
Operacja naprawcza przepukliny kulszowej	V	Artroplastyka śródręczno-paliczkowa i międzypaliczkowa	IV
Operacja naprawcza przepukliny kulszowo odbytniczej	V	Całkowita endoproteza nadgarstka	III
Operacja naprawcza przepukliny łędźwiowej	V	Całkowita endoprotezoplastyka stawu stopy, palców stopy	IV
Operacja naprawcza przepukliny zasłonowej	V	Całkowita endoprotezoplastyka stawu skokowego	IV
Operacja naprawcza przepukliny sieciowej	V	Rekonstrukcja mikrochirurgiczna naczyń i/ lub nerwów stopy	IV
Operacja naprawcza przepukliny zaotrzewnowej	V	Policyzacja palca	IV
Operacja naprawcza otrzewnej	V	Całkowita rekonstrukcja kciuka	IV
Wycięcie pochewki ścięgna	V	Korekta stopy końsko-szpontowej	IV
Operacja naprawcza dotycząca powięzi	V	Częściowa endoprotezoplastyka stawu barkowego	IV
Kości i stawy szkieletu i kręgosłupa		Częściowa endoprotezoplastyka stawu łokciowego	IV
Podniesienie złamanego fragmentu czaszki	III	Całkowita endoprotezoplastyka stawu barkowego	III
Uzupełnienie ubytku kości czaszki	IV	Całkowita endoprotezoplastyka stawu łokciowego	III
Otwarte nastawienie złamania kości nosa	IV	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego	III
Wycięcie zmiany kości twarzoczaszki	V	Całkowite wycięcie kości ektopowej	IV
Wycięcie kości twarzoczaszki	IV	Częściowe wycięcie kości ektopowej	V
Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej	IV	Pozostałe	
Otwarte nastawienie złamania szczęki	IV	Amputacja kciuka	IV
Otwarte nastawienie złamania żuchwy	IV	Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	IV
Otwarte nastawienie kości twarzy	IV	Wyłuszczenie nadgarstka	III
Otwarte nastawienie złamania oczodołu	IV	Amputacja kończyny górnej na wysokości przedramienia	III
Przeszczep kostny kości twarzy	IV	Wyłuszczenie w stawie łokciowym	III
Otwarte nastawienie zwłknięcia stawu skroniowo-żuchwowego	IV	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	III
Częściowe wycięcie żuchwy	IV	Wyłuszczenie w stawie barkowym	III
Całkowite wycięcie żuchwy	III	Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki	II
Wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa	IV	Amputacja palucha	IV
Usunięcie przepukliny jądra miazdżystego	IV	Amputacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	IV
Usztywnienie (artrodeza) stawów kręgosłupa	IV	Wyłuszczenie w stawie skokowym	III
Operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	IV	Amputacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	III
Operacja złamania kręgu	IV	Amputacja kończyny dolnej na wysokości kolana	III
Rekonstrukcja wielu kości twarzoczaszki	III	Wyłuszczenie w stawie kolanowym	III
Rekonstrukcja jednej kości twarzoczaszki	IV	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	III
Wycięcie zmiany kości	V	Wyłuszczenie w stawie biodrowym	II
Wycięcie martwaka kości	V	Amputacja kończyny dolnej z częścią miednicy	II
Osteotomia bez rozdzielenia (z wyłączeniem stóp i rąk)	IV	Replantacja kciuka	IV
Osteotomia klinowa (z wyłączeniem stóp i rąk)	IV	Replantacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	III
Inna osteotomia (z wyłączeniem stóp i rąk)	IV	Replantacja kończyny górnej na wysokości ramienia	II
Resekcja kości (z wyłączeniem stóp i rąk)	IV	Replantacja palucha	IV
Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	V	Replantacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	III
Otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	V	Replantacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	III
Zamknięta stabilizacja oddzielonej nasady kości	V	Replantacja kończyny dolnej na wysokości uda	II
Otwarta stabilizacja oddzielonej nasady kości	IV	Przeszczep całej twarzy	I
Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości	IV		



**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI
CHIRURGICZNYCH MAŁŻONKA ALBO PARTNERA
ŻYCIOWEGO**

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych małżonka albo partnera życiowego, o kodzie warunków MOGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–3 OWU pkt 5–7 OWU pkt 11 OWU pkt 13–17 OWU pkt 18 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	pkt 1–3 OWU pkt 8–10 OWU pkt 11 OWU pkt 12 OWU pkt 18 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



pod numerem infolinii 801 102 102
(opłata zgodna z taryfą operatora)

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO



Kod warunków: MOGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych małżonka albo partnera życiowego uchwałą nr UZ/137/2020 z dnia 22 czerwca 2020 r. (zwane dalej OWU).

OWU mają zastosowanie do ofert sporządzonych od dnia 20 lipca 2020 roku oraz do umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie tych ofert.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy:

1. W OWU używamy terminów:
 - 1) **choroba** – stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego;
 - 2) **operacja chirurgiczna** – operacja, którą wykonuje lekarz medycyny w placówce medycznej w Polsce w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym;
 - 3) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 4) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką,
2. W wykazie operacji chirurgicznych, który jest załącznikiem nr 1 do tych OWU, używamy terminów:
 - 1) **usunięcie** – całkowite usunięcie narządu, struktury ciała lub zmiany patologicznej;
 - 2) **wycięcie** – częściowe lub całkowite wycięcie tkanki, narządu, struktury ciała lub zmiany patologicznej;
 - 3) **zmiana** – patologiczny rozrost komórek danej tkanki, narządu lub układu.
3. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

4. Ubezpieczamy zdarzenie w Twoim życiu, którym jest przeprowadzenie operacji chirurgicznych u małżonka albo partnera życiowego.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

5. Zakres ubezpieczenia obejmuje, zdarzenie w życiu ubezpieczonego, wykonanie tylko takich operacji chirurgicznych u małżonka albo partnera życiowego, które spełniają wszystkie poniższe warunki:
 - 1) są przeprowadzone w okresie naszej ochrony;
 - 2) znajdują się w wykazie operacji chirurgicznych, będącym załącznikiem nr 1 do tych OWU;
 - 3) są przeprowadzone, aby wyleczyć lub zmniejszyć objawy choroby albo zmniejszyć skutki nieszczęśliwego wypadku – i są konieczne ze wskazań medycznych.
6. Jeśli małżonek albo partner życiowy przejdzie operację, wypłacimy Tobie:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdzie operację chirurgiczną I klasy;
 - 2) 50% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdzie operację chirurgiczną II klasy;
 - 3) 30% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdzie operację chirurgiczną III klasy;
 - 4) 10% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdzie operację chirurgiczną IV klasy;
 - 5) 5% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdzie operację chirurgiczną V klasy.
7. Wypłatę świadczenia ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu wykonania operacji chirurgicznej.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

8. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminu zawodowe uprawianie sportu – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
 - 1) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych.
Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 2) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych.
Rozgrywki te muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 3) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, zasiłki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.

9. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje operacji chirurgicznej, której konieczność wykonania nastąpiła:

- 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku katastrof, które powodują skażenie promieniowotwórcze, chemiczne bądź biologiczne;
 - 3) w wyniku czynnego udziału małżonka albo partnera życiowego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 4) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez małżonka albo partnera życiowego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 5) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli małżonek albo partner życiowy prowadził pojazd:
 - a) bez posiadania wymaganych uprawnień lub,
 - b) niedopuszczony do ruchu w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym lub,
 - c) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub po użyciu narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;– jeśli któraś z powyższych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;
 - 6) ponieważ małżonek albo partner życiowy był w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub po użyciu: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na konieczność wykonania operacji;
 - 7) w wyniku umyślnego samookaleczenia się małżonka albo partnera życiowego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera życiowego;
 - 8) w wyniku spożycia alkoholu, użytych narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia lub w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji
 - 9) w wyniku użycia przez małżonka albo partnera życiowego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego lub w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
 - 10) wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
 - 11) ponieważ małżonek albo partner życiowy uprawiał sport zawodowo lub uprawiał rekreacyjnie sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczkę skałkową albo wysokogórską (rozumianą jako każda wspinaczkę uprawianą na wysokości powyżej 2000 metrów nad poziomem morza), speleologię, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping) – jeżeli miało to wpływ na zaistnienie nieszczęśliwego wypadku.
10. Nasza ochrona nie obejmuje operacji chirurgicznej, jeśli:
- 1) wykonano ją, a nie była uzasadniona z medycznego punktu widzenia w celu poprawy wyników stanu zdrowia;
 - 2) małżonek albo partner życiowy był dawcą organów lub narządów;
 - 3) wykonano ją w celu kosmetycznym lub estetycznym – z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw:
 - a) nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie naszej ochrony lub
 - b) choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie naszej ochrony;
 - 4) wykonano ją w celu antykoncepcyjnym;
 - 5) wykonano ją, aby zmniejszyć lub powiększyć piersi lub zmienić płeć;
 - 6) była operacją stomatologiczną – z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie naszej ochrony;
 - 7) wykonano ją w celach diagnostycznych;
 - 8) była związana z usunięciem ciała obcego metodą endoskopową;
 - 9) była związana z wymianą wszczepionego na stałe urządzenia, sztucznego narządu lub części sztucznego narządu;
 - 10) była to kolejna operacja tego samego narządu, i pozostawała w związku przyczynowo-skutkowym z pierwszą z operacją wykonaną, aby leczyć ten sam stan chorobowy lub skutki tego samego nieszczęśliwego wypadku (reoperacja).

OGRANICZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach i ile maksymalnie wypłacimy z ubezpieczenia

11. Jeśli małżonek albo partner życiowy przejdzie kilka operacji w okresie 60 dni – licząc od daty wykonania pierwszej operacji w tym okresie – wypłacimy Tobie pieniądze tylko za jedną operację małżonka albo partnera życiowego – za którą przysługuje najwyższa wypłata.

KARENCEJA

– czyli okres po zawarciu ubezpieczenia oraz przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia, w którym nie ponosimy odpowiedzialności

12. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 180 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia. Ponosimy jednak odpowiedzialność, jeśli operacja małżonka albo partnera życiowego, była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w ciągu tych 180 dni.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy pieniądze po operacji małżonka albo partnera życiowego

13. Jeśli małżonek albo partner życiowy przeszedł operację, dostarcz nam:
- 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) zgodę udzieloną przez małżonka albo partnera życiowego na przetwarzanie jego danych osobowych;
 - 3) akt Waszego małżeństwa – jeśli jesteście małżeństwem;
 - 3) kartę informacyjną z placówki medycznej, która potwierdza wykonanie operacji.
14. Możemy dodatkowo:
- 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
 - 2) zlecić badania medyczne

– jeśli będzie to konieczne dla ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości należnego Ci świadczenia.

15. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.

16. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.

17. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie dokumentacji wymienionej w pkt 13, 14 i 16.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

18. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO

Wykaz operacji chirurgicznych
Kod warunków: MOGP36

Lp.	Operacja Chirurgiczna	Klasa
Układ nerwowy		
1	Kraniotomia z usunięciem ropnia nadtworówkowego	4
2	Kraniotomia z usunięciem krwaka nadtworówkowego	4
3	Kraniotomia z usunięciem obcego ciała z czaszki	3
4	Kraniotomia z usunięciem krwaka podtworówkowego	4
5	Kraniotomia z usunięciem krwaka śródmózgowego	3
6	Drenaż krwaka śródmózgowego	3
7	Lobotomia/traktotomia	2
8	Wycięcie zmiany opony mózgu	3
9	Wycięcie tkanki mózgu	3
10	Wycięcie guza mózdzku	3
11	Usunięcie ropnia mózdzku	3
12	Wycięcie guza pnia mózgu	3
13	Rekonstrukcja opon mózgowych	3
14	Operacja przepukliny mózgowej	3
15	Wentrykulostomia	3
16	Pozaczaskowy drenaż mózgu	3
17	Wszczepienie stymulatora mózgu	3
18	Operacja tętniaka lub naczyniaka mózgu	3
19	Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego	4
20	Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego ze stabilizacją	4
21	Wycięcie zmiany rdzenia kręgowego lub opon mózgowo-rdzeniowych	3
22	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	5
23	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	3
24	Rekonstrukcja nerwu obwodowego	5
25	Odbarczenie nerwu czaszkowego	3
26	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	3
27	Operacje naprawcze nerwu obwodowego	5
28	Operacje naprawcze nerwu współczulnego	5
29	Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	3
30	Rekonstrukcja nerwu czaszkowego	3
31	Przecięcie ciała modelowatego – kalozotomia	1
32	Drenaż przestrzeni podpajęczynówkowej	4
33	Wycięcie lub zniszczenie spłotu naczyniówkowego opon mózgowych	4
34	Drenaż ropnia przestrzeni podpajęczynówkowej	4
35	Podwiązanie tętnicy oponowej środkowej	4
36	Kauteryzacja spłotu naczyniówkowego opon mózgowych	4
37	Podwiązanie naczyń przestrzeni podtworówkowej	4
38	Drenaż przestrzeni podtworówkowej	4
39	Drenaż wodniaka śródczaszkowego	4
40	Dekortykacja opon mózgu	4
41	Wycięcie zmiany tkanki mózgu	2

Lp.	Operacja Chirurgiczna	Klasa
42	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	1
43	Usunięcie ropnia pnia mózgu	2
44	Wycięcie tkanki rdzenia kręgowego	3
45	Przecięcie dróg rdzenia kręgowego	3
46	Operacja przepukliny oponowej i/lub rdzeniowej	3
47	Drenaż przestrzeni podoponowej rdzenia	4
48	Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego	4
49	Sympatektomia szyjna	3
50	Sympatektomia lędźwiowa	3
51	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	3
52	Wycięcie rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych	3
53	Przeszczep opony twardej mózgu	3
Układ endokrynologiczny oraz gruczoł sutkowy		
54	Częściowe wycięcie tarczycy	4
55	Całkowite wycięcie tarczycy	3
56	Wycięcie przewodu tarczowo-językowego	3
57	Częściowe wycięcie przytarczyc	4
58	Całkowite wycięcie przytarczyc	3
59	Częściowe wycięcie nadnerczy	4
60	Obustronne wycięcie nadnerczy	3
61	Operacja szyszynki	2
62	Wycięcie przysadki mózgowej	1
63	Zniszczenie przysadki mózgowej	1
64	Częściowe wycięcie grasicy	4
65	Całkowite wycięcie grasicy	3
66	Torakoskopowe wycięcie grasicy	4
67	Transplantacja grasicy	3
68	Wycięcie zmiany piersi	4
69	Subtotalna mamektomia	3
70	Wycięcie brodawki sutkowej	5
71	Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej	5
72	Jednostronne całkowite wycięcie piersi	3
73	Obustronne całkowite wycięcie piersi	2
74	Całkowita jednoczasowa rekonstrukcja piersi	3
75	Jednostronny wszczep do piersi	4
76	Przeszczep skóry na pierś	4
77	Przeszczep uszypułowany na pierś	4
78	Rekonstrukcja piersi płatem mięśniowym lub skórno-mięśniowym	4
79	Całkowita obustronna jednoczasowa rekonstrukcja piersi	2
Oko		
80	Wycięcie gruczołu łzowego	5
81	Wycięcie zmiany gruczołu łzowego	5
82	Wycięcie woreczka/dróg łzowych	5
83	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	5
84	Wycięcie zmiany ze spojówki	5
85	Operacja naprawcza skaleczenia spojówki	5
86	Usunięcie zrostów spojówki lub/i powieki	5
87	Rekonstrukcja spojówki z przeszczepem	5

Lp.	Operacja Chirurgiczna	Klasa
88	Wycięcie skrzydlika rogówki	5
89	Przeszczep rogówki	5
90	Nacięcie tęczówki	5
91	Usunięcie zrostów tęczówki	5
92	Wycięcie tęczówki	5
93	Wycięcie zmiany tęczówki	5
94	Trepanacja twardówki z usunięciem tęczówki	5
95	Wytworzenie przetoki twardówki	5
96	Usunięcie zmiany twardówki	5
97	Naprawa garbiaka twardówki	5
98	Wzmocnienie twardówki	5
99	Usunięcie soczewki lub wprowadzenie sztucznej soczewki	4
100	Usunięcie ciała szklistego	5
101	Usunięcie mięśnia okoruchowego	4
102	Wycięcie gałki ocznej	3
103	Zabieg naprawczy wielu struktur oka	3
104	Operacyjne zaopatrzenie pękniętej gałki ocznej	3
105	Wycięcie zmiany oczodołu	3
106	Osteoplastyka oczodołu	3
107	Usunięcie lub wycięcie zmiany ciała rzęskowego	5
Ucho		
108	Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego	4
109	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	3
110	Operacja naprawcza błony bębenkowej	5
111	Operacja naprawcza wyrostka sutkowatego	4
112	Wycięcie zmiany ucha środkowego	4
113	Wycięcie zmiany ucha wewnętrznego	3
114	Drenaż ucha wewnętrznego	4
115	Ablacja struktur ucha wewnętrznego	3
116	Rekonstrukcja ucha wewnętrznego	3
117	Operacja przetoki ucha wewnętrznego	4
118	Wszczepienie protezy ślimaka	3
119	Wytworzenie przetoki limfatycznej	4
120	Odbarczenie błędniaka	3
Układ oddechowy		
121	Operacyjne tamowanie krwotoku z nosa	5
122	Wycięcie małżowiny wewnętrznej nosa	5
123	Wycięcie nosa	3
124	Otwarcie zatoki szczękowej	5
125	Wycięcie zmiany zatoki szczękowej	5
126	Wyłonienie zatoki szczękowej	5
127	Otwarcie zatoki czołowej	5
128	Wycięcie zmiany zatoki czołowej	5
129	Obliteracja zatoki czołowej	5
130	Wycięcie zatoki czołowej	5
131	Otwarcie komórek sitowych	5
132	Wycięcie komórek sitowych	5
133	Otwarcie zatoki klinowej	5

Lp.	Operacja Chirurgiczna	Klasa
134	Usunięcie zatoki klinowej	5
135	Otwarcie wielu zatok nosa	5
136	Wycięcie gardła	3
137	Wycięcie zmiany gardła	5
138	Rozszerzanie gardła	5
139	Operacje naprawcze nozdrzy tylnych	5
140	Operacje naprawcze gardła po usunięciu nowotworu	5
141	Zamknięcie przetoki gardła	5
142	Wycięcie częściowe krtani	4
143	Wycięcie całkowite krtani	3
144	Wycięcie zmiany krtani	5
145	Rozszerzenie krtani	5
146	Operacja przetoki krtani	5
147	Wycięcie chrząstki krtani	4
148	Operacja naprawcza krtani	4
149	Wycięcie strun głosowych	4
150	Wszczepienie protezy głosowej	3
151	Jednoczasowe wycięcie krtani i gardła	2
152	Przeszczep krtani	1
153	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	5
154	Operacja naprawcza tchawicy	4
155	Operacja przetoki tchawicy	4
156	Całkowita jednoczasowa rekonstrukcja krtani i tchawicy	1
157	Częściowe wycięcie tchawicy	3
158	Operacja naprawcza oskrzela	4
159	Operacja przetoki oskrzelowej	4
160	Wycięcie zmiany oskrzela	4
161	Wycięcie oskrzela	3
162	Wycięcie zmiany płuca	3
163	Wycięcie płuca	2
164	Przeszczep płuca	1
165	Jednoczasowy przeszczep płuca i serca	1
166	Wycięcie zmiany śródpiersia	3
167	Rekonstrukcja przewodu zatokowo-nosowego	5
Jama ustna		
168	Wycięcie zmiany języka	5
169	Częściowe wycięcie języka	5
170	Całkowite usunięcie języka	4
171	Wycięcie zmiany ślinianki	5
172	Częściowe wycięcie ślinianki	5
173	Całkowite usunięcie ślinianki	5
174	Operacje naprawcze ślinianki lub przewodu ślinowego	5
175	Zamknięcie przetoki ślinowej	5
176	Wycięcie zmiany podniebienia twardego	5
177	Wycięcie zmiany podniebienia miękkiego	5
178	Korekcja deformacji podniebienia	3
179	Wycięcie zmiany wargi	5
180	Wycięcie zmiany śluzówki jamy ustnej	5

Lp.	Operacja Chirurgiczna	Klasa
181	Rekonstrukcja struktur jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	4
182	Wycięcie języczka	5
183	Wycięcie zmiany migdałka	5
Przewód pokarmowy		
184	Częściowe wycięcie przełyku	3
185	Całkowite wycięcie przełyku	3
186	Śródpiersiowe zespolenie omijające przełyku	2
187	Wytworzenie sztucznego przełyku	2
188	Zamostkowe wytworzenie przełyku	2
189	Przedmostkowe zespolenie omijające przełyku	2
190	Wprowadzenie endoprotezy przełyku	3
191	Szycie rozerwania przełyku	4
192	Usunięcie zwężenia przełyku	4
193	Podwiązanie żyłaków przełyku	4
194	Jednoczasowe usunięcie przełyku i żołądka	1
195	Wytworzenie przetoki przełykowej	4
196	Operacja przetoki żołądkowej	4
197	Podwiązanie żyłaków wpustu żołądka	4
198	Pyloromyotomia	4
199	Pyloroplastyka	4
200	Częściowe wycięcie żołądka	3
201	Całkowite wycięcie żołądka	2
202	Wagotomia choroby wrzodowej żołądka	4
203	Zaszycie wrzodu żołądka	4
204	Zatamowanie krwotoku w żołądku lub dwunastnicy	4
205	Zespolenie omijające żołądka	3
206	Operacja antyrefluksowa	4
207	Szycie rozerwania żołądka	4
208	Inwersja uchyłka żołądka	4
209	Wycięcie dwunastnicy	3
210	Zaszycie wrzodu dwunastnicy	4
211	Wagotomia choroby wrzodowej dwunastnicy	4
212	Zespolenie omijające dwunastnicy	3
213	Operacja przetoki dwunastniczej	4
214	Szycie rozerwanej dwunastnicy	4
215	Częściowe wycięcie jelita cienkiego	3
216	Całkowite wycięcie jelita cienkiego	2
217	Zespolenie omijające jelita cienkiego	3
218	Zamknięcie przetoki jelita cienkiego	4
219	Wyłonienie jelita cienkiego	4
220	Rekonstrukcja przetoki jelitowej	4
221	Szycie rozerwanego jelita cienkiego	4
222	Odprowadzenie skrętu jelita	4
223	Odprowadzenie wgłobienia jelita	4
224	Ufiksowanie jelita cienkiego	4
225	Plikacja jelita cienkiego	4
226	Wycięcie cysty lub zatoki pilonidalnej	5
227	Wycięcie kąticy	3

Lp.	Operacja Chirurgiczna	Klasa
228	Operacja przepukliny przeponowej	3
229	Wycięcie poprzeczniczy	3
230	Hemikolektomia prawostronna	2
231	Hemikolektomia lewostronna	2
232	Wycięcie esicy	3
233	Totalna śródbrzusza kolektomia	1
234	Zespolenie omijające jelita grubego	3
235	Operacja przetoki jelita grubego	4
236	Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego	2
237	Wyłonienie jelita grubego	4
238	Plikacja jelita grubego	4
239	Ufiksowanie jelita grubego	4
240	Szycie rozerwania jelita grubego	4
241	Odbarczenie zarośniętego odbytu	4
242	Opierścienienie odbytu	4
243	Operacja przetoki odbytu	4
244	Wszczepienie sztucznego zwieracza odbytu	4
245	Operacja wypadającego odbytu	4
246	Wycięcie odbytu	3
247	Szycie rozerwania odbytnicy	4
248	Wycięcie odbytnicy	3
249	Ufiksowanie odbytnicy	4
250	Przeszczep mięśnia smukłego	4
251	Wycięcie wyrostka robaczkowego	5
Narządy jamy brzusznej		
252	Częściowe wycięcie śledziony	4
253	Całkowite wycięcie śledziony	3
254	Wycięcie zmiany śledziony	4
255	Przeszczep śledziony	3
256	Częściowe wycięcie wątroby	3
257	Całkowite wycięcie wątroby	2
258	Wycięcie zmiany wątroby	4
259	Przeszczep wątroby	1
260	Wewnątrznaczyniowa operacja na naczyniach wątrobowych	4
261	Ufiksowanie wątroby	3
262	Zespolenie przewodu wątrobowego	3
263	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	5
264	Wycięcie zmiany trzustki	3
265	Cholecystostomia	5
266	Szycie przewodu żółciowego	5
267	Wycięcie dróg żółciowych	3
268	Zespolenie przewodu żółciowego	3
269	Wycięcie zmiany dróg żółciowych	4
270	Plastyka przewodu żółciowego wspólnego	3
271	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	3
272	Wycięcie brodawki Vatera	4
273	Wycięcie przewodu pęcherzykowego	5
274	Wytworzenie przetoki torbieli trzustki	4

Lp.	Operacja Chirurgiczna	Klasa
275	Częściowe wycięcie trzustki	3
276	Całkowite wycięcie trzustki	2
277	Jednoczasowe całkowite wycięcie trzustki i dwunastnicy	1
278	Operacja Whipplea	1
279	Zespolenie trzustki	3
280	Zespolenie przewodu trzustkowego	3
Serce		
281	Zamknięta walwulotomia	4
282	Otwarta walwuloplastyka	3
283	Wszczepienie zastawki aortalnej	2
284	Wszczepienie zastawki mitralnej	2
285	Wszczepienie zastawki płucnej	2
286	Wszczepienie zastawki trójdzielnej	2
287	Operacja naprawcza pierścienia zastawki	3
288	Przeżyłowa walwuloplastyka	3
289	Zamknięcie przewodu tętniczego Botalla	4
290	Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego	3
291	Zamknięcie ubytku międzykomorowego	3
292	Zamknięcie ubytku przegrody serca	3
293	Całkowita korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych	1
294	Korekcja całkowita zespołu Fallota	1
295	Operacja naprawcza złożonych wad wielkich naczyń	1
296	Korekcja całkowita wspólnego pnia tętniczego	1
297	Przeżyłowa angioplastyka wieńcowa	5
298	Pomostowanie tętnic wieńcowych	3
299	Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	3
300	Operacje mięśni brodawkowatych serca	4
301	Operacje nici ścięgniętych serca	4
302	Wycięcie osierdzia	3
303	Operacja naprawcza tętniaka serca	3
304	Wycięcie tętniaka serca	3
305	Przebudowanie komory serca	3
306	Chirurgicznie zmniejszenie komory serca	3
307	Przeszczep serca	1
308	Wszczepienie sztucznego serca	1
309	Wszczepienie systemu mechanicznego wspomaganie serca	4
310	Wszczepienie systemu stymulującego serce	5
311	Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora	5
312	Wszczepienie układu resynchronizującego serce CRT	5
313	Otwarta koronaroplastyka	3
314	Operacje beleczek mięśniowych serca	3
315	Pomosty dla rewaskularyzacji serca	3
316	Przeżyłowa operacja tętnicy płucnej	4
317	Przeżyłowe zamknięcie uszka przedsionka	4
Naczynia tętnicze oraz żyłne		
318	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	4
319	Rekonstrukcja tętnic brzusznych	4
320	Endarterektomia tętnic kończyny dolnej	4

Lp.	Operacja Chirurgiczna	Klasa
321	Wycięcie lub zespolenie tętnic kończyny dolnej	4
322	Pomostowanie aorty brzusznej lub tętnic kończyn dolnych	3
323	Pomostowanie aorty brzusznej lub/i tętnic kończyn dolnych	3
324	Operacja tętniaka tętnicy mózgowej	3
325	Operacja naprawcza aorty	3
326	Pomost aorty brzusznej lub/i tętnic brzusznych	3
327	Rekonstrukcja innej tętnicy	4
328	Szycie tętnicy	4
329	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	4
330	Wewnątrznacyniowa operacja naprawcza aorty	3
331	Wewnątrznacyniowa operacja naprawcza tętnic kończyn dolnych	4
332	Wewnątrznacyniowa operacja naprawcza gałęzi trzewnych aorty	4
333	Wewnątrznacyniowa operacja naprawcza tętnicy mózgowej	3
334	Wewnątrznacyniowa operacja naprawcza innej tętnicy	5
335	Wycięcie tętniaka z zespoleniem żył: brzusznych, biodrowych, wrotnych, nerkowych, śledzionowych, żyły głównej dolnej	3
336	Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego z zespoleniem	4
337	Wewnątrznacyniowa operacja tętnicy szyjnej	4
338	Rekonstrukcja tętnicy mózgowej	3
339	Rekonstrukcja tętnicy płucnej	3
340	Wycięcie tętniaka naczyń klatki piersiowej	3
341	Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego ze wstawką	4
342	Wycięcie tętniaka naczyń kończyny górnej	4
343	Enderetektomia naczyń kończyny górnej	4
344	Zespolenie żył jamy brzusznej	3
Układ moczowy		
345	Operacja nerki przez nefrostomię	4
346	Operacja torbieli nerki	5
347	Usunięcie kamienia z nerki	5
348	Pielostomia	5
349	Wycięcie lub zniszczenie zmiany układu kielichowo-miedniczkowego	4
350	Wycięcie lub zniszczenie zmiany nerki	4
351	Ablacja termiczna zmiany nerki	4
352	Wycięcie kielicha nerkowego	4
353	Częściowe wycięcie nerki	4
354	Całkowite wycięcie nerki	3
355	Obustronne jednoczasowe wycięcie nerek	1
356	Przeszczep nerki	1
357	Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej	3
358	Zaopatrzenie uszkodzenia urazowego nerki	4
359	Operacja przetoki nerkowej (nie obejmuje przezskórnego wytworzenia przetoki)	4
360	Zespolenie układu moczowego	4
361	Plastyka układu moczowego	4
362	Usunięcie skrzepu z układu moczowego	5
363	Usunięcie kamienia z układu moczowego	5
364	Usunięcie ciała obcego z układu moczowego	5
365	Usunięcie przeszkody z układu moczowego	5
366	Usunięcie zmiany z moczowodu	5
367	Korekcja zwężenia moczowodu	5

Lp.	Operacja Chirurgiczna	Klasa
368	Nacięcie moczowodu	5
369	Częściowe wycięcie moczowodu	5
370	Całkowite usunięcie moczowodu	4
371	Operacja przetoki moczowodowej	4
372	Reimplantacja moczowodu do pęcherza moczowego	4
373	Wszczepienie moczowodu do jelita	4
374	Wytworzenie końcowej przetoki kałowej z wszczepieniem moczowodów	3
375	Reimplantacja moczowodu	4
376	Zeszycie rany moczowodu	5
377	Zamknięcie przetoki moczowodu	4
378	Umocowanie moczowodu	5
379	Operacja moczowodu objętego zwłóknieniem zaotrzewnowym	4
380	Operacja przeciwoodpływowa zewnątrzpęcherzowa	4
381	Uzupełnienie moczowodu wszczepem	5
382	Protezowanie moczowodu	4
383	Sfałdowanie moczowodu	5
384	Uwolnienie moczowodu ze zrostów	5
385	Wszczepienie elektronicznego stymulatora moczowodu	4
386	Usunięcie kamienia z pęcherza moczowego	5
387	Operacja naprawcza ujścia pęcherza moczowego	4
388	Plastyka pęcherza i cewki moczowej	3
389	Operacja naprawcza uchyłka pęcherza moczowego	4
390	Plastyka ujścia pęcherza moczowego	4
391	Sfałdowanie ujścia pęcherza moczowego	4
392	Korekcja zwężenia cewki moczowej	5
393	Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza	5
394	Operacja przetoki pęcherza moczowego	4
395	Wycięcie lub zniszczenie zmiany pęcherza moczowego	5
396	Wycięcie uchyłka pęcherza moczowego	4
397	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	4
398	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	3
399	Operacja przetoki pochwowej	4
400	Wytworzenie zastępczego pęcherza moczowego	3
401	Operacja naprawcza cewki moczowej	5
402	Operacja przetoki cewki moczowej	4
403	Sfałdowanie cewki moczowej	5
404	Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej	5
405	Wszczepienie protezy cewki moczowej	5
406	Operacja spodziectwa	5
407	Operacyjne leczenie nietrzymania moczu	4
408	Wycięcie lub zniszczenie tkanki stercza	5
409	Wycięcie lub zniszczenie zmiany stercza	5
410	Całkowite wycięcie stercza	4
411	Wycięcie zmiany cewki moczowej	5
412	Wycięcie uchyłka cewki moczowej	5
413	Operacja przetoki macicznej	4
414	Rekonstrukcja pęcherza moczowego	3
415	Wytworzenie zespolenia pęcherza moczowego	4

Lp.	Operacja Chirurgiczna	Klasa
416	Wszczepienie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego	5
417	Częściowe wycięcie cewki moczowej	5
418	Całkowite wycięcie cewki moczowej	4
Narządy płciowe męskie		
419	Operacja wodniaka jądra	5
420	Wycięcie zmiany jądra	5
421	Jednostronne wycięcie jądra	5
422	Wycięcie jedyne go jądra	5
423	Wycięcie obu jąder jednocześnie	4
424	Sprowadzenie jąder	5
425	Protezowanie jądra	5
426	Operacja żyłaków powrózka nasienne go	5
427	Operacja naprawcza powrózka nasienne go	5
428	Operacja pęcherzyków nasiennych	5
429	Operacja najądrza	5
430	Wycięcie najądrza	5
431	Wycięcie nasieniowodu	5
432	Wycięcie lub zniszczenie zmiany prącia	5
433	Całkowite wycięcie prącia	4
434	Częściowe wycięcie prącia	5
435	Protezowanie prącia	4
436	Reimplantacja prącia	4
437	Operacja naprawcza prącia	5
438	Operacja naprawcza napletka	5
439	Wycięcie moszny	4
Żeński układ rozrodczy		
440	Operacja gruczołu Bartholina	5
441	Wycięcie lub zniszczenie zmiany w zatoce Douglasa	5
442	Zamknięcie zatoki Douglasa	5
443	Wycięcie zmiany pochwy	5
444	Wycięcie pochwy	4
445	Operacja naprawcza pochwy	4
446	Operacja przetoki pochwowej	4
447	Rekonstrukcja sklepienia pochwy	4
448	Wycięcie zmiany sromu	5
449	Wycięcie sromu	4
450	Uwolnienie zrostów sromu	5
451	Operacja łechtaczki	5
452	Operacja jajnika i/lub jajowodu	5
453	Obustronne wycięcie jajników i/lub jajowodów	4
454	Wycięcie zmiany szyjki macicy	5
455	Usunięcie mięśniaków macicy	5
456	Wycięcie zmiany trzonu macicy	5
457	Usunięcie tkanki trzonu macicy	5
458	Operacja naprawcza przegrody macicy	5
459	Usunięcie zrostów macicy	5
460	Zniszczenie zmiany trzonu macicy	5
461	Przyszycie macicy do powłok brzusznych	5

Lp.	Operacja Chirurgiczna	Klasa
462	Szycie rozdarcia macicy	5
463	Zamknięcie przetoki macicy	5
464	Zabieg naprawczy poporodowego rozdarcia macicy	5
465	Zabieg naprawczy wrodzonej wady macicy	5
466	Wycięcie macicy	4
467	Operacje aparatu zawieszającego macicę	4
Skóra		
468	Przeszczep wolny skóry	5
469	Przeszczep płyta skóry owłosionej	5
470	Przeszczep innej niż własna tkanki do skóry	5
471	Uszypułowany lub płatowy przeszczep skóry	5
472	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płyta skóry	5
473	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płyta skórniego	5
474	Przeszczep płyta skórno-powięziowego	4
475	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	5
476	Przeszczep śluzówki	5
Tkanki miękkie		
477	Uwolnienie ścięgna	5
478	Wycięcie torbieli bocznej szyi lub pozostałości szczeliny skrzelowej	5
479	Wycięcie zmiany ściany klatki piersiowej (z usunięciem żeber)	4
480	Dekortykacja płuca	4
481	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	3
482	Operacja naprawcza przepony	3
483	Szycie rany przepony	3
484	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	4
485	Operacja przepukliny pachwinowej obustronna	4
486	Operacja przepukliny pachwinowej jednostronna	5
487	Operacja przepukliny pępkowej	5
488	Operacja przepukliny udowej jednostronna	5
489	Operacja przepukliny udowej obustronna	4
490	Operacja przepukliny ściany jamy brzusznej o nieokreślonym umiejscowieniu	5
491	Operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	5
492	Plikacja przepony	4
493	Operacja moczownika	5
494	Wycięcie tkanek otrzewnowej	5
495	Operacja naprawcza dotycząca sieci	5
496	Operacja naprawcza dotycząca krezki jelita	5
497	Wycięcie zmiany otrzewnej	5
498	Uwolnienie zrostów otrzewnowych	5
499	Operacja przewodu limfatycznego	4
500	Wycięcie ścięgna	5
501	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	5
502	Operacja kaletki	5
503	Wycięcie powięzi	5
504	Wycięcie mięśnia	5
505	Uwolnienie przykurczu mięśnia	5
506	Operacja naprawcza ścięgna	5
507	Operacja naprawcza mięśnia	5

Lp.	Operacja Chirurgiczna	Klasa
508	Przeszczepienie mięśnia	4
509	Uwolnienie mięśnia	5
510	Wycięcie zmiany lub tkanki przepony	4
511	Zabieg naprawczy opłucnej	4
512	Operacja naprawcza przepukliny kulszowej	5
513	Operacja naprawcza przepukliny kulszowo odbytniczej	5
514	Operacja naprawcza przepukliny lędźwiowej	5
515	Operacja naprawcza przepukliny zasłonowej	5
516	Operacja naprawcza przepukliny sieciowej	5
517	Operacja naprawcza przepukliny zaotrzewnowej	5
518	Operacja naprawcza otrzewnej	5
519	Wycięcie pochewki ścięgna	5
520	Operacja naprawcza dotycząca powięzi	5
Kości i stawy szkieletu i kręgosłupa		
521	Podniesienie złamanego fragmentu czaszki	3
522	Uzupełnienie ubytku kości czaszki	4
523	Otwarte nastawienie złamania kości nosa	4
524	Wycięcie zmiany kości twarzoczaszki	5
525	Wycięcie kości twarzoczaszki	4
526	Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej	4
527	Otwarte nastawienie złamania szczęki	4
528	Otwarte nastawienie złamania żuchwy	4
529	Otwarte nastawienie kości twarzy	4
530	Otwarte nastawienie złamania oczodołu	4
531	Przeszczep kostny kości twarzy	4
532	Otwarte nastawienie zwinięcia stawu skroniowo-żuchwowego	4
533	Częściowe wycięcie żuchwy	4
534	Całkowite wycięcie żuchwy	3
535	Wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa	4
536	Usunięcie przepukliny jądra miazdżystego	4
537	Usztynwienie (artrodeza) stawów kręgosłupa	4
538	Operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	4
539	Operacja złamania kręgu	4
540	Rekonstrukcja wielu kości twarzoczaszki	3
541	Rekonstrukcja jednej kości twarzoczaszki	4
542	Wycięcie zmiany kości	5
543	Wycięcie martwaka kości	5
544	Osteotomia bez rozdzielenia (z wyłączeniem stóp i rąk)	4
545	Osteotomia klinowa (z wyłączeniem stóp i rąk)	4
546	Inna osteotomia (z wyłączeniem stóp i rąk)	4
547	Resekcja kości (z wyłączeniem stóp i rąk)	4
548	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	5
549	Otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	4
550	Zamknięta stabilizacja oddzielonej nasady kości	5
551	Otwarta stabilizacja oddzielonej nasady kości	4
552	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości	4
553	Uwolnienie torebki stawowej	5
554	Uwolnienie stawu	5

Lp.	Operacja Chirurgiczna	Klasa
555	Uwolnienie więzadła	5
556	Otwarte nastawienie zwłknięcia	4
557	Wycięcie łąkotki kolana	5
558	Usztywnienie (artrodeza) stawu biodrowego	4
559	Usztywnienie (artrodeza) stawu kolanowego	4
560	Usztywnienie (artrodeza) stawu barkowego	4
561	Usztywnienie (artrodeza) stawu łokciowego	4
562	Operacja stabilizująca więzadła stawu kolanowego	5
563	Operacja stabilizująca staw barkowy	4
564	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny górnej	5
565	Operacja stabilizująca rzepkę stawu kolanowego	5
566	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny dolnej	5
567	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego	3
568	Częściowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego	4
569	Artroplastyka nadgarstka lub śródreżca	4
570	Artroplastyka śródreżczo-paliczkowa i międzypaliczkowa	4
571	Całkowita endoproteza nadgarstka	3
572	Całkowita endoprotezoplastyka stawu stopy, palców stopy	4
573	Całkowita endoprotezoplastyka stawu skokowego	4
574	Rekonstrukcja mikrochirurgiczna naczyń i/ lub nerwów stopy	4
575	Policyzacja palca	4
576	Całkowita rekonstrukcja kciuka	4
577	Korekcja stopy końsko-szpotawej	4
578	Częściowa endoprotezoplastyka stawu barkowego	4
579	Częściowa endoprotezoplastyka stawu łokciowego	4
580	Całkowita endoprotezoplastyka stawu barkowego	3
581	Całkowita endoprotezoplastyka stawu łokciowego	3
582	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego	3
583	Całkowite wycięcie kości ektopowej	4
584	Częściowe wycięcie kości ektopowej	5
Pozostałe		
585	Amputacja kciuka	4
586	Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	4
587	Wyluszczenie nadgarstka	3
588	Amputacja kończyny górnej na wysokości przedramienia	3
589	Wyluszczenie w stawie łokciowym	3
590	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	3
591	Wyluszczenie w stawie barkowym	3
592	Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki	2
593	Amputacja palucha	4
594	Amputacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	4
595	Wyluszczenie w stawie skokowym	3
596	Amputacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	3
597	Amputacja kończyny dolnej na wysokości kolana	3
598	Wyluszczenie w stawie kolanowym	3
599	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	3
600	Wyluszczenie w stawie biodrowym	2
601	Amputacja kończyny dolnej z częścią miednicy	2

Lp.	Operacja Chirurgiczna	Klasa
602	Replantacja kciuka	4
603	Replantacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	3
604	Replantacja kończyny górnej na wysokości ramienia	2
605	Replantacja palucha	4
606	Replantacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	3
607	Replantacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	3
608	Replantacja kończyny dolnej na wysokości uda	2
609	Przeszczep całej twarzy	1



**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO
MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO**

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego, o kodzie warunków MLGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–8 OWU pkt 12 OWU pkt 14–16 OWU pkt 17 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 9–11 OWU pkt 12 OWU pkt 13 OWU pkt 17 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



pod numerem infolinii 801 102 102
(opłata zgodna z taryfą operatora)

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO



Kod warunków: MLGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego nr UZ/137/2020 z dnia 22 czerwca 2020 r. (zwane dalej OWU).

OWU mają zastosowanie do ofert sporządzanych od dnia 20 lipca 2020 r. oraz do umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie tych ofert.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
 - 1) **choroba** – stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego powodujący konieczność leczenia szpitalnego;
 - 2) **leczenie szpitalne** – pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu w Polsce, który trwa nieprzerwanie dłużej niż 3 dni i ma na celu leczenie:
 - a) stanów nagłych, w których opóźnienie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo życia, lub
 - b) stanów, w których nie można uzyskać celu leczniczego podczas leczenia ambulatoryjnego;
 - 3) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym małżonek albo partner życiowy przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu trwał jego pobyt, przy czym za pierwszy dzień przyjmuje się dzień rejestracji w szpitalu, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala;
 - 4) **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego;
 - 5) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 6) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdarzenie w Twoim życiu, którym jest wystąpienie leczenia szpitalnego u małżonka albo partnera życiowego, na skutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest pobyt w szpitalu małżonka albo partnera życiowego, w okresie naszej ochrony, z powodu:
 - 1) choroby;
 - 2) nieszczęśliwego wypadku.
5. Za każdy dzień pobytu małżonka albo partnera życiowego, w szpitalu, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości 0,5% sumy ubezpieczenia – z uwzględnieniem pkt 6.
6. Jeśli pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu:
 - 1) jest skutkiem nieszczęśliwego wypadku, który zdarzył się podczas naszej ochrony oraz
 - 2) jest pierwszym leczeniem szpitalnym spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem i
 - 3) rozpoczął się nie później niż 14 dni po nieszczęśliwym wypadku– za każdy dzień pobytu przez pierwsze 14 dni wypłacimy 1% sumy ubezpieczenia.
7. Jeśli nieszczęśliwy wypadek zdarzył się przed początkiem naszej ochrony, za każdy dzień pobytu małżonka albo partnera życiowego, w szpitalu w wyniku tego nieszczęśliwego wypadku wypłacimy 0,5% sumy ubezpieczenia – o ile leczenie szpitalne wystąpiło w okresie naszej ochrony z tytułu tego ubezpieczenia.
8. Wysokość wypłacanego świadczenia ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

9. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminu zawodowe uprawianie sportu – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
 - 1) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 2) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub

- 3) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, zasilki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.
10. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego, który rozpoczął się przed początkiem naszej ochrony lub który nastąpił:
- 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku katastrof, które powodują skażenie promieniotwórcze, chemiczne lub biologiczne;
 - 3) w wyniku czynnego udziału małżonka albo partnera życiowego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 4) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez małżonka albo partnera życiowego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 5) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli małżonek albo partner życiowy prowadził pojazd:
 - a) bez posiadania wymaganych uprawnień,
 - b) niedopuszczony do ruchu w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym,
 - c) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub po użyciu narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,– jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście wypadku komunikacyjnego;
 - 6) ponieważ małżonek albo partner życiowy był w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub po użyciu: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) w wyniku umyślnego samookaleczenia się małżonka albo partnera życiowego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera życiowego;
 - 8) w wyniku spożycia alkoholu, użycia narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
 - 9) w wyniku użycia przez małżonka albo partnera życiowego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego lub w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. produktów;
 - 10) wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
 - 11) w związku z leczeniem padaczki – poza padaczką objawową, która jest objawem innej choroby oraz wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, nerwicy i uzależnień;
 - 12) wyłącznie w związku z leczeniem chorób związanych z obniżeniem odporności organizmu w przebiegu zakażenia wirusem HIV;
 - 13) w związku z leczeniem stomatologicznym – chyba że wynikają one z konieczności leczenia obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 14) w związku z wykonaniem badań lekarskich lub dodatkowych badań medycznych, które służą ustaleniu istnienia choroby zawodowej; wykonania badań diagnostycznych, które nie wynikają z zachorowania, wykonania badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu) oraz obserwacji na wniosek sądu;
 - 15) w związku z leczeniem niepłodności;
 - 16) w związku z wykonaniem operacji chirurgicznej w celu kosmetycznym, estetycznym lub operacji w celu zmiany płci, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw:
 - a) nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie naszej ochrony lub
 - b) choroby nowotworowej, którą wykryto w okresie naszej ochrony;
 - 17) w związku z rehabilitacją – z wyjątkiem pierwszego pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu z powodu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, jeśli pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego ochroną pobytu w szpitalu ubezpieczonego, który był związany – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą;
 - 18) ponieważ małżonek albo partner życiowy uprawiał sport zawodowo lub uprawiał rekreacyjnie sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczkę skałkową albo wysokogórską (rozumianą jako każda wspinaczkę uprawianą na wysokości powyżej 2000 metrów nad poziomem morza), speleologię, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping)- jeżeli miało to wpływ na zaistnienie nieszczęśliwego wypadku.
11. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje leczenia szpitalnego małżonka albo partnera życiowego:
- 1) w hospicjach, placówkach lecznictwa odykowego, placówkach dla przewlekle chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych ani zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
 - 2) w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego – w sanatoriach, prewentoriach ani szpitalach uzdrowiskowych, sanatoryjnych ani rehabilitacyjno-uzdrowiskowych;
 - 3) w ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych – z wyjątkiem pobytu, o którym mowa w pkt 10.17;
 - 4) na oddziałach dziennych ani w takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.

OGRANICZENIA OCHRONY

– czyli za ile dni pobytu w szpitalu zapłacimy

12. Zapłacimy świadczenie maksymalnie za 90 dni pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy.

KARENCJA

– czyli okres po zawarciu ubezpieczenia oraz przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia, w którym nie ponosimy odpowiedzialności

13. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 30 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia. Ponosimy jednak odpowiedzialność, jeśli leczenie szpitalne małżonka albo partnera życiowego było wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu tych 30 dni.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy pieniądze po pobycie w szpitalu

- 14.** W przypadku leczenia szpitalnego, małżonka albo partnera życiowego, dostarcz nam:
- 1) wniosek o wypłatę świadczenia. Możesz dostarczyć go:
 - a) gdy małżonek albo partner zakończy pobyt w szpitalu,
 - b) w trakcie pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu – po 30. lub 60. dniu;
 - 2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego – gdy małżonek albo partner zakończy pobyt w szpitalu;
 - 3) akt Waszego małżeństwa – jeśli jesteście małżeństwem;
 - 4) dokument, który potwierdza przyczynę pobytu w szpitalu i nazwę placówki medycznej, wydany przez lekarza z tej placówki – gdy składasz wniosek o wypłatę świadczenia w trakcie pobytu w szpitalu;
 - 5) zgodę udzieloną przez małżonka albo partnera życiowego na przetwarzanie jego danych osobowych.
- 15.** Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
- 16.** O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 14 i 15 dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

- 17.** W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.



**OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO PLUS**

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus, o kodzie warunków LPGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1 – 2 OWU pkt 5 – 14 OWU pkt 19 – 20 OWU pkt 23 – 25 OWU pkt 26 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1 – 2 OWU pkt 5 – 6 OWU pkt 15 – 18 OWU pkt 19 – 20 OWU pkt 21 – 22 OWU pkt 26 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



pod numerem infolinii 801 102 102
(opłata zgodna z taryfą operatora)

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO PLUS



Kod OWU: LPGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/125/2021 z dnia 8 lipca 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 26 lipca 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 sierpnia 2021 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **ciężka choroba** – tylko taka choroba, uraz lub operacja chirurgiczna, które są objęte naszą ochroną. Listę ciężkich chorób znajdziesz w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego. Zakres ciężkich chorób jest taki sam jak wybrany w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby;
- 2) **OAiT** – Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii wyodrębniony organizacyjnie jako osobny oddział w strukturach szpitala, wyposażony w sprzęt, który umożliwia stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych oraz podjęcie czynności zastępczych w przypadku niewydolności narządów lub układów ustroju.
W ramach pobytu na OAiT nie obejmujemy ochroną pobytu na oddziale kardiologicznym, neurologicznym ani diabetologicznym – nawet jeśli Twoje podstawowe czynności życiowe były stale monitorowane lub jeśli podjęto czynności zastępcze w razie niewydolności Twoich narządów lub układów ustroju;
- 3) **pobyt na OAiT** – pobyt na OAiT, który trwa nieprzerwanie co najmniej 48 godzin;
- 4) **rekonwalescencja** – maksymalnie 30-dniowy nieprzerwany pobyt na zwolnieniu lekarskim bezpośrednio po pobycie w szpitalu. Zwolnienie lekarskie bezpośrednio po pobycie w szpitalu musi Ci wydać oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie;
- 5) **statek** – pasażerski albo towarowy statek morski albo statek śródlądowy, który ma napęd silnikowy lub żaglowy – statkiem nie są okręty wojenne;
- 6) **stosunek prawny** – umowa o pracę lub inny stosunek cywilnoprawny, z tytułu którego, na dzień wystąpienia wypadku przy pracy, istnieje prawny obowiązek opłacania składek na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 7) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 8) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
- 9) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek wywołany:
 - a) ruchem pojazdu na drodze – jeśli brałeś w nim udział jako uczestnik ruchu (zgodnie z ustawą Prawo o ruchu drogowym). Pojazdem jest również tramwaj,
 - b) ruchem pojazdu kolejowego, którego porusza pojazd trakcyjny (pojazd z własnym napędem) oraz metra – jeśli byłeś pasażerem albo członkiem załogi tego pojazdu.
Wypadkiem komunikacyjnym nie jest wypadek, który dotyczy kolejowego transportu wewnątrzzakładowego oraz transportu linowego i linowo-terenowego,
 - c) ruchem samolotu (pasażerskiego koncesjonowanych linii lotniczych) – jeśli byłeś członkiem załogi lub pasażerem, gdy samolot:
 - został uszkodzony lub zniszczony albo
 - zaginął lub znajduje się w miejscu, do którego nie ma dostępu,
 - d) ruchem statku – jeśli byłeś członkiem załogi lub pasażerem, gdy statek:
 - zatonął lub został uszkodzony albo
 - zaginął lub znajduje się w miejscu, do którego nie ma dostępu;
- 10) **wypadek przy pracy** – tylko taki wypadek, który jest nieszczęśliwym wypadkiem i wystąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ciebie:
 - a) zwykłych czynności lub
 - b) poleceń Twoich przełożonych– w ramach stosunku prawnego, w którym pozostajesz w chwili wystąpienia wypadku przy pracy. Wypadkiem przy pracy nie jest wypadek w drodze do pracy lub z pracy;

- 11) **wystąpienie ciężkiej choroby**, oznaczające zaistnienie w okresie naszej ochrony następujących okoliczności:
 - a) **zdiagnozowania** – w przypadku: bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, bakteryjnego zapalenia wsierdza, choroby Alzheimera, choroby Creutzfeldta-Jakoba, choroby Huntingtona, choroby Leśniowskiego-Crohna, choroby neuronu ruchowego, choroby Parkinsona, ciężkiego oparzenia, kleszczowego zapalenia mózgu, neuroboreliozy, nowotworu złośliwego, paraliżu, reumatoidalnego zapalenia stawów, schyłkowej niewydolności wątroby, sepsy, stwardnienia rozsianego, tęžca, toczenia, urazu czaszkowo-mózgowego, udaru mózgu, całkowitej utraty mowy, całkowitej utraty słuchu w co najmniej jednym uchu, całkowitej utraty wzroku w co najmniej jednym oku, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, wścieklizny, zatoru tętnicy płucnej, zawału serca, zgorzeli gazowej,
 - b) **specjalistycznego leczenia** – w przypadku: anemii aplastycznej – rozpoczęcia leczenia immunosupresyjnego, immunostymulacyjnego lub wykonania transplantacji szpiku, gruźlicy – rozpoczęcia leczenia przeciwprótkowego, przewlekłej niewydolności nerek – rozpoczęcia stałej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki,
 - c) **przeprowadzenia operacji** – w przypadku: błonowca mózgu, chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej, chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej, chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej serca – by-pass, chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca, niezłośliwego guza mózgu, ropnia mózgu, transplantacji, utraty kończyny, zakażonej martwicy trzustki,
 - d) **zakażenia** – w przypadku: zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji, zakażenia wirusem HIV zawodowego,
 - e) **zapaźnięcia w śpiączkę** – w przypadku: śpiączki.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.
3. Przed przystąpieniem do ubezpieczenia musisz przystąpić do dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

4. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

5. Zakres ubezpieczenia obejmuje poniższe zdarzenia, które wystąpią w okresie naszej ochrony:
 - 1) pobyt w szpitalu z powodu:
 - a) nieszczęśliwego wypadku,
 - b) wypadku komunikacyjnego,
 - c) wypadku przy pracy,
 - d) wystąpienia ciężkiej choroby;
 - 2) rekonwalescencję – jeśli Twój pobyt w szpitalu trwał co najmniej 14 dni;
 - 3) pobyt na OAIT
– pod warunkiem, że uznamy naszą ochronę za pobyt w szpitalu na podstawie dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.
6. Naszą ochroną obejmujemy pobyt w szpitalu oraz na OAIT w krajach Unii Europejskiej oraz w Australii, Islandii, Japonii, Kanadzie, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanach Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanie, Wielkiej Brytanii.
7. Ta umowa rozszerza naszą ochronę wskazaną w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego o pobyt w szpitalu na terenie krajów wymienionych w pkt 6.
8. Wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku:
 - 1) w pierwszych 14 dniach tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest Twoim pierwszym pobytem spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem i
 - 2) jeśli rozpoczął się nie później niż 14 dni po nieszczęśliwym wypadku.
9. Wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego:
 - 1) w pierwszych 14 dniach tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest Twoim pierwszym pobytem spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym i
 - 2) jeśli rozpoczął się nie później niż 14 dni po wypadku komunikacyjnym.
10. Wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku przy pracy:
 - 1) w pierwszych 14 dniach tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest Twoim pierwszym pobytem spowodowanym danym wypadkiem przy pracy i
 - 2) jeśli rozpoczął się nie później niż 14 dni po wypadku przy pracy.
11. Wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu, w czasie którego wystąpiła dana ciężka choroba, w pierwszych 14 dniach tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest Twoim pierwszym pobytem związanym z wystąpieniem danej ciężkiej choroby.

12. Jeśli przebywasz na OAIT, wypłacimy świadczenie jednorazowo w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.
13. Za każdy dzień rekonwalescencji wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.
14. Wpłatę ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu pobytu w szpitalu.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

15. Dla celów określenia wyłączenia naszej ochrony używamy terminu zawodowe uprawianie sportu – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
 - a) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - b) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - c) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, zasiłki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.
16. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje pobytu w szpitalu, który rozpoczął się przed początkiem naszej ochrony lub pobytu w szpitalu, który nastąpił:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku katastrof, które powodują skażenie promieniotwórcze, chemiczne lub biologiczne;
 - 3) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 4) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 5) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości – w rozumieniu przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;
 - 6) ponieważ ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości – w rozumieniu przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 8) wskutek zatrucia spożytym alkoholem lub użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
 - 9) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. produktów;
 - 10) wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba, że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
 - 11) w wyniku padaczki – poza padaczką objawową, która jest objawem innej choroby oraz wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
 - 12) w wyniku chorób z powodu obniżenia odporności organizmu w przebiegu zakażenia wirusem HIV;
 - 13) w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych – chyba, że wynikają one z konieczności leczenia obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 14) w wyniku wykonywania badań lekarskich, dodatkowych badań medycznych – które służą ustaleniu istnienia choroby zawodowej, badań diagnostycznych, które nie wynikają z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu) oraz obserwacji na wniosek sądu;
 - 15) w wyniku leczenia niepłodności;
 - 16) w wyniku wykonywania operacji kosmetycznych lub plastycznych – w tym operacji zmiany płci – z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw:
 - a) nieszczęśliwych wypadków, które wydarzyły się w okresie naszej ochrony lub
 - b) choroby nowotworowej, którą wykryto w okresie naszej ochrony;
 - 17) w wyniku rehabilitacji – z wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu ubezpieczonego z powodu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, jeśli pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego ochroną pobytu w szpitalu ubezpieczonego, który był związany – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą;
 - 18) ponieważ ubezpieczony uprawiał sport zawodowo lub uprawiał rekreacyjnie sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, speleologię, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping).

17. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje Twojego pobytu:

- 1) w hospicjach, placówkach lecznictwa odwykowego, placówkach dla przewlekłe chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych ani zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- 2) w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego – w szczególności w sanatoriach, prewentoriach ani szpitalach uzdrowiskowych, sanatoryjnych ani rehabilitacyjno-uzdrowiskowych;
- 3) w ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych – z wyjątkiem pobytu, o którym mowa w pkt 16 ppkt 17;
- 4) na oddziałach dziennych ani w takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.

18. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje rekonwalescencji, jeśli:

- 1) Twój pobyt w szpitalu, po którym bezpośrednio następuje rekonwalescencja, był spowodowany leczeniem niepłodności;
- 2) rekonwalescencja odbyła się w okresie Twojego urlopu dla poratowania zdrowia albo urlopu zdrowotnego.

OGRANICZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach i ile maksymalnie wypłacimy z ubezpieczenia

19. Zapłacimy maksymalnie za:

- 1) 90 dni pobytu w szpitalu – łącznie z tej umowy i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego;
 - 2) 90 dni rekonwalescencji
- w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy.

20. Jeśli będziesz przebywać w szpitalu lub na OAIT w czasie rekonwalescencji, to wypłacimy świadczenie:

- 1) za pobyt w szpitalu i ewentualnie za pobyt na OAIT albo
 - 2) za rekonwalescencję
- według Twojego wyboru.

Decydujesz o tym, składając wniosek o wypłatę:

- 1) za pobyt w szpitalu i ewentualnie pobyt na OAIT albo
- 2) za rekonwalescencję.

KARENCAJA

– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia nie ponosimy odpowiedzialności

21. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 30 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia.

22. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli pobyt w szpitalu, pobyt na OAIT oraz rekonwalescencja jest wynikiem:

- 1) nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) wypadku komunikacyjnego,
 - 3) wypadku przy pracy
- który wydarzył się w ciągu tych 30 dni.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po pobycie w szpitalu

23. W razie pobytu w szpitalu, dostarcz nam:

- 1) wniosek o wypłatę świadczenia. Możesz dostarczyć go:
 - a) gdy zakończysz pobyt w szpitalu, jeśli nie było rekonwalescencji,
 - b) gdy zakończysz pobyt w szpitalu i rekonwalescencję,
 - c) w trakcie pobytu w szpitalu – po 30. lub 60. dniu;
- 2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową z OAIT – gdy zakończysz pobyt w szpitalu i rekonwalescencję;
- 3) dokument, który potwierdza pobyt w szpitalu lub kartę wypisową z OAIT, wydane przez lekarza prowadzącego – w trakcie pobytu w szpitalu;
- 4) w razie rekonwalescencji – dodatkowo kopię zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez ubezpieczającego albo zaświadczenie wydane przez ubezpieczającego o pobieranym zasiłku chorobowym w związku z Twoim pobytem na zwolnieniu lekarskim, które wydał szpital.

24. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.

25. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 23 i 24 dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

26. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO PLUS

1. Za ciężkie choroby objęte naszą ochroną uznaje się:

- 1) **anemię aplastyczną** (niedokrwistość aplastyczną), która jest przewlekłą i nieodwracalną niewydolnością szpiku, polegającą na zaniku wszystkich linii komórkowych układu granulocytowego, czerwonych krwinek i płytek krwi. Odpowiadamy wyłącznie za taką anemię aplastyczną, którą rozpoznano na podstawie oceny szpiku kostnego i w przebiegu której zastosowano leczenie immunosupresyjne, immunostymulacyjne lub wykonano transplantację szpiku;
- 2) **bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych**, które jest zakaźną chorobą bakteryjną przebiegającą z neurologicznymi objawami uszkodzenia mózgu lub rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 3) **bakteryjne zapalenie wsierdza**, które jest zapaleniem wsierdza spowodowanym przez zakażenie bakteryjne. Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdza, które wymagało hospitalizacji i dotyczyło własnych zastawek serca lub jam serca, bez obcego materiału i urządzeń medycznych. Rozpoznanie choroby potwierdzają badania mikrobiologiczne identyfikujące bakterie wywołujące zapalenie lub badania obrazowe bądź patomorfologiczne ujawniające uszkodzenie wsierdza;
- 4) **bąblowca mózgu**, który jest chorobą zakaźną spowodowaną przez tasiemca bąblowcowego, z zajęciem mózgu. Odpowiadamy wyłącznie za takiego bąblowca mózgu, który wymagał chirurgicznego usunięcia zmian powstałych w mózgu i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 5) **chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty protezą naczyniową. Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty brzusznej. Nasza ochrona nie obejmuje operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty brzusznej;
- 6) **chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty protezą naczyniową. Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej. Nasza ochrona nie obejmuje operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty piersiowej;
- 7) **chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)**, które jest metodą polegającą na wszczepieniu pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej;
- 8) **chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca**, które jest metodą polegającą na wymianie naturalnej, chorobowo zmienionej zastawki serca na zastawkę sztuczną lub zastawkę biologiczną. Nasza ochrona nie obejmuje zabiegów rekonstrukcji ani plastyki nieprawidłowo pracujących elementów zastawek naturalnych;
- 9) **chorobę Alzheimera**, która objawia się postępującymi zaburzeniami pamięci i innych funkcji poznawczych, i prowadzi do otępienia. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Alzheimera, która spowodowała otępienie rozpoznane przez lekarza specjalistę w zakresie neurologii, psychiatrii lub geriatrii w oparciu o udokumentowane dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnozy choroby Alzheimera. Nasza ochrona nie obejmuje otępienia spowodowanego przez inne choroby oraz otępienia wtórnego do nadużywania alkoholu, leków lub AIDS;
- 10) **chorobę Creutzfeldta-Jakoba**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego wywołaną przez priony. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Creutzfeldta-Jakoba, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała otępienie i zaburzenia funkcji ruchu;
- 11) **chorobę Huntingtona**, która jest dziedziczną chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Huntingtona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa na podstawie badania genetycznego i która spowodowała wystąpienie co najmniej jednego z trzech poniższych objawów:
 - a) zaburzenia motoryczne,
 - b) zaburzenia nastroju,
 - c) zaburzenia poznawcze;
- 12) **chorobę Leśniowskiego-Crohna**, która jest przewlekłym, nieswoistym zapaleniem ściany jelita. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Leśniowskiego-Crohna, którą potwierdza badanie histopatologiczne i w przebiegu której doszło do powstania przetoki, ropnia lub przewężenia jelita;
- 13) **chorobę neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)**, która jest neurodegeneracyjną chorobą obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem nerwowych komórek ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę neuronu ruchowego, która została rozpoznana przez lekarza neurologa w oparciu o badanie elektromiografii (EMG) i która spowodowała osłabienie lub zanik mięśni oraz ograniczenie ruchów czynnych;
- 14) **chorobę Parkinsona**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną zanikiem komórek nerwowych, mających znaczenie dla funkcji ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Parkinsona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała wystąpienie co najmniej dwóch z trzech poniższych objawów neurologicznych:
 - a) drżenie spoczynkowe,
 - b) spowolnienie ruchowe,
 - c) zwiększone napięcie mięśni;Nasza ochrona nie obejmuje parkinsonizmu objawowego

- 15) **ciężkie oparzenie**, które jest miejscowym uszkodzeniem skóry i głębiej leżących tkanek spowodowanym czynnikiem termicznym, chemicznym lub elektrycznym.
Odpowiadamy wyłącznie za takie ciężkie oparzenie, które wymagało hospitalizacji i obejmowało:
- ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie II stopnia lub
 - ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II i III stopnia łącznie lub
 - ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie III stopnia;
- 16) **gruźlicę**, która jest chorobą zakaźną spowodowaną prątkiem gruźlicy. Odpowiadamy wyłącznie za taką gruźlicę, która wymagała hospitalizacji i leczenia przeciwgruźlicowego i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 17) **kleszczowe zapalenie mózgu**, które jest zakaźną chorobą wirusową przenoszoną przez kleszcze, przebiegającą z neurologicznymi objawami uszkodzenia mózgu lub rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za takie kleszczowe zapalenie mózgu, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 18) **neuroboreliozę**, która jest chorobą zakaźną spowodowaną przez krętki z rodzaju Borrelia, przebiegającą z zajęciem układu nerwowego.
Odpowiadamy wyłącznie za taką neuroboreliozę, która spowodowała co najmniej jeden z poniższych zespołów klinicznych:
- zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego,
 - zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
 - zapalenie nerwu czaszkowego,
 - zapalenie wielokorzeniowe.
- Rozpoznanie neuroboreliozy i czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 19) **niezłośliwego guza mózgu**, to łagodny wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych. Odpowiadamy wyłącznie za taki niezłośliwy guz mózgu, który został usunięty lub jeśli ze względów medycznych usunięcie guza nie było możliwe, spowodował on wystąpienie ubytków neurologicznych. Rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu. Nasza ochrona nie obejmuje torbieli, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, krwawiaków mózgu, guzów przysadki mózgowej;
- 20) **nowotwór złośliwy**, który jest niekontrolowanym rozrostem komórek nowotworowych i cechuje się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów.
Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy, którego inwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym. Odpowiadamy także za rozsianą chorobę nowotworową ze zmianami przerzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania histopatologicznego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złośliwości procesu nowotworowego;
Nasza ochrona nie obejmuje:
- nowotworów ocenionych w badaniu histopatologicznym jako łagodne, o granicznej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjne lub przedinwazyjne (tzw. in situ),
 - zmian o cechach dysplazji,
 - ziarnicy złośliwej w pierwszym stadium,
 - czerniaka złośliwego skóry opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 oraz wszystkich nowotworów skóry (w tym chłoniaka skóry),
 - brodawkowego raka tarczycy opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0,
 - złośliwego gruczołu krokowego (prostaty, stercza) opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 lub T1bN0M0,
 - dysplazji i nowotworu złośliwego szyjki macicy opisanego wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3,
 - wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV;
- 21) **paraliż**, który jest całkowitą utratą funkcji ruchowej kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego.
Odpowiadamy wyłącznie za taki paraliż, który jest nieodwracalny i dotyczy co najmniej dwóch kończyn;
- 22) **przewlekłą niewydolność nerek**, która jest trwałym upośledzeniem czynności obu nerek lub jednej nerki.
Odpowiadamy wyłącznie za taką przewlekłą niewydolność nerek, w przebiegu której zastosowano stałą dializoterapię lub wykonano przeszczep nerki. Nasza ochrona nie obejmuje ostrej niewydolności nerek, która jest odwracalna i która wymaga jedynie czasowej dializoterapii;
- 23) **reumatoidalne zapalenie stawów**, które jest układową chorobą tkanki łącznej o podłożu autoimmunologicznym, przebiegającą z zajęciem stawów, obecnością zmian pozastawowych i objawów układowych.
Odpowiadamy wyłącznie za takie reumatoidalne zapalenie stawów, które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza reumatologa i które spowodowało uszkodzenie wyrażające się trwałą deformacją, co najmniej trzech z następujących grup stawów:
- barkowe,
 - biodrowe,
 - łokciowe,
 - kolanowe,
 - nadgarstkowe,
 - skokowe,
 - międzypaliczkowe rąk lub śródręczno-paliczkowe,
 - międzypaliczkowe stóp lub śródstopno-paliczkowe;
- 24) **ropnia mózgu**, który jest miejscowym zakażeniem wewnątrzczaszkowym mającym swój początek w ograniczonym zapaleniu mózgu i prowadzącym do powstania zbiornika ropy wewnątrz unaczynionej torebki. Odpowiadamy wyłącznie za taki ropień mózgu, który został usunięty chirurgicznie z otwarciem czaszki lub wykonano aspirację treści ropnia przez otwór trepanacyjny. Rozpoznanie ropnia mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;

- 25) **schyłkową niewydolność wątroby**, która jest końcowym stadium upośledzenia funkcji wątroby. Odpowiadamy wyłącznie za taką postać schyłkowej niewydolności wątroby, która doprowadziła do żółtaczk, wodobrzusza, żylaków przełyku i encefalopatii wątrobowej łącznie. Nasza ochrona nie obejmuje schyłkowej niewydolności wątroby spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla wątroby;
- 26) **sepsę (posocznice)**, która jest ogólnoustrojową, nieswoistą reakcją organizmu na obecne we krwi meningokoki (dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych) lub pneumokoki (dwoinki zapalenia płuc) oraz ich toksyny. Odpowiadamy wyłącznie za taką sepsę, która doprowadziła do niewydolności co najmniej dwóch z sześciu poniższych narządów lub układów:
- a) ośrodkowy układ nerwowy,
 - b) układ krążenia,
 - c) układ oddechowy,
 - d) układ krwiotwórczy,
 - e) nerki,
 - f) wątroba.
- Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny sepsy jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 27) **stwardnienie rozsiane**, które jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego z obecnością ubytkowych objawów neurologicznych, powstałych na podłożu rozsiańszych zmian demielinizacyjnych. Odpowiadamy wyłącznie za takie stwardnienie rozsiane, które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza neurologa, na podstawie objawów neurologicznych i badania rezonansu magnetycznego, potwierdzających czasowe i lokalizacyjne rozszanie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym;
- 28) **śpiączkę**, która jest stanem głębokiego zaburzenia świadomości wyrażającym się brakiem reakcji na zewnętrzne bodźce słuchowe lub bólowe, wynikającym z ciężkiego uszkodzenia mózgu. Odpowiadamy wyłącznie za taką śpiączkę, która trwała nieprzerwanie co najmniej 96 godzin, a uszkodzenie mózgu spowodowało trwający co najmniej 30 dni deficyt neurologiczny lub zaburzenia poznawcze ocenione w teście Mini-Mental (Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego ang. Mini-Mental State Examination) na poniżej 20 punktów. Nasza ochrona nie obejmuje śpiączki spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla mózgu oraz śpiączki farmakologicznej zastosowanej celowo przez podanie specjalnych leków;
- 29) **tężca**, który jest chorobą zakaźną wywołaną działaniem neurotoksyny produkowanej przez laseczki tężca. Odpowiadamy wyłącznie za taki tężec, który wymagał hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 30) **toczeń**, który jest chorobą autoimmunologiczną, przebiegająca z zajęciem skóry i narządów wewnętrznych. Odpowiadamy wyłącznie za taki toczeń rumieniowaty układowy, który został ostatecznie rozpoznany przez lekarza reumatologa i w którego przebiegu doszło do zajęcia jednego z poniższych narządów lub układów:
- a) nerki,
 - b) serce,
 - c) układ nerwowy;
- 31) **transplantację**, która jest operacją chirurgiczną przeszczepienia narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego. Odpowiadamy wyłącznie za wykonaną u biorcy transplantację serca, płuca, wątroby lub jej części oraz wykonaną u biorcy allogeniczną transplantację szpiku kostnego;
- 32) **udar mózgu**, który jest nagłym ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany. Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu:
- a) w którym badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub
 - b) który był leczony trombolitycznie;
- Nasza ochrona nie obejmuje udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu lub przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA);
- 33) **uraz czaszkowo-mózgowy**, który jest urazem czaszki połączonym z uszkodzeniem mózgowia, nerwów czaszkowych lub opon mózgowo-rdzeniowych. Odpowiadamy wyłącznie za taki uraz czaszkowo-mózgowy, który wymagał hospitalizacji i który, w okresie co najmniej 3 miesięcy od wystąpienia, spowodował niemożność wykonania bez pomocy innej osoby co najmniej trzech z pięciu poniższych czynności życia codziennego:
- a) poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu,
 - b) samodzielne jedzenie gotowych posiłków,
 - c) ubieranie i rozbieranie się,
 - d) mycie i higiena osobista,
 - e) samokontrola w zakresie oddawania kału i moczu;
- 34) **utrąte kończyny**, która jest utratą całej kończyny lub jej części. Odpowiadamy wyłącznie za utratę kończyny górnej powyżej nadgarstka lub utratę kończyny dolnej powyżej stawu skokowego, będącą następstwem choroby;
- 35) **całkowitą utratę mowy**, która jest niezdolnością do wytwarzania dźwięków mowy i artykulowania zrozumiałego języka, spowodowaną chorobą krtani. Odpowiadamy wyłącznie za trwałą, nieodwracalną utratę mowy, która nie może być skorygowana nawet częściowo, przy zastosowaniu jakiegokolwiek metody;
- 36) **całkowitą utratę słuchu w co najmniej jednym uchu**, która jest całkowitą utratą zdolności słyszenia w co najmniej jednym uchu, będącą następstwem choroby. Odpowiadamy wyłącznie za trwałą i nieodwracalną utratę słuchu, w której ubytek słuchu w uchu objętym chorobą wynosi co najmniej 90 dB i jest obliczony jako uśredniona wartość dla dźwięków pasma mowy. Stopień utraty słuchu jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;

- 37) **całkowitą utratę wzroku w co najmniej jednym oku**, która jest całkowitą utratą zdolności widzenia w co najmniej jednym oku, będącą następstwem choroby.
Odpowiadamy wyłącznie za trwałą i nieodwracalną utratę wzroku, w której ostrość widzenia w oku objętym chorobą po korekcji optycznej jest mniejsza niż 0,1 (5/50) lub pole widzenia jest mniejsze niż 20 stopni. Wielkość utraty wzroku jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 38) **wrzdziejące zapalenie jelita grubego**, które jest przewlekłym, nieswoistym zapaleniem ściany jelita grubego.
Odpowiadamy wyłącznie za takie wrzdziejące zapalenie jelita grubego, które jest rozpoznane na podstawie badania histopatologicznego i w którego przebiegu doszło do powstania pseudopolipowatości jelita lub rozstrzeni okrężnicy;
- 39) **wściekliznę**, która jest chorobą zakaźną wywołaną wirusem wścieklizny lub wirusami pokrewnymi.
Odpowiadamy wyłącznie za taką wściekliznę, która przebiega z objawami zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego, wymaga hospitalizacji i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 40) **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności powstałym w związku z transfuzją krwi lub preparatów krwiopochodnych i jest potwierdzone złożonymi dowodami. Odpowiadamy wyłącznie za zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 41) **zakażenie wirusem HIV zawodowe**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności powstałym w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych, i jest potwierdzone złożonymi dowodami;
- 42) **zakażoną martwicę trzustki**, która jest martwicznym zakażeniem trzustki lub tkanek okołotrzustkowych w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Odpowiadamy wyłącznie za taką zakażoną martwicę trzustki, w której chirurgicznie usunięto martwicze tkanki trzustki lub tkanki okołotrzustkowe;
- 43) **zator tętnicy płucnej**, który jest niedrożnością tętnicy płucnej spowodowaną skrzepliną. Odpowiadamy wyłącznie za taki zator tętnicy płucnej, w którym skrzeplina jest umiejscowiona w pniu tętnicy płucnej;
- 44) **zawał serca**, który jest uszkodzeniem części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia. Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:
a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,
b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,
c) nowy ubytek żywego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.
Odpowiadamy również za zawał serca związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych, o ile w badaniach obrazowych stwierdzono nowy ubytek żywego mięśnia sercowego o umiejscowieniu odpowiadającym etiologii niedokrwiennej lub w koronarografii stwierdzono powikłania zabiegu ograniczające przepływ krwi oraz w którym stwierdzono wzrost stężenia troponiny sercowej we krwi do wartości:
a) 5-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z przeskórnią interwencją wieńcową lub
b) 10-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z pomostowaniem tętnic wieńcowych;
- 45) **zgorzel gazową**, która jest chorobą zakaźną wywołaną przez bakterie z grupy laseczek zgorzeli gazowej, będącą skutkiem ciężkiego zakażenia przyranego. Odpowiadamy wyłącznie za taką zgorzel gazową, która wymagała hospitalizacji i przebiegała z martwicą mięśni oraz ogólnymi objawami toksemii i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
2. Poniżej znajdziesz informację, jakie choroby zawiera dana opcja naszego ubezpieczenia.

Opcja onkowsparcie	Opcja onko-kardiowsparcie	Opcja onko-kardio-neurowsparcie	Opcja multiwsparcie
1) anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1) anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1) anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1) anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)
2) niezłośliwy guz mózgu	2) bakteryjne zapalenie wsierdzia	2) bakteryjne zapalenie wsierdzia	2) bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych
3) nowotwór złośliwy	3) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej	3) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej	3) bakteryjne zapalenie wsierdzia
	4) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej	4) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej	4) bąblowiec mózgu
	5) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	5) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	5) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej
	6) chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca	6) chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca	6) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej
	7) niezłośliwy guz mózgu	7) choroba Alzheimera	7) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)

Opcja onkowsparcie		Opcja onko-kardiowsparcie		Opcja onko-kardio-neurowsparcie		Opcja multiwsparcie	
		8)	nowotwór złośliwy	8)	choroba Creutzfeldta-Jakoba	8)	chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca
		9)	zator tętnicy płucnej	9)	choroba Huntingtona	9)	choroba Alzheimera
		10)	zawał serca	10)	choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)	10)	choroba Creutzfeldta-Jakoba
				11)	choroba Parkinsona	11)	choroba Huntingtona
				12)	niezłośliwy guz mózgu	12)	choroba Leśniowskiego-Crohna
				13)	nowotwór złośliwy	13)	choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)
				14)	ropień mózgu	14)	choroba Parkinsona
				15)	stwardnienie rozsiane	15)	ciężkie oparzenie
				16)	udar mózgu	16)	gruźlica
				17)	zator tętnicy płucnej	17)	kleszczowe zapalenie mózgu
				18)	zawał serca	18)	neuroborelioza
						19)	niezłośliwy guz mózgu
						20)	nowotwór złośliwy
						21)	paraliż
						22)	przewlekła niewydolność nerek
						23)	reumatoidalne zapalenie stawów
						24)	ropień mózgu
						25)	schyłkowa niewydolność wątroby
						26)	sepsa
						27)	stwardnienie rozsiane
						28)	śpiączka
						29)	tężec
						30)	toczeń
						31)	transplantacja
						32)	udar mózgu
						33)	uraz czaszkowo-mózgowy
						34)	utrata kończyny
						35)	całkowita utrata mowy
						36)	całkowita utrata słuchu w co najmniej jednym uchu
						37)	całkowita utrata wzroku w co najmniej jednym oku
						38)	wrzodziejące zapalenie jelita grubego
						39)	wścieklizna

Opcja onkowsparcie		Opcja onko-kardiowsparcie		Opcja onko-kardio-neurowsparcie		Opcja multiwsparcie	
						40)	zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji
						41)	zakażenie wirusem HIV zawodowe
						42)	zakażona martwica trzustki
						43)	zator tętnicy płucnej
						44)	zawał serca
						45)	zgorzel gazowa



**OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK
CIĘŻKIEJ CHOROBY MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO**

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego, o kodzie warunków MCGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–3 OWU pkt 5–7 OWU pkt 14 OWU pkt 23–27 OWU pkt 28 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–3 OWU pkt 8–14 OWU pkt 15–17 OWU pkt 28 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

WWW na **pzu.pl**



pod numerem infolinii 801 102 102
(opłata zgodna z taryfą operatora)

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO



Kod OWU: MCGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/125/2021 z dnia 8 lipca 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 26 lipca 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 sierpnia 2021 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **ciężka choroba** – tylko taka choroba, uraz lub operacja chirurgiczna, które są objęte naszą ochroną. Listę ciężkich chorób znajdziesz w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego;
- 2) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – takie postępowanie medyczne, na które składają się: wywiad chorobowy, fizykalne badanie pacjenta oraz badania dodatkowe, służące ustaleniu rozpoznania lub postępowanie medyczne mające na celu leczenie;
- 3) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 4) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
- 5) **wystąpienie ciężkiej choroby**, oznaczające zaistnienie w okresie naszej ochrony następujących okoliczności:
 - a) **zdiagnozowania** – w przypadku: bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, bakteryjnego zapalenia wsierdza, choroby Alzheimera, choroby Creutzfeldta-Jakoba, choroby Huntingtona, choroby Leśniowskiego-Crohna, choroby neuronu ruchowego, choroby Parkinsona, ciężkiego oparzenia, kleszczowego zapalenia mózgu, neuroboreliozy, nowotworu złośliwego, paralizu, reumatoidalnego zapalenia stawów, schyłkowej niewydolności wątroby, sepsy, stwardnienia rozsianego, tęžca, toczenia, urazu czaszkowo-mózgowego, udaru mózgu, całkowitej utraty mowy, całkowitej utraty słuchu w co najmniej jednym uchu, całkowitej utraty wzroku w co najmniej jednym oku, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, wścieklizny, zatoru tętnicy płucnej, zawału serca, zgorzeli gazowej,
 - b) **specjalistycznego leczenia** – w przypadku: anemii aplastycznej – rozpoczęcia leczenia immunosupresyjnego, immunostymulacyjnego lub wykonania transplantacji szpiku, gruźlicy – rozpoczęcia leczenia przeciwpłukowego, przewlekłej niewydolności nerek – rozpoczęcia stałej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki,
 - c) **przeprowadzenia operacji** – w przypadku: bąblowca mózgu, chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej, chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej, chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej serca – by-pass, chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca, niezłośliwego guza mózgu, ropnia mózgu, transplantacji, utraty kończyny, zakażonej martwicy trzustki,
 - d) **zakażenia** – w przypadku: zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji, zakażenia wirusem HIV zawodowego,
 - e) **zapanięcia w śpiączkę** – w przypadku: śpiączki.

2. Naszą ochroną obejmujemy wystąpienie ciężkich chorób, o których mowa w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego.
3. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

4. Ubezpieczamy zdarzenie w Twoim życiu, którym jest wystąpienie ciężkiej choroby u małżonka albo partnera życiowego.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

5. Ubezpieczenie występuje w czterech opcjach:

- 1) onkowsparcie;
- 2) onko-kardiowsparcie;
- 3) onko-kardio-neurowsparcie;
- 4) multiwsparcie.

6. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest wystąpienie u Twojego małżonka albo partnera życiowego ciężkiej choroby, która spełnia następujące warunki:
 - 1) jest zgodna z naszą definicją wskazaną w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego;
 - 2) jest w Twojej opcji ubezpieczenia, którą znajdziesz w potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia;
 - 3) wystąpiła w okresie naszej ochrony;
 - 4) wystąpiła przed ukończeniem przez małżonka albo partnera życiowego 70 lat.
7. Jeśli wystąpi u Twojego małżonka albo partnera życiowego ciężka choroba, wypłacimy Ci świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu jej wystąpienia. Procent sumy ubezpieczenia określony jest w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

8. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminu zawodowe uprawianie sportu – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
 - 1) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 2) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 3) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, zasilki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.
9. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje ciężkiej choroby, jeśli powstała u małżonka albo partnera życiowego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału małżonka albo partnera życiowego w aktach terroru lub w masowych rozruchach społecznych;
 - 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez małżonka albo partnera życiowego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli małżonek albo partner życiowy prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości – w rozumieniu przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;
 - 5) gdy małżonek albo partner życiowy był w stanie nietrzeźwości – w rozumieniu przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) w przypadku samookaleczenia się małżonka albo partnera życiowego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera życiowego;
 - 7) wskutek zatrucia spożytym alkoholem lub użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia;
 - 8) w wyniku użycia przez małżonka albo partnera życiowego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
 - 9) wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
 - 10) w wyniku zawodowego uprawiania sportu przez małżonka albo partnera życiowego.
10. Nasza ochrona nie obejmuje:
 - 1) schyłkowej niewydolności wątroby – spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla wątroby;
 - 2) śpiączki – spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla mózgu oraz śpiączki farmakologicznej zastosowanej celowo przez podanie specjalnych leków;
 - 3) w przypadku zgłoszenia udaru mózgu – przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA) oraz takiego udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu;
 - 4) w przypadku zgłoszenia choroby Alzheimera – otępienia spowodowanego przez inne choroby oraz otępienia wtórnego do nadużywania alkoholu, leków lub AIDS;
 - 5) w przypadku zgłoszenia chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej – operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty brzusznej;
 - 6) w przypadku zgłoszenia chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej – operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty piersiowej;
 - 7) w przypadku zgłoszenia chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca – zabiegów rekonstrukcji oraz plastyki nieprawidłowo pracujących elementów zastawek naturalnych;
 - 8) w przypadku zgłoszenia choroby Parkinsona – parkinsonizmu objawowego;

- 9) w przypadku zgłoszenia niezłośliwego guza mózgu – torbieli, ziarninaków, malformacji naczyniowych, krwawiaków mózgu, guzów przysadki mózgowej;
 - 10) w przypadku zgłoszenia nowotworu złośliwego:
 - a) nowotworów ocenionych w badaniu histopatologicznym jako łagodne, o granicznej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjne lub przedinwazyjne (tzw. in situ),
 - b) zmian o cechach dysplazji,
 - c) ziarnicy złośliwej w pierwszym stadium,
 - d) czerniaka złośliwego skóry opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 oraz wszystkich nowotworów skóry (w tym chłoniaka skóry),
 - e) brodawkowatego raka tarczycy opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0,
 - f) złośliwego gruczołu krokowego (prostaty, stercza) opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 lub T1bN0M0,
 - g) dysplazji i nowotworu złośliwego szyjki macicy opisanego wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3,
 - h) wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV;
 - 11) w przypadku zgłoszenia przewlekłej niewydolności nerek – ostrej niewydolności nerek, która jest odwracalna i która wymaga jedynie czasowej dializoterapii.
- 11. Nasza ochrona nie obejmuje także:**
- 1) chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego tętniaka aorty brzusznej lub rozwarstwienie aorty brzusznej;
 - 2) chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego tętniaka aorty piersiowej lub rozwarstwienie aorty piersiowej;
 - 3) chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej serca metodą by-pass, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego chorobę niedokrwinną serca lub zawał serca;
 - 4) chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego zastawkową wadę serca, która była przyczyną tego leczenia chirurgicznego;
 - 5) przewlekłej niewydolności nerek, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego kłębkowe zapalenie nerek lub wielotorbielowatość nerek;
 - 6) śpiączki, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego nowotwór, cukrzycę, niewydolność wątroby, które były przyczyną śpiączki;
 - 7) transplantacji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej małżonek albo partner życiowy został wpisany na listę oczekujących na przeszczep;
 - 8) udaru mózgu, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, miażdżycę naczyń mózgowych;
 - 9) utraty kończyn, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego cukrzycę lub miażdżycę tętnic kończyn dolnych, które były przyczyną amputacji;
 - 10) całkowitej utraty mowy, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego raka krtani, który był przyczyną utraty mowy;
 - 11) całkowitej utraty słuchu w co najmniej jednym uchu, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego nowotwór lub otosklerozę, które były przyczyną utraty słuchu;
 - 12) całkowitej utraty wzroku w co najmniej jednym oku, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego zwyrodnienie plamki żółtej, jaskrę lub cukrzycę, które były przyczyną utraty wzroku;
 - 13) zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego hemofilii;
 - 14) zakażonej martwicy trzustki, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego ostre zapalenie trzustki lub przewlekłe zapalenie trzustki;
 - 15) zatoru tętnicy płucnej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego chorobę zakrzepowo-zatorową;
 - 16) zawału serca, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego chorobę niedokrwinną serca lub wystąpił zawał serca.
- 12. Nasza ochrona nie obejmuje ciężkich chorób, wskazanych w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęło u Twojego małżonka albo partnera życiowego postępowanie diagnostyczno-lecznicze, zanim rozpoczął się okres naszej ochrony.**
- 13. Wyłączenie odpowiedzialności z pkt 12 nie dotyczy:**
- a) sytuacji, w których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez Twojego małżonka albo partnera życiowego 18 lat,
 - b) ciężkich chorób, w przypadku których nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiej samej choroby.
- 14. Po wystąpieniu danej ciężkiej choroby nasza ochrona wygasa w zakresie tej choroby. W przypadku nowotworu złośliwego wypłacane jest tylko jedno świadczenie niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów.**

KARENCAJA

– czyli okres po zawarciu ubezpieczenia oraz przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia, w którym nie ponosimy odpowiedzialności

- 15.** Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 180 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia.
- 16.** Odpowiedzialność ponosimy, jeśli ciężka choroba była wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu tych 180 dni.

17. Jeśli zmienisz opcję ubezpieczenia, karencję stosujemy dla tych ciężkich chorób, które nie były objęte naszą ochroną w poprzedniej opcji ubezpieczenia.

OPCJE UBEZPIECZENIA

– kiedy można je wprowadzić lub zmienić

18. Ubezpieczający w ramach wariantu ubezpieczenia może wybrać jedną z czterech opcji ubezpieczenia, to jest: onkowsparcie, onko-kardiowsparcie, onko-kardio-neurowsparcie albo multiwsparcie.
19. Za naszą zgodą ubezpieczający może zmienić opcję ubezpieczenia na inną w dowolnym momencie.
20. Aby zmienić opcję ubezpieczenia, ubezpieczający składa wniosek. Nowa opcja ubezpieczenia obowiązuje od 1 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym został złożony wniosek.
21. Jeśli zmieniasz opcję ubezpieczenia, okres naszej ochrony dla poprzedniej opcji ubezpieczenia kończy się w dniu, po którym zaczyna się okres naszej ochrony dla nowej opcji ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 17.
22. Możesz zmienić opcję ubezpieczenia w każdej rocznicę polisy. Zmiana opcji oznacza jednocześnie zmianę wariantu ubezpieczenia. Warunki zmiany wariantu opisaliśmy w ubezpieczeniu podstawowym.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze w razie ciężkiej choroby

23. Jeśli wystąpi u Twojego małżonka albo partnera życiowego ciężka choroba, dostarcz nam:
- 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) zgodę na przetwarzanie danych osobowych Twojego małżonka albo partnera życiowego oraz upoważnienie przez Twojego małżonka albo partnera życiowego kierownictwa placówek zdrowia oraz lekarzy do udzielania nam informacji, w tym do przekazywania nam kopii dokumentacji medycznej, które dotyczą stanu zdrowia Twojego małżonka albo partnera życiowego;
 - 3) Twój akt małżeństwa;
 - 4) taką dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie ciężkiej choroby, w przypadku oparzeń – ich stopień i powierzchnię;
 - 5) kartę informacyjną leczenia szpitalnego;
 - 6) taką dokumentację, która potwierdza okoliczności wypadku – w przypadku ciężkiej choroby w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
24. Możemy dodatkowo:
- 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
 - 2) zlecić badania medyczne
- jeśli będzie to potrzebne.
25. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
26. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
27. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 23, 24 i 26 dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

28. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

ZAŁĄCZNIK

DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO

1. Za ciężkie choroby objęte naszą ochroną uznaje się:

- 1) **anemię aplastyczną (niedokrwistość aplastyczną)**, która jest przewlekłą i nieodwracalną niewydolnością szpiku, polegającą na zaniku wszystkich linii komórkowych układu granulocytowego, czerwonych krwinek i płytek krwi.
Odpowiadamy wyłącznie za taką anemię aplastyczną, którą rozpoznano na podstawie oceny szpiku kostnego i w przebiegu której zastosowano leczenie immunosupresyjne, immunostymulacyjne lub wykonano transplantację szpiku;
- 2) **bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych**, które jest zakaźną chorobą bakteryjną przebiegającą z neurologicznymi objawami uszkodzenia mózgu lub rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 3) **bakteryjne zapalenie wsierdza**, które jest zapaleniem wsierdza spowodowanym przez zakażenie bakteryjne.
Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdza, które wymagało hospitalizacji i dotyczyło własnych zastawek serca lub jam serca, bez obcego materiału i urządzeń medycznych. Rozpoznanie choroby potwierdzają badania mikrobiologiczne identyfikujące bakterie wywołujące zapalenie lub badania obrazowe bądź patomorfologiczne ujawniające uszkodzenie wsierdza;
- 4) **bąblowca mózgu**, który jest chorobą zakaźną spowodowaną przez tasiecmca bąblowcowego, z zajęciem mózgu.
Odpowiadamy wyłącznie za takiego bąblowca mózgu, który wymagał chirurgicznego usunięcia zmian powstałych w mózgu i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 5) **chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty protezą naczyniową. Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty brzusznej;
- 6) **chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty protezą naczyniową. Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej;
- 7) **chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)**, które jest metodą polegającą na wszczepieniu pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej;
- 8) **chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca**, które jest metodą polegającą na wymianie naturalnej, chorobowo zmienionej zastawki serca na zastawkę sztuczną lub zastawkę biologiczną;
- 9) **chorobę Alzheimera**, która objawia się postępującymi zaburzeniami pamięci i innych funkcji poznawczych, i prowadzi do otępienia. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Alzheimera, która spowodowała otępienie rozpoznane przez lekarza specjalistę w zakresie neurologii, psychiatrii lub geriatryi w oparciu o udokumentowane dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki choroby Alzheimera;
- 10) **chorobę Creutzfeldta-Jakoba**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego wywołaną przez priony. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Creutzfeldta-Jakoba, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała otępienie i zaburzenia funkcji ruchu;
- 11) **chorobę Huntingtona**, która jest dziedziczną chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Huntingtona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa na podstawie badania genetycznego i która spowodowała wystąpienie co najmniej jednego z trzech poniższych objawów:
 - a) zaburzenia motoryczne,
 - b) zaburzenia nastroju,
 - c) zaburzenia poznawcze;
- 12) **chorobę Leśniowskiego-Crohna**, która jest przewlekłym, nieswoistym zapaleniem ściany jelita. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Leśniowskiego-Crohna, którą potwierdza badanie histopatologiczne i w przebiegu której doszło do powstania przetoki, ropnia lub przewężenia jelita;
- 13) **chorobę neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)**, która jest neurodegeneracyjną chorobą obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem nerwowych komórek ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę neuronu ruchowego, która została rozpoznana przez lekarza neurologa w oparciu o badanie elektromiografii (EMG) i która spowodowała osłabienie lub zanik mięśni oraz ograniczenie ruchów czynnych;
- 14) **chorobę Parkinsona**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną zanikiem komórek nerwowych, mających znaczenie dla funkcji ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Parkinsona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała wystąpienie co najmniej dwóch z trzech poniższych objawów neurologicznych:
 - a) drżenie spoczynkowe,
 - b) spowolnienie ruchowe,
 - c) zwiększone napięcie mięśni;
- 15) **ciężkie oparzenie**, które jest miejscowym uszkodzeniem skóry i głębiej leżących tkanek spowodowanym czynnikiem termicznym, chemicznym lub elektrycznym.
Odpowiadamy wyłącznie za takie ciężkie oparzenie, które wymagało hospitalizacji i obejmowało:
 - a) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie II stopnia lub
 - b) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II i III stopnia łącznie lub
 - c) ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie III stopnia;

- 16) **gruźlicę**, która jest chorobą zakaźną spowodowaną prątkiem gruźlicy. Odpowiadamy wyłącznie za taką gruźlicę, która wymagała hospitalizacji i leczenia przeciwpłatkowego i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 17) **kleszczowe zapalenie mózgu**, które jest zakaźną chorobą wirusową przenoszoną przez kleszcze, przebiegającą z neurologicznymi objawami uszkodzenia mózgu lub rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za takie kleszczowe zapalenie mózgu, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 18) **neuroboreliozę**, która jest chorobą zakaźną spowodowaną przez krętki z rodzaju Borrelia, przebiegającą z zajęciem układu nerwowego.
Odpowiadamy wyłącznie za taką neuroboreliozę, która spowodowała co najmniej jeden z poniższych zespołów klinicznych:
 - a) zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego,
 - b) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
 - c) zapalenie nerwu czaszkowego,
 - d) zapalenie wielokorzeniowe.
 Rozpoznanie neuroboreliozy i czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 19) **niezłośliwego guza mózgu**, to łagodny wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych. Odpowiadamy wyłącznie za taki niezłośliwy guz mózgu, który został usunięty lub jeśli ze względów medycznych usunięcie guza nie było możliwe, spowodował on wystąpienie ubytków neurologicznych. Rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;
- 20) **nowotwór złośliwy**, który jest niekontrolowanym rozrostem komórek nowotworowych i cechuje się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów.
Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy, którego inwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym. Odpowiadamy także za rozsianą chorobę nowotworową ze zmianami przerzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania histopatologicznego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złośliwości procesu nowotworowego;
- 21) **paraliż**, który jest całkowitą utratą funkcji ruchowej kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego.
Odpowiadamy wyłącznie za taki paraliż, który jest nieodwracalny i dotyczy co najmniej dwóch kończyn,
- 22) **przewlekłą niewydolność nerek**, która jest trwałym upośledzeniem czynności obu nerek lub jedynej nerkii.
Odpowiadamy wyłącznie za taką przewlekłą niewydolność nerek, w przebiegu której zastosowano stałą dializoterapię lub wykonano przeszczep nerki;
- 23) **reumatoidalne zapalenie stawów**, które jest układową chorobą tkanki łącznej o podłożu autoimmunologicznym, przebiegającą z zajęciem stawów, obecnością zmian pozastawowych i objawów układowych.
Odpowiadamy wyłącznie za takie reumatoidalne zapalenie stawów, które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza reumatologa i które spowodowało uszkodzenie wyrażające się trwałą deformacją, co najmniej trzech z następujących grup stawów:
 - a) barkowe,
 - b) biodrowe,
 - c) łokciowe,
 - d) kolanowe,
 - e) nadgarstkowe,
 - f) skokowe,
 - g) międzypaliczkowe rąk lub śródręczno-paliczkowe,
 - h) międzypaliczkowe stóp lub śródstopno-paliczkowe;
- 24) **ropnia mózgu**, który jest miejscowym zakażeniem wewnątrzczaszkowym mającym swój początek w ograniczonym zapaleniu mózgu i prowadzącym do powstania zbiornika ropy wewnątrz unaczynionej torebki. Odpowiadamy wyłącznie za taki ropień mózgu, który został usunięty chirurgicznie z otwarciem czaszki lub wykonano aspirację treści ropnia przez otwór trepanacyjny. Rozpoznanie ropnia mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;
- 25) **schyłkową niewydolność wątroby**, która jest końcowym stadium upośledzenia funkcji wątroby. Odpowiadamy wyłącznie za taką postać schyłkowej niewydolności wątroby, która doprowadziła do żółtaczki, wodobrzusza, żylaków przełyku i encefalopatii wątrobowej łącznie;
- 26) **sepsę (posocznicę)**, która jest ogólnoustrojową, nieswoistą reakcją organizmu na obecne we krwi meningokoki (dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych) lub pneumokoki (dwoinki zapalenia płuc) oraz ich toksyny.
Odpowiadamy wyłącznie za taką sepsę, która doprowadziła do niewydolności co najmniej dwóch z sześciu poniższych narządów lub układów:
 - a) ośrodkowy układ nerwowy,
 - b) układ krążenia,
 - c) układ oddechowy,
 - d) układ krwiotwórczy,
 - e) nerki,
 - f) wątroba.
 Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny sepsy jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 27) **stwardnienie rozsiane**, które jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego z obecnością ubytkowych objawów neurologicznych, powstałych na podłożu rozsianych zmian demielinizacyjnych. Odpowiadamy wyłącznie za takie stwardnienie rozsiane, które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza neurologa, na podstawie objawów neurologicznych i badania rezonansu magnetycznego, potwierdzających czasowe i lokalizacyjne rozsianie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym;

- 28) **śpiączkę**, która jest stanem głębokiego zaburzenia świadomości wyrażającym się brakiem reakcji na zewnętrzne bodźce słuchowe lub bólowe, wynikającym z ciężkiego uszkodzenia mózgu. Odpowiadamy wyłącznie za taką śpiączkę, która trwała nieprzerwanie co najmniej 96 godzin, a uszkodzenie mózgu spowodowało trwający co najmniej 30 dni deficyt neurologiczny lub zaburzenia poznawcze ocenione w teście Mini-Mental (Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego ang. Mini-Mental State Examination) na poniżej 20 punktów;
- 29) **teżca**, który jest chorobą zakaźną wywołaną działaniem neurotoksyny produkowanej przez laseczki teżca. Odpowiadamy wyłącznie za taki teżcę, który wymagał hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 30) **toczeń**, który jest chorobą autoimmunologiczną, przebiegająca z zajęciem skóry i narządów wewnętrznych. Odpowiadamy wyłącznie za taki toczeń rumieniowaty układowy, który został ostatecznie rozpoznany przez lekarza reumatologa i w którego przebiegu doszło do zajęcia jednego z poniższych narządów lub układów:
 - a) nerki,
 - b) serce,
 - c) układ nerwowy;
- 31) **transplantację**, która jest operacją chirurgiczną przeszczepienia narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego. Odpowiadamy wyłącznie za wykonaną u biocyra transplantację serca, płuca, wątroby lub jej części oraz wykonaną u biocyra allogeniczną transplantację szpiku kostnego;
- 32) **udar mózgu**, który jest nagłym, ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu, spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany. Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu:
 - a) w którym badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub
 - b) który był leczony trombolitycznie;
- 33) **uraz czaszkowo-mózgowy**, który jest urazem czaszki połączonym z uszkodzeniem mózgowia, nerwów czaszkowych lub opon mózgowo-rdzeniowych. Odpowiadamy wyłącznie za taki uraz czaszkowo-mózgowy, który wymagał hospitalizacji i który, w okresie co najmniej 3 miesięcy od wystąpienia, spowodował niemożność wykonania bez pomocy innej osoby co najmniej trzech z pięciu poniższych czynności życia codziennego:
 - a) poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu,
 - b) samodzielne jedzenie gotowych posiłków,
 - c) ubieranie i rozbieranie się,
 - d) mycie i higiena osobista,
 - e) samokontrola w zakresie oddawania kału i moczu;
- 34) **utratę kończyny**, która jest utratą całej kończyny lub jej części. Odpowiadamy wyłącznie za utratę kończyny górnej powyżej nadgarstka lub utratę kończyny dolnej powyżej stawu skokowego, będącą następstwem choroby;
- 35) **całkowitą utratę mowy**, która jest niezdolnością do wytwarzania dźwięków mowy i artykułowania zrozumiałego języka, spowodowaną chorobą krtani. Odpowiadamy wyłącznie za trwałą, nieodwracalną utratę mowy, która nie może być skorygowana nawet częściowo, przy zastosowaniu jakiegokolwiek metody;
- 36) **całkowitą utratę słuchu w co najmniej jednym uchu**, która jest całkowitą utratą zdolności słyszenia w co najmniej jednym uchu, będącą następstwem choroby. Odpowiadamy wyłącznie za trwałą i nieodwracalną utratę słuchu, w której ubytek słuchu w uchu objętym chorobą wynosi co najmniej 90 dB i jest obliczony jako uśredniona wartość dla dźwięków pasma mowy. Stopień utraty słuchu jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 37) **całkowitą utratę wzroku w co najmniej jednym oku**, która jest całkowitą utratą zdolności widzenia w co najmniej jednym oku, będącą następstwem choroby. Odpowiadamy wyłącznie za trwałą i nieodwracalną utratę wzroku, w której ostrość widzenia w oku objętym chorobą po korekcji optycznej jest mniejsza niż 0,1 (5/50) lub pole widzenia jest mniejsze niż 20 stopni. Wielkość utraty wzroku jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 38) **wrzodzące zapalenie jelita grubego**, które jest przewlekłym, nieswoistym zapaleniem ściany jelita grubego. Odpowiadamy wyłącznie za takie wrzodzące zapalenie jelita grubego, które jest rozpoznane na podstawie badania histopatologicznego i w którego przebiegu doszło do powstania pseudopolipowatości jelita lub rozstrzeni okrężnicy;
- 39) **wściekliznę**, która jest chorobą zakaźną wywołaną wirusem wścieklizny lub wirusami pokrewnymi. Odpowiadamy wyłącznie za taką wściekliznę, która przebiega z objawami zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego, wymaga hospitalizacji i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 40) **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności powstałym w związku z transfuzją krwi lub preparatów krwiopochodnych i jest potwierdzone złożonymi dowodami. Odpowiadamy wyłącznie za zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 41) **zakażenie wirusem HIV zawodowe**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności, powstałym w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych, i jest potwierdzone złożonymi dowodami;
- 42) **zakażoną martwicę trzustki**, która jest martwicznym zakażeniem trzustki lub tkanek okołotrzustkowych w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Odpowiadamy wyłącznie za taką zakażoną martwicę trzustki, w której chirurgicznie usunięto martwicę tkanki trzustki lub tkanki okołotrzustkowe;
- 43) **zator tętnicy płucnej**, który jest niedrożnością tętnicy płucnej spowodowaną skrzepliną. Odpowiadamy wyłącznie za taki zator tętnicy płucnej, w którym skrzeplina jest umiejscowiona w pnii tętnicy płucnej;
- 44) **zawał serca**, który jest uszkodzeniem części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia. Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:
 - a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,

- b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,
c) nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.

Odpowiadamy również za zawał serca związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych, o ile w badaniach obrazowych stwierdzono nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego o umiejscowieniu odpowiadającym etiologii niedokrwiennej lub w koronarografii stwierdzono powikłania zabiegu ograniczające przepływ krwi oraz w którym stwierdzono wzrost stężenia troponiny sercowej we krwi do wartości:

- a) 5-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z przeszskórną interwencją wieńcową lub
b) 10-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z pomostowaniem tętnic wieńcowych;
45) **zgorzel gazową**, która jest chorobą zakaźną wywołaną przez bakterie z grupy laseczek zgorzeli gazowej, będącą skutkiem ciężkiego zakażenia przyrannego. Odpowiadamy wyłącznie za taką zgorzel gazową, która wymagała hospitalizacji i przebiegała z martwicą mięśni oraz ogólnymi objawami toksemii i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.

2. Poniżej znajdziesz informację, jakie choroby zawiera dana opcja naszego ubezpieczenia.

Opcja onkowsparcie	Opcja onko-kardiowsparcie	Opcja onko-kardio-neurowsparcie	Opcja multiwsparcie
1) anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1) anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1) anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1) anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)
2) niezłośliwy guz mózgu	2) bakteryjne zapalenie wsierdzia	2) bakteryjne zapalenie wsierdzia	2) bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych
3) nowotwór złośliwy	3) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej	3) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej	3) bakteryjne zapalenie wsierdzia
	4) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej	4) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej	4) bąblowiec mózgu
	5) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	5) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	5) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej
	6) chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca	6) chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca	6) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej
	7) niezłośliwy guz mózgu	7) choroba Alzheimera	7) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)
	8) nowotwór złośliwy	8) choroba Creutzfeldta-Jakoba	8) chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca
	9) zator tętnicy płucnej	9) choroba Huntingtona	9) choroba Alzheimera
	10) zawał serca	10) choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)	10) choroba Creutzfeldta-Jakoba
		11) choroba Parkinsona	11) choroba Huntingtona
		12) niezłośliwy guz mózgu	12) choroba Leśniowskiego-Crohna
		13) nowotwór złośliwy	13) choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)
		14) ropień mózgu	14) choroba Parkinsona
		15) stwardnienie rozsiane	15) ciężkie oparzenie
		16) udar mózgu	16) gruźlica
		17) zator tętnicy płucnej	17) kleszczowe zapalenie mózgu
		18) zawał serca	18) neuroborelioza

Opcja onkowsparcie	Opcja onko-kardiowsparcie	Opcja onko-kardio-neurowsparcie	Opcja multiwsparcie
			19) niezłośliwy guz mózgu
			20) nowotwór złośliwy
			21) paraliż
			22) przewlekła niewydolność nerek
			23) reumatoidalne zapalenie stawów
			24) ropień mózgu
			25) schyłkowa niewydolność wątroby
			26) sepsa
			27) stwardnienie rozsiane
			28) śpiączka
			29) tężec
			30) toczeń
			31) transplantacja
			32) udar mózgu
			33) uraz czaszkowo-mózgowy
			34) utrata kończyny
			35) całkowita utrata mowy
			36) całkowita utrata słuchu w co najmniej jednym uchu
			37) całkowita utrata wzroku w co najmniej jednym oku
			38) wrzodziejące zapalenie jelita grubego
			39) wścieklizna
			40) zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji
			41) zakażenie wirusem HIV zawodowe
			42) zakażona martwica trzustki
			43) zator tętnicy płucnej
			44) zawal serca
			45) zgorzel gazowa

**OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY**



W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, o kodzie warunków CCGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1-3 OWU pkt 5-7 OWU pkt 14 OWU pkt 23-27 OWU pkt 28 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1-3 OWU pkt 8-14 OWU pkt 15-17 OWU pkt 28 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 **na pzu.pl**



pod numerem infolinii 801 102 102
(opłata zgodna z taryfą operatora)

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY

Kod OWU: CCGP36



Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/125/2021 z dnia 8 lipca 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 26 lipca 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 sierpnia 2021 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **ciężka choroba** – tylko taka choroba, uraz lub operacja chirurgiczna, które są objęte naszą ochroną. Listę ciężkich chorób znajdziesz w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego;
- 2) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – takie postępowanie medyczne, na które składają się: wywiad chorobowy, fizykalne badanie pacjenta oraz badania dodatkowe, służące ustaleniu rozpoznania lub postępowanie medyczne mające na celu leczenie;
- 3) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 4) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
- 5) **wystąpienie ciężkiej choroby**, oznaczające zaistnienie w okresie naszej ochrony następujących okoliczności:
 - a) **zdiagnozowania** – w przypadku: bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, bakteryjnego zapalenia wsierdza, choroby Alzheimera, choroby Creutzfeldta-Jakoba, choroby Huntingtona, choroby Leśniowskiego-Crohna, choroby neuronu ruchowego, choroby Parkinsona, ciężkiego oparzenia, kleszczowego zapalenia mózgu, neuroboreliozy, nowotworu złośliwego, paralizu, reumatoidalnego zapalenia stawów, schyłkowej niewydolności wątroby, sepsy, stwardnienia rozsianego, tężca, toczenia, urazu czaszkowo-mózgowego, udaru mózgu, całkowitej utraty mowy, całkowitej utraty słuchu w co najmniej jednym uchu, całkowitej utraty wzroku w co najmniej jednym oku, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, wścieklizny, zatoru tętnicy płucnej, zawału serca, zgorzeli gazowej,
 - b) **specjalistycznego leczenia** – w przypadku: anemii aplastycznej – rozpoczęcia leczenia immunosupresyjnego, immunostymulacyjnego lub wykonania transplantacji szpiku, gruźlicy – rozpoczęcia leczenia przeciwpłatkowego, przewlekłej niewydolności nerek – rozpoczęcia stałej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki,
 - c) **przeprowadzenia operacji** – w przypadku: bąblowca mózgu, chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej, chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej, chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej serca – by-pass, chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca, niezłośliwego guza mózgu, ropnia mózgu, transplantacji, utraty kończyny, zakażonej martwicy trzustki,
 - d) **zakażenia** – w przypadku: zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji, zakażenia wirusem HIV zawodowego,
 - e) **zadapnięcia w śpiączkę** – w przypadku: śpiączki.

2. Naszą ochroną obejmujemy wystąpienie ciężkich chorób, o których mowa w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego.

3. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

4. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

5. Ubezpieczenie występuje w czterech opcjach:

- 1) onkowsparcie;
- 2) onko-kardiowsparcie;
- 3) onko-kardio-neurowsparcie;
- 4) multiwsparcie.

6. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ciebie ciężkiej choroby, która spełnia następujące warunki:
 - 1) jest zgodna z naszą definicją wskazaną w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego;
 - 2) jest w Twojej opcji ubezpieczenia, którą znajdziesz w potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia;
 - 3) wystąpiła w okresie naszej ochrony.
7. Jeśli wystąpi u Ciebie ciężka choroba, wypłacimy Ci świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu jej wystąpienia. Procent sumy ubezpieczenia określony jest w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

8. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminu zawodowe uprawianie sportu – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
 - 1) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 2) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 3) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, zasiłki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.
9. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje ciężkiej choroby, jeśli powstała w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub w masowych rozruchach społecznych;
 - 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości – w rozumieniu przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;
 - 5) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości – w rozumieniu przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 7) wskutek zatrucia spożytym alkoholem lub użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia;
 - 8) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
 - 9) wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
 - 10) w wyniku zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego.
10. Nasza ochrona nie obejmuje:
 - 1) schyłkowej niewydolności wątroby – spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla wątroby;
 - 2) śpiączki – spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla mózgu oraz śpiączki farmakologicznej zastosowanej celowo przez podanie specjalnych leków;
 - 3) w przypadku zgłoszenia udaru mózgu – przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA) oraz takiego udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu;
 - 4) w przypadku zgłoszenia choroby Alzheimera – otępienia spowodowanego przez inne choroby oraz otępienia wtórnego do nadużywania alkoholu, leków lub AIDS;
 - 5) w przypadku zgłoszenia chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej – operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty brzusznej;
 - 6) w przypadku zgłoszenia chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej – operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty piersiowej;
 - 7) w przypadku zgłoszenia chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca – zabiegów rekonstrukcji oraz plastyki nieprawidłowo pracujących elementów zastawek naturalnych;
 - 8) w przypadku zgłoszenia choroby Parkinsona – parkinsonizmu objawowego;
 - 9) w przypadku zgłoszenia niezłośliwego guza mózgu – torbieli, ziarninaków, malformacji naczyniowych, krwaków mózgu, guzów przysadki mózgowej;
 - 10) w przypadku zgłoszenia nowotworu złośliwego:
 - a) nowotworów ocenionych w badaniu histopatologicznym jako łagodne, o granicznej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjne lub przedinwazyjne (tzw. in situ),
 - b) zmian o cechach dysplazji,

- c) ziarnicy złośliwej w pierwszym stadium,
 - d) czerniaka złośliwego skóry opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 oraz wszystkich nowotworów skóry (w tym chłoniaka skóry),
 - e) brodawkowatego raka tarczycy opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0,
 - f) złośliwego gruczolę krokowego (prostaty, stercza) opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 lub T1bN0M0,
 - g) dysplazji i nowotworu złośliwego szyjki macicy opisanego wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3,
 - h) wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV;
 - 11) w przypadku zgłoszenia przewlekłej niewydolności nerek – ostrej niewydolności nerek, która jest odwracalna i która wymaga jedynie czasowej dializoterapii.
- 11. Nasza ochrona nie obejmuje także:**
- 1) chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano tętniaka aorty brzusznej lub rozwarstwienie aorty brzusznej;
 - 2) chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano tętniaka aorty piersiowej lub rozwarstwienie aorty piersiowej;
 - 3) chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej serca metodą by-pass, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę niedokrwinną serca lub zawał serca;
 - 4) chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano zastawkową wadę serca, która była przyczyną tego leczenia chirurgicznego;
 - 5) przewlekłej niewydolności nerek, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano kłębkowe zapalenie nerek lub wielotorbielowatość nerek;
 - 6) śpiączki, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano nowotwór, cukrzycę, niewydolność nerek, niewydolność wątroby, które były przyczyną śpiączki;
 - 7) transplantacji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczony został wpisany na listę oczekujących na przeszczep;
 - 8) udaru mózgu, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, miażdżycę naczyń mózgowych;
 - 9) utraty kończyny, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano cukrzycę lub miażdżycę tętnic kończyn dolnych, które były przyczyną amputacji;
 - 10) całkowitej utraty mowy, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano raka krtani, który był przyczyną utraty mowy;
 - 11) całkowitej utraty słuchu w co najmniej jednym uchu, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano nowotwór lub otosklerozę, które były przyczyną utraty słuchu;
 - 12) całkowitej utraty wzroku w co najmniej jednym oku, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano zwyrodnienie plamki żółtej, jaskrę lub cukrzycę, które były przyczyną utraty wzroku;
 - 13) zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano hemofilię;
 - 14) zakażonej martwicy trzustki, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano ostre zapalenie trzustki lub przewlekłe zapalenie trzustki;
 - 15) zatoru tętnicy płucnej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę zakrzepowo-zatorową;
 - 16) zawału serca, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę niedokrwinną serca lub wystąpił zawał serca.
- 12. Nasza ochrona nie obejmuje ciężkich chorób, wskazanych w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto u ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-lecznicze, zanim rozpoczął się okres naszej ochrony.**
- 13. Wyłączenie z pkt 12 nie dotyczy:**
- a) sytuacji, w których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez ubezpieczonego 18 lat,
 - b) ciężkich chorób, w przypadku których nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiej samej ciężkiej choroby.
- 14. Po wystąpieniu danej ciężkiej choroby nasza ochrona wygasa w zakresie tej choroby. W przypadku nowotworu złośliwego wypłacane jest tylko jedno świadczenie niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów złośliwych.**

KARENCEJA

– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia nie ponosimy odpowiedzialności

- 15.** Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 90 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia.
- 16.** Odpowiedzialność ponosimy, jeśli ciężka choroba była wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu tych 90 dni.
- 17.** Jeśli zmienisz opcję ubezpieczenia, karencję stosujemy dla tych ciężkich chorób, które nie były objęte naszą ochroną w poprzedniej opcji ubezpieczenia.

OPCJE UBEZPIECZENIA

– kiedy można je wprowadzić lub zmienić

- 18.** Ubezpieczający w ramach wariantu ubezpieczenia może wybrać jedną z czterech opcji ubezpieczenia, to jest: onkowsparcie, onko-kardiowsparcie, onko-kardio-neurowsparcie albo multiwsparcie.

- 19. Za naszą zgodą ubezpieczający może zmienić opcję ubezpieczenia na inną w dowolnym momencie.
- 20. Aby zmienić opcję ubezpieczenia, ubezpieczający składa wniosek. Nowa opcja ubezpieczenia obowiązuje od 1 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym został złożony wniosek.
- 21. Jeśli zmieniasz opcję ubezpieczenia, okres naszej ochrony dla poprzedniej opcji ubezpieczenia kończy się w dniu, po którym zaczyna się okres naszej ochrony dla nowej opcji ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 17.
- 22. Możesz zmienić opcję ubezpieczenia w każdą rocznicę polisy. Zmiana opcji oznacza jednocześnie zmianę wariantu ubezpieczenia. Warunki zmiany wariantu opisaliśmy w ubezpieczeniu podstawowym.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze w razie ciężkiej choroby

- 23. Jeśli wystąpi u Ciebie ciężka choroba, dostarcz nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie ciężkiej choroby, w przypadku oparzeń – ich stopień i powierzchnię;
 - 3) kartę informacyjną leczenia szpitalnego;
 - 4) taką dokumentację, która potwierdza okoliczności wypadku – w przypadku ciężkiej choroby w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
- 24. Możemy dodatkowo:
 - 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
 - 2) zlecić badania medyczne– jeśli będzie to potrzebne.
- 25. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
- 26. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
- 27. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 23, 24 i 26 dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

- 28. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

ZŁĄCZNIK

DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY

1. Za ciężkie choroby objęte naszą ochroną uznaje się:

- 1) **anemię aplastyczną (niedokrwistość aplastyczną)**, która jest przewlekłą i nieodwracalną niewydolnością szpiku, polegającą na zaniku wszystkich linii komórkowych układu granulocytowego, czerwono krwinkowego i płytkotwórczego. Odpowiadamy wyłącznie za taką anemię aplastyczną, którą rozpoznano na podstawie oceny szpiku kostnego i w przebiegu której zastosowano leczenie immunosupresyjne, immunostymulacyjne lub wykonano transplantację szpiku;
- 2) **bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych**, które jest zakaźną chorobą bakteryjną przebiegającą z neurologicznymi objawami uszkodzenia mózgu lub rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 3) **bakteryjne zapalenie wsierdza**, które jest zapaleniem wsierdza spowodowanym przez zakażenie bakteryjne. Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdza, które wymagało hospitalizacji i dotyczyło własnych zastawek serca lub jam serca, bez obcego materiału i urządzeń medycznych. Rozpoznanie choroby potwierdzają badania mikrobiologiczne identyfikujące bakterie wywołujące zapalenie lub badania obrazowe bądź patomorfologiczne ujawniające uszkodzenie wsierdza;
- 4) **bąblowca mózgu**, który jest chorobą zakaźną spowodowaną przez tasiemca bąblowcowego, z zajęciem mózgu. Odpowiadamy wyłącznie za takiego bąblowca mózgu, który wymagał chirurgicznego usunięcia zmian powstałych w mózgu i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 5) **chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty protezą naczyniową. Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty brzusznej;
- 6) **chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty protezą naczyniową. Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej;
- 7) **chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)**, które jest metodą polegającą na wszczepieniu pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej;
- 8) **chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca**, które jest metodą polegającą na wymianie naturalnej, chorobowo zmienionej zastawki serca na zastawkę sztuczną lub zastawkę biologiczną;
- 9) **chorobę Alzheimera**, która objawia się postępującymi zaburzeniami pamięci i innych funkcji poznawczych, i prowadzi do otępienia. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Alzheimera, która spowodowała otępienie rozpoznane przez lekarza specjalistę w zakresie neurologii, psychiatrii lub geriatry w oparciu o udokumentowane dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki choroby Alzheimera;
- 10) **chorobę Creutzfeldta-Jakoba**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego wywołaną przez priony. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Creutzfeldta-Jakoba, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała otępienie i zaburzenia funkcji ruchu;
- 11) **chorobę Huntingtona**, która jest dziedziczną chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Huntingtona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa na podstawie badania genetycznego i która spowodowała wystąpienie co najmniej jednego z trzech poniższych objawów:
 - a) zaburzenia motoryczne,
 - b) zaburzenia nastroju,
 - c) zaburzenia poznawcze;
- 12) **chorobę Leśniowskiego-Crohna**, która jest przewlekłym, nieswoistym zapaleniem ściany jelita. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Leśniowskiego-Crohna, która potwierdza badanie histopatologiczne i w przebiegu której doszło do powstania przetoki, ropnia lub przewężenia jelita;
- 13) **chorobę neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)**, która jest neurodegeneracyjną chorobą obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem nerwowych komórek ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę neuronu ruchowego, która została rozpoznana przez lekarza neurologa w oparciu o badanie elektromiografii (EMG) i która spowodowała osłabienie lub zanik mięśni oraz ograniczenie ruchów czynnych;
- 14) **chorobę Parkinsona**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną zanikiem komórek nerwowych, mających znaczenie dla funkcji ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Parkinsona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała wystąpienie co najmniej dwóch z trzech poniższych objawów neurologicznych:
 - a) drżenie spoczynkowe,
 - b) spowolnienie ruchowe,
 - c) zwiększone napięcie mięśni;
- 15) **ciężkie oparzenie**, które jest miejscowym uszkodzeniem skóry i głębiej leżących tkanek spowodowanym czynnikiem termicznym, chemicznym lub elektrycznym. Odpowiadamy wyłącznie za takie ciężkie oparzenie, które wymagało hospitalizacji i obejmowało:
 - a) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie II stopnia lub
 - b) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II i III stopnia łącznie lub
 - c) ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie III stopnia;

- 16) **gruźlicę**, która jest chorobą zakaźną spowodowaną prątkiem gruźlicy. Odpowiadamy wyłącznie za taką gruźlicę, która wymagała hospitalizacji i leczenia przeciwpłatkowego i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 17) **kleszczowe zapalenie mózgu**, które jest zakaźną chorobą wirusową przenoszoną przez kleszcze, przebiegającą z neurologicznymi objawami uszkodzenia mózgu lub rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za takie kleszczowe zapalenie mózgu, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 18) **neuroboreliozę**, która jest chorobą zakaźną spowodowaną przez krętki z rodzaju Borrelia, przebiegającą z zajęciem układu nerwowego.
Odpowiadamy wyłącznie za taką neuroboreliozę, która spowodowała co najmniej jeden z poniższych zespołów klinicznych:
 - a) zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego,
 - b) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
 - c) zapalenie nerwu czaszkowego,
 - d) zapalenie wielokorzeniowe.
 Rozpoznanie neuroboreliozy i czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 19) **niezłośliwego guza mózgu**, to łagodny wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych. Odpowiadamy wyłącznie za taki niezłośliwy guz mózgu, który został usunięty lub jeśli ze względów medycznych usunięcie guza nie było możliwe, spowodował on wystąpienie ubytków neurologicznych. Rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;
- 20) **nowotwór złośliwy**, który jest niekontrolowanym rozrostem komórek nowotworowych i cechuje się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów. Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy, którego inwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym. Odpowiadamy także za rozsianą chorobę nowotworową ze zmianami przerzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania histopatologicznego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złośliwości procesu nowotworowego;
- 21) **paraliż**, który jest całkowitą utratą funkcji ruchowej kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za taki paraliż, który jest nieodwracalny i dotyczy co najmniej dwóch kończyn;
- 22) **przewlekłą niewydolność nerek**, która jest trwałym upośledzeniem czynności obu nerek lub jedynej nerki. Odpowiadamy wyłącznie za taką przewlekłą niewydolność nerek, w przebiegu której zastosowano stałą dializoterapię lub wykonano przeszczep nerki;
- 23) **reumatoidalne zapalenie stawów**, które jest układową chorobą tkanki łącznej o podłożu autoimmunologicznym, przebiegającą z zajęciem stawów, obecnością zmian pozastawowych i objawów układowych.
Odpowiadamy wyłącznie za takie reumatoidalne zapalenie stawów, które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza reumatologa i które spowodowało uszkodzenie wyrażające się trwałą deformacją, co najmniej trzech z następujących grup stawów:
 - a) barkowe,
 - b) biodrowe,
 - c) łokciowe,
 - d) kolanowe,
 - e) nadgarstkowe,
 - f) skokowe,
 - g) międzypalcikowe rąk lub śródręczno-palcikowe,
 - h) międzypalcikowe stóp lub śródstopno-palcikowe;
- 24) **ropnia mózgu**, który jest miejscowym zakażeniem wewnątrzczaszkowym mającym swój początek w ograniczonym zapaleniu mózgu i prowadzącym do powstania zbiornika ropy wewnątrz unaczynionej torbki. Odpowiadamy wyłącznie za taki ropień mózgu, który został usunięty chirurgicznie z otwarciem czaszki lub wykonano aspirację treści ropnia przez otwór trepanacyjny. Rozpoznanie ropnia mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;
- 25) **schyłkową niewydolność wątroby**, która jest końcowym stadium upośledzenia funkcji wątroby. Odpowiadamy wyłącznie za taką postać schyłkowej niewydolności wątroby, która doprowadziła do żółtaczki, wodobrzusza, żylaków przełyku i encefalopatii wątrobowej łącznie;
- 26) **sepsę (posocnicę)**, która jest ogólnoustrojową, nieswoistą reakcją organizmu na obecne we krwi meningokoki (dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych) lub pneumokoki (dwoinki zapalenia płuc) oraz ich toksyny.
Odpowiadamy wyłącznie za taką sepsę, która doprowadziła do niewydolności co najmniej dwóch z sześciu poniższych narządów lub układów:
 - a) ośrodkowy układ nerwowy,
 - b) układ krążenia,
 - c) układ oddechowy,
 - d) układ krwiotwórczy,
 - e) nerki,
 - f) wątroba.
 Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny sepsy jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 27) **stwardnienie rozsiane**, które jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego z obecnością ubytkowych objawów neurologicznych, powstałych na podłożu rozsianych zmian demielinizacyjnych. Odpowiadamy wyłącznie za takie stwardnienie rozsiane, które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza neurologa, na podstawie objawów neurologicznych i badania rezonansu magnetycznego, potwierdzających czasowe i lokalizacyjne rozsianie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym;
- 28) **śpiączkę**, która jest stanem głębokiego zaburzenia świadomości wyrażającym się brakiem reakcji na zewnętrzne bodźce słuchowe lub bólowe, wynikającym z ciężkiego uszkodzenia mózgu. Odpowiadamy wyłącznie za taką śpiączkę, która trwała

- nieprzerwanie co najmniej 96 godzin, a uszkodzenie mózgu spowodowało trwający co najmniej 30 dni deficyt neurologiczny lub zaburzenia poznawcze ocenione w teście Mini-Mental (Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego ang. Mini-Mental State Examination) na poniżej 20 punktów;
- 29) **tęcza**, który jest chorobą zakaźną wywołaną działaniem neurotoksyny produkowanej przez laseczki tęcza. Odpowiadamy wyłącznie za taki tęczę, który wymagał hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 30) **toczeń**, który jest chorobą autoimmunologiczną, przebiegająca z zajęciem skóry i narządów wewnętrznych. Odpowiadamy wyłącznie za taki toczeń rumieniowaty układowy, który został ostatecznie rozpoznany przez lekarza reumatologa i w którego przebiegu doszło do zajęcia jednego z poniższych narządów lub układów:
- a) nerki,
 - b) serce,
 - c) układ nerwowy;
- 31) **transplantację**, która jest operacją chirurgiczną przeszczepienia narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego. Odpowiadamy wyłącznie za wykonaną u biorycy transplantację serca, płuca, wątroby lub jej części oraz wykonaną u biorycy allogeniczną transplantację szpiku kostnego;
- 32) **udar mózgu**, który jest nagłym ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany. Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu:
- a) w którym badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub
 - b) który był leczony trombolitycznie;
- 33) **uraz czaszkowo-mózgowy**, który jest urazem czaszki połączonym z uszkodzeniem mózgowia, nerwów czaszkowych lub opon mózgowo-rdzeniowych. Odpowiadamy wyłącznie za taki uraz czaszkowo-mózgowy, który wymagał hospitalizacji i który, w okresie co najmniej 3 miesięcy od wystąpienia, spowodował niemożność wykonania bez pomocy innej osoby co najmniej trzech z pięciu poniższych czynności życia codziennego:
- a) poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu,
 - b) samodzielne jedzenie gotowych posiłków,
 - c) ubieranie i rozbieranie się,
 - d) mycie i higiena osobista,
 - e) samokontrola w zakresie oddawania kału i moczu;
- 34) **utratę kończyny**, która jest utratą całej kończyny lub jej części. Odpowiadamy wyłącznie za utratę kończyny górnej powyżej nadgarstka lub utratę kończyny dolnej powyżej stawu skokowego, będącą następstwem choroby;
- 35) **całkowitą utratę mowy**, która jest niezdolnością do wytwarzania dźwięków mowy i artykułowania zrozumiałego języka, spowodowaną chorobą krtani. Odpowiadamy wyłącznie za trwałą, nieodwracalną utratę mowy, która nie może być skorygowana nawet częściowo, przy zastosowaniu jakiejkolwiek metody;
- 36) **całkowitą utratę słuchu w co najmniej jednym uchu**, która jest całkowitą utratą zdolności słyszenia w co najmniej jednym uchu, będącą następstwem choroby. Odpowiadamy wyłącznie za trwałą i nieodwracalną utratę słuchu, w której ubytek słuchu w uchu objętym chorobą wynosi co najmniej 90 dB i jest obliczony jako uśredniona wartość dla dźwięków pasma mowy. Stopień utraty słuchu jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 37) **całkowitą utratę wzroku w co najmniej jednym oku**, która jest całkowitą utratą zdolności widzenia w co najmniej jednym oku, będącą następstwem choroby. Odpowiadamy wyłącznie za trwałą i nieodwracalną utratę wzroku, w której ostrość widzenia w oku objętym chorobą po korekcyjnej optyce jest mniejsza niż 0,1 (5/50) lub pole widzenia jest mniejsze niż 20 stopni. Wielkość utraty wzroku jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 38) **wrzdziejące zapalenie jelita grubego**, które jest przewlekłym, nieswoistym zapaleniem ściany jelita grubego. Odpowiadamy wyłącznie za takie wrzdziejące zapalenie jelita grubego, które jest rozpoznane na podstawie badania histopatologicznego i w którego przebiegu doszło do powstania pseudopolipowatości jelita lub rozstrzeni okrężnicy;
- 39) **wściekliznę**, która jest chorobą zakaźną wywołaną wirusem wścieklizny lub wirusami pokrewnymi. Odpowiadamy wyłącznie za taką wściekliznę, która przebiega z objawami zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego, wymaga hospitalizacji i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 40) **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności powstałym w związku z transfuzją krwi lub preparatów krwiopochodnych i jest potwierdzone złożonymi dowodami. Odpowiadamy wyłącznie za zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 41) **zakażenie wirusem HIV zawodowe**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności powstałym w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych, i jest potwierdzone złożonymi dowodami;
- 42) **zakażoną martwicę trzustki**, która jest martwiczym zakażeniem trzustki lub tkanek okołotrzustkowych w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Odpowiadamy wyłącznie za taką zakażoną martwicę trzustki, w której chirurgicznie usunięto martwicze tkanki trzustki lub tkanki okołotrzustkowe;
- 43) **zator tętnicy płucnej**, który jest niedrożnością tętnicy płucnej spowodowaną skrzepliną. Odpowiadamy wyłącznie za taki zator tętnicy płucnej, w którym skrzeplina jest umiejscowiona w pniu tętnicy płucnej;
- 44) **zawał serca**, który jest uszkodzeniem części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia. Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:
- a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,
 - b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,
 - c) nowy ubytek żywego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
 - d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.

Odpowiadamy również za zawał serca związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych, o ile w badaniach obrazowych stwierdzono nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego o umiejscowieniu odpowiadającym etiologii niedokrwiennej lub w koronarografii stwierdzono powikłania zabiegu ograniczające przepływ krwi oraz w którym stwierdzono wzrost stężenia troponiny sercowej we krwi do wartości:

a) 5-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z przezskórną interwencją wieńcową lub b) 10-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z pomostowaniem tętnic wieńcowych;

- 45) **zgorzel gazową**, która jest chorobą zakaźną wywołaną przez bakterie z grupy laseczek zgorzeli gazowej, będącą skutkiem ciężkiego zakażenia przyrannego. Odpowiadamy wyłącznie za taką zgorzel gazową, która wymagała hospitalizacji i przebiegała z martwicą mięśni oraz ogólnymi objawami toksemii i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.

2. Poniżej znajdziesz informację, jakie choroby zawiera dana opcja naszego ubezpieczenia.

Opcja onkowsparcie	Opcja onko-kardiowsparcie	Opcja onko-kardio-neurowsparcie	Opcja multiwsparcie
1) anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1) anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1) anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1) anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)
2) niezłośliwy guz mózgu	2) bakteryjne zapalenie wsierdzia	2) bakteryjne zapalenie wsierdzia	2) bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych
3) nowotwór złośliwy	3) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej	3) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej	3) bakteryjne zapalenie wsierdzia
	4) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej	4) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej	4) bąblowiec mózgu
	5) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	5) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	5) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej
	6) chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca	6) chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca	6) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej
	7) niezłośliwy guz mózgu	7) choroba Alzheimera	7) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)
	8) nowotwór złośliwy	8) choroba Creutzfeldta-Jakoba	8) chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca
	9) zator tętnicy płucnej	9) choroba Huntingtona	9) choroba Alzheimera
	10) zawał serca	10) choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)	10) choroba Creutzfeldta-Jakoba
		11) choroba Parkinsona	11) choroba Huntingtona
		12) niezłośliwy guz mózgu	12) choroba Leśniowskiego-Crohna
		13) nowotwór złośliwy	13) choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)
		14) ropień mózgu	14) choroba Parkinsona
		15) stwardnienie rozsiane	15) ciężkie oparzenie
		16) udar mózgu	16) gruźlica
		17) zator tętnicy płucnej	17) kleszczowe zapalenie mózgu
		18) zawał serca	18) neuroborelioza
			19) niezłośliwy guz mózgu

Opcja onkowsparcie		Opcja onko-kardiowsparcie		Opcja onko-kardio-neurowsparcie		Opcja multiwsparcie	
						20)	nowotwór złośliwy
						21)	paraliż
						22)	przewlekła niewydolność nerek
						23)	reumatoidalne zapalenie stawów
						24)	ropień mózgu
						25)	schyłkowa niewydolność wątroby
						26)	sepsa
						27)	stwardnienie rozsiane
						28)	śpiączka
						29)	tężec
						30)	toczeń
						31)	transplantacja
						32)	udar mózgu
						33)	uraz czaszkowo-mózgowy
						34)	utrata kończyny
						35)	całkowita utrata mowy
						36)	całkowita utrata słuchu w co najmniej jednym uchu
						37)	całkowita utrata wzroku w co najmniej jednym oku
						38)	wrzodziejące zapalenie jelita grubego
						39)	wścieklizna
						40)	zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji
						41)	zakażenie wirusem HIV zawodowe
						42)	zakażona martwica trzustki
						43)	zator tętnicy płucnej
						44)	zawał serca
						45)	zgorzel gazowa



**OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
KONSULTACJA ZAGRANICZNA I ASSISTANCE**

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia konsultacja zagraniczna i assistance, o kodzie warunków KZGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–6 OWU pkt 7–53 OWU pkt 55–57 OWU pkt 60 OWU pkt 61–69 OWU pkt 70 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 7–53 OWU pkt 54–57 OWU pkt 58–59 OWU pkt 70 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl



pod numerem infolinii 801 102 102
(opłata zgodna z taryfą operatora)

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA KONSULTACJA ZAGRANICZNA I ASSISTANCE



Kod OWU: KZGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia konsultacja zagraniczna i assistance uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/125/2021 z dnia 8 lipca 2021 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 26 lipca 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 sierpnia 2021 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **Centrum Pomocy** – centrum, które zorganizował świadczeniodawca i które świadczy Ci usługi w ramach pakietów: Zagranicznej Konsultacji Medycznej, Prywatnej Opieki Domowej, Pomocy w Planowaniu Leczenia oraz Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego;
- 2) **dom** – miejsce w Polsce, w którym aktualnie przebywasz;
- 3) **konsultant zagraniczny** – zagraniczna placówka medyczna, którą świadczeniodawca wyznaczył do konsultacji medycznych;
- 4) **lek** – gotowy produkt leczniczy, który:
 - a) ma ważne pozwolenie wydane przez Prezesa Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską (zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne),
 - b) jest wpisany do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu w Polsce;
- 5) **lekarz Centrum Pomocy** – osoba, która zgodnie z polskim prawem może wykonywać zawód lekarza i która podpisała ze świadczeniodawcą umowę;
- 6) **lekarz konsultant** – praktykujący poza granicami RP lekarz, o specjalności lekarskiej i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danego zdarzenia medycznego, który sporządza zagraniczną konsultację medyczną;
- 7) **opieka nad dziećmi** – opieka nad dziećmi do 15 lat lub osobami niesamodzielnymi, która polega na zapewnieniu im należytej egzystencji w zakresie podstawowych potrzeb bytowych i ochrony przed niebezpieczeństwami;
- 8) **osoba niesamodzielną** – osoba, z którą mieszkasz, która wymaga stałej pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych;
- 9) **pielęgniarka** – osoba, która zgodnie z polskim prawem może wykonywać zawód pielęgniarki i która podpisała ze świadczeniodawcą umowę;
- 10) **placówka medyczna** – placówka w ramach lecznictwa otwartego lub zamkniętego, w zakresie publicznej lub prywatnej opieki zdrowotnej, która świadczy w Polsce usługi medyczne i która podpisała ze świadczeniodawcą umowę;
- 11) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – takie postępowanie medyczne, na które składają się: wywiad chorobowy, fizykalne badanie pacjenta oraz badania dodatkowe, służące ustaleniu rozpoznania lub postępowanie medyczne mające na celu leczenie;
- 12) **problem zdrowotny** – problem, w wyniku którego potrzebujesz naszego wsparcia medycznego, które może być realizowane jako informacja medyczna, pomoc w organizacji leczenia, czy codziennych czynności;
- 13) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł z nami umowę na organizowanie usług, które wskazaliśmy w OWU;
- 14) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 15) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
- 16) **usługi** – świadczenia, które oferujemy w tym ubezpieczeniu dodatkowym;
- 17) **zagraniczna konsultacja medyczna** – opinia sporządzona przez konsultanta zagranicznego na podstawie dokumentacji medycznej ubezpieczonego zawierająca weryfikację dotychczasowej diagnozy, ocenę rokowań i propozycję planu leczenia oraz informacje o doświadczeniach zawodowych i osiągnięciach zawodowych lekarza konsultanta, który ją sporządził;
- 18) **zdarzenie medyczne** – ciężka choroba w okresie naszej ochrony, którą wymieniamy w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego;
- 19) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie medyczne albo problem zdrowotny, które wystąpiły w okresie naszej ochrony.

2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

– czyli w jakich przypadkach i jakie usługi zapewniamy

4. Ubezpieczenie występuje w czterech opcjach:

- 1) onkowsparcie;
- 2) onko-kardiowsparcie;
- 3) onko-kardio-neurowsparcie;
- 4) multiwsparcie

– z uwzględnieniem pkt 5.

5. Opcja ubezpieczenia jest taka sama jak opcja ubezpieczenia wybrana w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby.

6. W każdej z opcji zapewniamy usługi, jeśli w czasie naszej ochrony wystąpi:

- 1) zdarzenie medyczne – wtedy zapewniamy usługi w ramach:
 - a) zagranicznej konsultacji medycznej,
 - b) Prywatnej Opieki Domowej,
 - c) Pomocy w Planowaniu Leczenia,
 - d) Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego lub
- 2) problem zdrowotny – wtedy zapewniamy usługi w ramach Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego.

Szczegółowy opis usług znajdziesz poniżej.

ZAGRANICZNA KONSULTACJA MEDYCZNA

7. Poniższe usługi wykonujemy za pośrednictwem świadczeniodawcy – jeśli wystąpi u Ciebie zdarzenie medyczne:

- 1) udzielamy Ci informacji o dokumentacji medycznej, na podstawie której konsultant zagraniczny wydaje zagraniczną konsultację medyczną;
- 2) tłumaczymy dokumentację medyczną na język używany przez konsultanta zagranicznego;
- 3) przekazujemy dokumentację medyczną konsultantowi zagranicznemu;
- 4) zapewniamy wydanie zagranicznej konsultacji medycznej przez konsultanta zagranicznego;
- 5) tłumaczymy zagraniczną konsultację medyczną na język polski;
- 6) udostępniamy Ci zagraniczną konsultację medyczną – w formie pisemnej opinii.

PRYWATNA OPIEKA DOMOWA

8. Poniższe usługi organizuje Centrum Pomocy – jeśli wystąpi u Ciebie zdarzenie medyczne. Jeśli nie zaznaczyliśmy inaczej, są one dostępne od godziny 8.00 do najpóźniej godziny 22.00 – w Twoim domu lub innym miejscu w Polsce, które uzgodnimy z Tobą lub ze wskazaną przez Ciebie osobą. Uzgodnione miejsce musi umożliwiać wykonanie usługi. Są to:

- 1) opieka domowa pielęgniarstwa (zob. pkt 10-12);
- 2) pomoc w prowadzeniu domu (zob. pkt 13-15);
- 3) opieka nad dziećmi (zob. pkt 16-20);
- 4) opieka nad drobnymi zwierzętami domowymi (zob. pkt 21-24);
- 5) wizyta domowa psychologa (zob. pkt 25-26);
- 6) wizyta domowa fizjoterapeuty lub masażysty (zob. pkt 27-28);
- 7) transport medyczny – przez całą dobę i w całej Polsce (zob. pkt 29-33);
- 8) dostarczenie niezbędnych leków – przez całą dobę (zob. pkt 34-38);
- 9) dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego (zob. pkt 39-42);
- 10) dostarczenie do naprawy przedmiotów użytku osobistego (zob. pkt 43-47).

9. Do jednego zdarzenia medycznego przysługuje Ci w okresie naszej ochrony jedna usługa, którą wskazaliśmy powyżej, z uwzględnieniem zapisów dotyczących transportu medycznego wskazanego w pkt 29-33.

Opieka domowa pielęgniarstwa

10. Centrum Pomocy organizuje i finansuje:

- 1) dojazd i honorarium pielęgniarstwa;
- 2) opiekę do ośmiu godzin dziennie przez dwa tygodnie albo czterech godzin dziennie przez cztery tygodnie.

Tryb opieki zaznaczasz we wniosku o organizację usługi i nie możesz zmienić swojego wyboru. Możesz podzielić ośmiogodzinną opiekę na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy. Jeśli wybierzesz opcję czterogodzinną, nie możesz podzielić tego okresu na krótszy.

11. Opieka pielęgniarstwa polega na wykonywaniu czynności:

- 1) związanych z higieną i odżywianiem (bez przygotowywania posiłków);

- 2) zabiegów pielęgnarskich – zgodnie ze zleceniem lekarskim takich jak wykonywanie okładów, opatrunków, rehabilitacji oddechowej;
- 3) ćwiczeń terapeutycznych, pomiaru ciśnienia tętniczego krwi i tętna, ważenia.

12. Ty pokrywasz koszty wyrobów medycznych i produktów leczniczych używanych przy wymienionych czynnościach.

Pomoc w prowadzeniu domu

13. Centrum Pomocy organizuje i finansuje:

- 1) dojazd i honorarium osoby pomagającej w prowadzeniu domu;
- 2) pomoc w prowadzeniu domu do ośmiu godzin dziennie przez dwa tygodnie albo czterech godzin dziennie przez cztery tygodnie – jeśli nie mieszkasz w domu z osobą, która może Ci w tym pomóc.

Tryb opieki zaznaczasz we wniosku o organizację usługi i nie możesz zmienić swojego wyboru. Możesz podzielić ośmiogodzinną opiekę na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy. Jeśli wybierzesz opcję czterogodzinną, nie możesz podzielić tego okresu na krótszy.

14. Pomoc domowa obejmuje:

- 1) utrzymanie czystości w domu, tj.: sprzątanie podłóg na sucho i na mokro, ścieranie kurzy z mebli i parapetów, odkurzanie dywanów lub wykładzin, czyszczenie ceramiką łazienkowej, wanny lub kabiny prysznicowej, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu i płyty kuchennej;
- 2) przygotowanie posiłków, również dla dzieci;
- 3) robienie zakupów niezbędnych do realizacji czynności wskazanych w pkt 1 i 2. Zakupy niezbędne do wykonania usługi realizowane są w miejscach, które wskażesz, o ile odległość do nich nie będzie większa niż byłaby odległość do miejsca zakupu, które wybierze Centrum Pomocy;
- 4) podlewanie kwiatów
– przy użyciu środków lub sprzętów, które nam udostępnisz.

15. Ty pokrywasz koszty zakupów.

Opieka nad dziećmi

16. Centrum Pomocy organizuje i finansuje tę usługę – ale tylko, jeśli:

- 1) w miejscu pobytu dziecka nie ma osoby, która może się nim zająć oraz
- 2) wyrazisz zgodę na tę opiekę i wskażesz terminy jej sprawowania.

17. Usługa trwa do ośmiu godzin dziennie przez dwa tygodnie albo czterech godzin dziennie przez cztery tygodnie. Tryb opieki zaznaczasz we wniosku o organizację usługi i nie możesz zmienić swojego wyboru. Możesz podzielić ośmiogodzinną opiekę na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy. Jeśli wybierzesz opcję czterogodzinną, nie możesz podzielić tego okresu na krótszy.

18. W usłudze opieki nad dziećmi konieczny jest kontakt z Tobą lub osobą, którą wskażesz. Jeśli nie skontaktujemy się z ubezpieczonym lub osobą wskazaną i nie uzyskamy pisemnej zgody ubezpieczonego, to nie podejmujemy się realizacji usługi.

19. Musimy wiedzieć, czy dziecko wymaga specjalnej opieki – np. jest przewlekłe chore, wymaga rehabilitacji, przyjmuje leki lub jest na specjalnej diecie. Taką informację – na piśmie – musi nam przekazać osoba, która zgłasza wniosek o realizację usługi.

20. Centrum Pomocy pokrywa koszty dojazdu i honorarium opiekuna. Ty pokrywasz pozostałe koszty opieki.

Opieka nad drobnymi zwierzętami domowymi

21. Centrum Pomocy organizuje i finansuje tę usługę – ale tylko, jeśli spełnione są łącznie poniższe warunki:

- 1) zwierzęta te przebywają w domu i nie zagrażają zdrowiu opiekunów ani bezpieczeństwu otoczenia – według opinii osoby sprawującej opiekę. Opieka może dotyczyć takich zwierząt jak: gady, gryzonie, koty, owady, płazy, psy, ptaki i ryby;
- 2) nie są to zwierzęta gatunków ani ras uznanych – w szczególności przez akty prawne – za niebezpieczne;
- 3) w domu nie ma osoby, która może się nimi zająć;
- 4) Ty albo osoba, którą wskażesz, przedstawicie dokument, który potwierdza, że wymagane szczepienia zwierząt zostały przeprowadzone.

22. Usługa trwa do ośmiu godzin dziennie przez dwa tygodnie albo czterech godzin dziennie przez cztery tygodnie. Tryb opieki zaznaczasz we wniosku o organizację usługi i nie możesz zmienić swojego wyboru. Możesz podzielić ośmiogodzinną opiekę na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy. Jeśli wybierzesz opcję czterogodzinną, nie możesz podzielić tego okresu na krótszy.

23. Opieka nad zwierzętami obejmuje:

- 1) dostarczenie żywności. Karma będzie kupiona w miejscu, które wskażesz, o ile odległość do nich nie będzie większa niż odległość do miejsca zakupu, które wybierze Centrum Pomocy;
- 2) czynności porządkowe;
- 3) zapewnienie zwierzęciu opieki czasowej.

24. Centrum Pomocy pokrywa koszty dojazdu i honorarium opiekuna. Ty pokrywasz pozostałe koszty opieki, czyli np. karmy, opieki weterynaryjnej, szczepień.

Domowe wizyty psychologa

25. Centrum Pomocy organizuje i finansuje tę usługę – jeśli pogorszy się Twój stan zdrowia psychicznego w związku ze stanem zdrowia, w jakim się znajdujesz.

26. Przysługuje Ci jedna wizyta psychologa dziennie – trwająca do 2 godzin. Wizyty mogą odbywać się do czterech tygodni, licząc od pierwszej wizyty, ale nie dłużej niż do czasu, który psycholog uzna za konieczny.

Domowe wizyty fizjoterapeuty lub masażysty

27. Centrum Pomocy organizuje i finansuje tę usługę – jeśli w związku z Twoim stanem zdrowia i na podstawie skierowania od Twojego lekarza prowadzącego, będzie potrzebna rehabilitacja.
28. Przysługuje Ci jedna wizyta fizjoterapeuty lub masażysty dziennie – trwająca do 2 godzin. Wizyty mogą odbywać się do czterech tygodni, licząc od pierwszej wizyty, ale nie dłużej niż do czasu, który fizjoterapeuta lub masażysta uzna za konieczny.

Transport medyczny

29. Centrum Pomocy organizuje i finansuje koszty transportu medycznego. Decyzję o wyborze czasu, celu i środka transportu podejmuje Centrum Pomocy po konsultacji (o ile jest to uzasadnione z medycznego punktu widzenia) z lekarzem leczącym Ciebie, uwzględniając Twój stan zdrowia, dostępne środki transportu oraz czas i cel transportu.
30. Transport medyczny przysługuje Ci:
- 1) do szpitala, który znajduje się najbliżej miejsca Twojego pobytu i który jest odpowiednio wyposażony do udzielenia pomocy lub
 - 2) do innej placówki medycznej
– o ile Twój stan zdrowia umożliwia taki przewóz – oraz
 - 3) do Twojego domu – po wypisaniu Cię ze szpitala lub innej placówki medycznej.
31. Transport medyczny odbywa się w Polsce pod niezbędnym nadzorem medycznym i przy użyciu niezbędnych środków transportu.
32. Centrum Pomocy nie zrealizuje usługi, jeśli podejmiesz działania sprzeczne z zaleceniami lekarza Centrum Pomocy.
33. Do jednego zdarzenia medycznego przysługuje Ci usługa transportu medycznego maksymalnie dwa razy (łącznie dla usług wskazanych w pkt 30).

Dostarczenie niezbędnych leków

34. Centrum Pomocy organizuje i finansuje tę usługę, jeśli w związku z Twoim stanem zdrowia musisz przebywać w domu przez co najmniej 5 dni na zwolnieniu lekarskim, które wydał Ci lekarz leczący Ciebie.
35. Dostarczamy leki, według recept, które Ci wystawiono, o ile są one dostępne w Polsce i udostępnisz receptę Centrum Pomocy. Jeżeli potrzebujesz leków dostępnych bez recepty, które jednocześnie są dostępne w miejscu realizacji recepty zrealizujemy także dostarczenie leków bez recepty wskazanych przez Ciebie.
36. W okresie danego zwolnienia lekarskiego ta usługa przysługuje Ci jeden raz – ale tylko w przypadku, jeśli w domu nie ma osoby, która mogłaby taką usługę zapewnić.
37. Niezbędne leki będą kupione w miejscu, które wskażesz, o ile odległość do niego nie będzie większa niż odległość do miejsca zakupu, które wybierze Centrum Pomocy.
38. Ty pokrywasz koszty leków.

Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego

39. Centrum Pomocy organizuje i finansuje tę usługę, jeśli w związku z Twoim stanem zdrowia musisz przebywać w domu przez co najmniej 5 dni na zwolnieniu lekarskim, które wydał Twój lekarz.
40. Dostarczymy kupiony lub wypożyczony sprzęt na podstawie recept lub pisemnych zaleceń Twojego lekarza.
41. W okresie danego zwolnienia lekarskiego ta usługa przysługuje Ci jeden raz – ale tylko w przypadku, jeśli w domu nie ma osoby, która mogłaby taką usługę zapewnić.
42. Ty pokrywasz koszty zakupu i wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego.

Dostarczenie do naprawy przedmiotów użytku osobistego

43. Centrum Pomocy organizuje i finansuje tę usługę, jeśli bezpośrednio w związku ze stanem zdrowia musisz przebywać w domu przez co najmniej 5 dni na zwolnieniu lekarskim, które wydał Ci Twój lekarz.
44. Usługa polega na dostarczeniu do naprawy następujących przedmiotów użytku osobistego:
- 1) aparat słuchowy;
 - 2) aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi;
 - 3) balkonik;
 - 4) chodzik;
 - 5) drukarka brailowska;
 - 6) glukometr;
 - 7) inhalator;
 - 8) koncentrator tlenowy;
 - 9) krtań elektroniczna;
 - 10) łóżko rehabilitacyjne;
 - 11) materac pneumatyczny;
 - 12) nawilżacz powietrza;
 - 13) nebulizator;
 - 14) okulary;
 - 15) parapodium;
 - 16) pionizator;
 - 17) pikfometr;

- 18) podnośnik;
- 19) pompa infuzyjna;
- 20) pompa insuliniowa;
- 21) proteza;
- 22) respirator;
- 23) ssak;
- 24) syntezytor mowy;
- 25) urządzenie do masażu;
- 26) wózek inwalidzki.

Centrum Pomocy dostarcza przedmioty z Twojego domu do punktu naprawy w Polsce, który wskażesz oraz dostarcza je z powrotem do Twojego domu.

45. W okresie danego zwolnienia lekarskiego ta usługa przysługuje Ci jeden raz – ale tylko w przypadku, jeśli w domu nie ma osoby, która mogłaby taką usługę zapewnić.
46. Przedmioty użytku osobistego będą naprawione w miejscu, które wskażesz, o ile odległość do niego nie będzie większa niż odległość do miejsca naprawy, które wybierze Centrum Pomocy.
47. Ty pokrywasz koszty naprawy przedmiotów.

POMOC W PLANOWANIU LECZENIA

48. W czasie trwania ubezpieczenia dodatkowego możesz korzystać z następujących usług – jeśli wystąpi u Ciebie zdarzenie medyczne:
 - 1) pomoc w planowaniu leczenia;
 - 2) pomoc w organizacji leczenia.
49. W ramach pomocy w planowaniu leczenia Centrum Pomocy:
 - 1) wyszukuje w swojej bazie polską placówkę medyczną, w której możesz najszybciej skorzystać ze świadczeń zdrowotnych takich jak operacja chirurgiczna, badanie diagnostyczne lub wizyta u specjalisty – jeśli zleci Ci to Twój lekarz;
 - 2) udziela przez telefon informacji o nazwie, adresie, numerze telefonu polskiej placówki, w której możesz najszybciej uzyskać świadczenie zdrowotne oraz terminy tych świadczeń.
50. W ramach pomocy w organizacji leczenia Centrum Pomocy:
 - 1) umawia świadczenia zdrowotne takie jak zabiegi pielęgniarstwa, konsultacje lekarskie, zabiegi rehabilitacyjne w polskich placówkach medycznych (ze swojej bazy) lub Twoim domu lub
 - 2) udziela informacji o usługach, godzinach otwarcia i danych kontaktowych polskich placówek medycznych, zwłaszcza tych położonych najbliżej Twojego domu.
51. Aby Centrum Pomocy mogło zrealizować tę usługę, musi uzyskać od Ciebie informację o rodzaju specjalistycznego świadczenia zdrowotnego, którego wymaga Twój stan zdrowia.

CAŁODOBOWY TELEFONICZNY SERWIS MEDYCZNY

52. Jeżeli w czasie trwania ubezpieczenia wystąpi u Ciebie zdarzenie ubezpieczeniowe, możesz korzystać z naszego Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego.
53. Całodobowy Telefoniczny Serwis Medyczny udziela informacji o:
 - 1) zdrowiu, chorobie i jednostkach chorobowych;
 - 2) zachowaniach prozdrowotnych;
 - 3) szpitalach, aptekach, przychodniach w Polsce;
 - 4) pielęgnacji niemowląt;
 - 5) lekach oraz objawach niepożądanych przy ich przyjmowaniu;
 - 6) dietach, zdrowym żywieniu;
 - 7) grupach wsparcia, telefonach zaufania udzielających pomocy i działających w Polsce;
 - 8) transporcie medycznym;
 - 9) opiece nad osobami starszymi.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie zorganizujemy usługi

54. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje zdarzeń medycznych, które nastąpiły:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub w masowych rozruchach społecznych;
 - 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości – w rozumieniu przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 6) wskutek zatrucia spożytym alkoholem lub użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi, środkami zastępczymi w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajęcie zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 7) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego.
55. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje:
- 1) usług, które zorganizowało Centrum Pomocy, ponieważ podałeś nieprawdę – w takim przypadku koszty tych usług ponosisz Ty;
 - 2) zdarzeń i skutków zdarzeń związanych z zagrożeniem życia.
56. Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg ani skutki realizacji usług w ramach Prywatnej Opieki Domowej, które wymieniliśmy w pkt 8.
57. Nie ponosimy odpowiedzialności za treść zagranicznej konsultacji medycznej.

KARENCJA

– czyli w jakim okresie po przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia nie ponosimy odpowiedzialności

58. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 30 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia.
59. W okresie karencji możesz korzystać z:
- 1) Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego;
 - 2) zagranicznej konsultacji medycznej, o ile zdarzenie medyczne było skutkiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu tych 30 dni.

REALIZACJA USŁUGI

– komu, kiedy i jak wykonamy usługę

60. Usługi przysługują Tobie.

Zagraniczna konsultacja medyczna

61. Aby skorzystać z tej usługi, składasz świadczeniodawcy w okresie naszej ochrony – na własny koszt w języku polskim:
- 1) wniosek o zagraniczną konsultację medyczną;
 - 2) dokumentację medyczną z postępowania diagnostyczno-leczniczego zdarzenia medycznego;
 - 3) inne dokumenty, o które poprosimy Cię my lub świadczeniodawca.
62. Usługę wykonamy za pośrednictwem świadczeniodawcy najpóźniej w terminie 30 dni od dnia, w którym otrzymamy wniosek i komplet dokumentów. Możemy wydłużyć ten czas, jeśli – z obiektywnych powodów – nie możemy w ciągu 30 dni ustalić, czy masz prawo do usługi. W takim przypadku wykonamy usługę do 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnimy te wątpliwości.
63. W każdej z opcji ubezpieczenia możesz skorzystać z jednej zagranicznej konsultacji medycznej, która będzie dotyczyć jednego zdarzenia medycznego. Jeśli nowe badania pokażą zmiany w przebiegu tego zdarzenia medycznego, możesz wnioskować o kolejną zagraniczną konsultację medyczną.

Prywatna Opieka Domowa, Pomoc w Planowaniu Leczenia, Całodobowy Telefoniczny Serwis Medyczny

64. Centrum Pomocy wykonuje usługi w ramach wymienionych pakietów wyłącznie, gdy zgłosisz przez telefon wniosek o ich wykonanie. Numer telefonu znajdziesz w deklaracji – serwis jest czynny całą dobę. Centrum Pomocy rozpocznie realizować usługę najszybciej, jak to możliwe, i nie później niż w czasie 48 godzin od spełnienia przez Ciebie niezbędnych warunków.
65. Przy składaniu wniosku przez telefon:
- 1) podaj swoje imię, nazwisko, PESEL oraz nazwę i siedzibę właściciela polisy;
 - 2) podaj wszystkie informacje, które są potrzebne do danej usługi, np.: numer telefonu, adres, dane osoby kontaktowej;
 - 3) prześlij do Centrum Pomocy – faksem, drogą elektroniczną albo pocztą – dokumentację medyczną, która potwierdza, że zdarzenie medyczne wystąpiło lub że dana usługa jest Ci potrzebna. Nie dotyczy to usług w ramach Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego;
 - 4) postępuj zgodnie z dyspozycjami Centrum Pomocy.
66. Przedstawiciel Centrum Pomocy może – w miejscu realizowania usługi – poprosić Cię o:
- 1) okazanie dokumentu potwierdzającego Twoją tożsamość;
 - 2) podanie danych niezbędnych do wykonania usługi, w tym wszystkich informacji, które pozwolą ocenić Twój stan zdrowia i zasadność transportu medycznego.
67. Centrum Pomocy ani My nie zwracamy kosztów poniesionych przez Ciebie, jeżeli zdarzenie nie zostało zgłoszone do Centrum Pomocy. Wyjątkiem jest sytuacja, w której nie mogłeś skontaktować się z Centrum Pomocy z niezależnych od siebie przyczyn. W takim przypadku koniecznie skontaktuj się z Centrum Pomocy, gdy tylko będzie to możliwe – masz na to 7 dni. Powiadom Centrum Pomocy o zdarzeniu medycznym i opisz przyczyny braku możliwości kontaktu.
68. Oddamy Ci koszty wykonanej usługi – ale maksymalnie do średniej wartości danej usługi w danej miejscowości. Aby uzyskać zwrot, złóż odpowiednie dokumenty: dokumentację medyczną, która potwierdzi, że wystąpiło u Ciebie dane zdarzenie medyczne, i imienne rachunki i dowody wpłaty.
69. Swoje oświadczenia, zawiadomienia i inne zgłoszenia możesz wykonywać też przez telefon – nagrywamy wszystkie rozmowy telefoniczne, które prowadzisz z Centrum Pomocy. Wszystkie Twoje oświadczenia i zawiadomienia będziemy archiwizować w Centrum Pomocy.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

70. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA KONSULTACJA ZAGRANICZNA I ASSISTANCE

1. Za ciężkie choroby objęte naszą ochroną uznaje się:

- 1) **anemię aplastyczną (nieodwracalną aplastyczną)**, która jest przewlekłą i nieodwracalną niewydolnością szpiku, polegającą na zaniku wszystkich linii komórkowych układu granulocytowego, czerwonych krwinek i płytek krwi.
Odpowiadamy wyłącznie za taką anemię aplastyczną, którą rozpoznano na podstawie oceny szpiku kostnego i w przebiegu której zastosowano leczenie immunosupresyjne, immunostymulacyjne lub wykonano transplantację szpiku;
- 2) **bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych**, które jest zakaźną chorobą bakteryjną przebiegającą z neurologicznymi objawami uszkodzenia mózgu lub rdzenia kręgowego.
Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 3) **bakteryjne zapalenie wsierdza**, które jest zapaleniem wsierdza spowodowanym przez zakażenie bakteryjne.
Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdza, które wymagało hospitalizacji i dotyczyło własnych zastawek serca lub jam serca, bez obcego materiału i urządzeń medycznych. Rozpoznanie choroby potwierdzają badania mikrobiologiczne identyfikujące bakterie wywołujące zapalenie lub badania obrazowe bądź patomorfologiczne ujawniające uszkodzenie wsierdza;
- 4) **bąblowca mózgu**, który jest chorobą zakaźną spowodowaną przez tasiecmca bąblowcowego, z zajęciem mózgu.
Odpowiadamy wyłącznie za takiego bąblowca mózgu, który wymagał chirurgicznego usunięcia zmian powstałych w mózgu i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 5) **chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty protezą naczyniową.
Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty brzusznej. Nasza ochrona nie obejmuje operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty brzusznej;
- 6) **chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty protezą naczyniową.
Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej. Nasza ochrona nie obejmuje operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty piersiowej;
- 7) **chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)**, które jest metodą polegającą na wszczepieniu pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej;
- 8) **chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca**, które jest metodą polegającą na wymianie naturalnej, chorobowo zmienionej zastawki serca na zastawkę sztuczną lub zastawkę biologiczną. Nasza ochrona nie obejmuje zabiegów rekonstrukcji ani plastyki nieprawidłowo pracujących elementów zastawek naturalnych;
- 9) **chorobę Alzheimera**, która objawia się postępującymi zaburzeniami pamięci i innych funkcji poznawczych, i prowadzi do otępienia.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Alzheimera, która spowodowała otępienie rozpoznane przez lekarza specjalistę w zakresie neurologii, psychiatrii lub geriatry w oparciu o udokumentowane dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki choroby Alzheimera. Nasza ochrona nie obejmuje otępienia spowodowanego przez inne choroby oraz otępienia wtórnego do nadużywania alkoholu, leków lub AIDS;
- 10) **chorobę Creutzfeldta-Jakoba**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego wywołaną przez priony.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Creutzfeldta-Jakoba, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała otępienie i zaburzenia funkcji ruchu;
- 11) **chorobę Huntingtona**, która jest dziedziczną chorobą ośrodkowego układu nerwowego.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Huntingtona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa na podstawie badania genetycznego i która spowodowała wystąpienie co najmniej jednego z trzech poniższych objawów:
 - a) zaburzenia motoryczne,
 - b) zaburzenia nastroju,
 - c) zaburzenia poznawcze;
- 12) **chorobę Leśniowskiego-Crohna**, która jest przewlekłym, nieswoistym zapaleniem ściany jelita.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Leśniowskiego-Crohna, którą potwierdza badanie histopatologiczne i w przebiegu której doszło do powstania przetoki, ropnia lub przewężenia jelita;
- 13) **chorobę neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)**, która jest neurodegeneracyjną chorobą obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem nerwowych komórek ruchowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę neuronu ruchowego, która została rozpoznana przez lekarza neurologa w oparciu o badanie elektromiografii (EMG) i która spowodowała osłabienie lub zanik mięśni oraz ograniczenie ruchów czynnych;
- 14) **chorobę Parkinsona**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną zanikiem komórek nerwowych, mających znaczenie dla funkcji ruchowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Parkinsona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała wystąpienie co najmniej dwóch z trzech poniższych objawów neurologicznych:
 - a) drżenie spoczynkowe,
 - b) spowolnienie ruchowe,
 - c) zwiększone napięcie mięśni.Nasza ochrona nie obejmuje parkinsonizmu objawowego;
- 15) **ciężkie oparzenie**, które jest miejscowym uszkodzeniem skóry i głębiej leżących tkanek spowodowanym czynnikiem termicznym, chemicznym lub elektrycznym.
Odpowiadamy wyłącznie za takie ciężkie oparzenie, które wymagało hospitalizacji i obejmowało:
 - a) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie II stopnia lub

- b) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II i III stopnia łącznie lub
c) ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie III stopnia;
- 16) **gruźlica**, która jest chorobą zakaźną spowodowaną prątkiem gruźlicy.
Odpowiadamy wyłącznie za taką gruźlicę, która wymagała hospitalizacji i leczenia przeciwprątkowego i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 17) **kleszczowe zapalenie mózgu**, które jest zakaźną chorobą wirusową przenoszoną przez kleszcze, przebiegającą z neurologicznymi objawami uszkodzenia mózgu lub rdzenia kręgowego.
Odpowiadamy wyłącznie za takie kleszczowe zapalenie mózgu, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 18) **neuroboreliozę**, która jest chorobą zakaźną spowodowaną przez krętki z rodzaju Borrelia, przebiegającą z zajęciem układu nerwowego.
Odpowiadamy wyłącznie za taką neuroboreliozę, która spowodowała co najmniej jeden z poniższych zespołów klinicznych:
a) zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego,
b) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
c) zapalenie nerwu czaszkowego,
d) zapalenie wielokorzeniowe.
Rozpoznanie neuroboreliozy i czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 19) **niezłośliwego guza mózgu**, to łagodny wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taki niezłośliwy guz mózgu, który został usunięty lub jeśli ze względów medycznych usunięcie guza nie było możliwe, spowodował on wystąpienie ubytków neurologicznych. Rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu. Nasza ochrona nie obejmuje torbieli, ziarniniaków, malformacji naczyńnych, krwinków mózgu, guzów przysadki mózgowej;
- 20) **nowotwór złośliwy**, który jest niekontrolowanym rozrostem komórek nowotworowych i cechuje się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów.
Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy, którego inwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym. Odpowiadamy także za rozsiałą chorobę nowotworową ze zmianami przerzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania histopatologicznego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złośliwości procesu nowotworowego. Nasza ochrona nie obejmuje:
a) nowotworów ocenionych w badaniu histopatologicznym jako łagodne, o ograniczonej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjne lub przedinwazyjne (tzw. in situ),
b) zmian o cechach dysplazji,
c) ziarnicy złośliwej w pierwszym stadium,
d) czerniaka złośliwego skóry opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 oraz wszystkich nowotworów skóry (w tym chłoniaka skóry),
e) brodawkowego raka tarczycy opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0,
f) złośliwego gruczolaka krokowego (prostaty, stercza) opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 lub T1bN0M0,
g) dysplazji i nowotworu złośliwego szyjki macicy opisanego wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3,
h) wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV;
- 21) **paraliż**, który jest całkowitą utratą funkcji ruchowej kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego.
Odpowiadamy wyłącznie za taki paraliż, który jest nieodwracalny i dotyczy co najmniej dwóch kończyn;
- 22) **przewlekłą niewydolność nerek**, która jest trwałym upośledzeniem czynności obu nerek lub jednej nerką.
Odpowiadamy wyłącznie za taką przewlekłą niewydolność nerek, w przebiegu której zastosowano stałą dializoterapię lub wykonano przeszczep nerki. Nasza ochrona nie obejmuje ostrej niewydolności nerek, która jest odwracalna i która wymaga jedynie czasowej dializoterapii;
- 23) **reumatoidalne zapalenie stawów**, które jest układową chorobą tkanki łącznej o podłożu autoimmunologicznym, przebiegającą z zajęciem stawów, obecnością zmian pozastawowych i objawów układowych.
Odpowiadamy wyłącznie za takie reumatoidalne zapalenie stawów, które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza reumatologa i które spowodowało uszkodzenie wyrażające się trwałą deformacją, co najmniej trzech z następujących grup stawów:
a) barkowe,
b) biodrowe,
c) łokciowe,
d) kolanowe,
e) nadgarstkowe,
f) skokowe,
g) międzypaliczkowe rąk lub śródręczno-paliczkowe,
h) międzypaliczkowe stóp lub śródstopno-paliczkowe;
- 24) **ropnia mózgu**, który jest miejscowym zakażeniem wewnątrzczaszkowym mającym swój początek w ograniczonym zapaleniu mózgu i prowadzącym do powstania zbiornika ropy wewnątrz unaczynionej torebki.
Odpowiadamy wyłącznie za taki ropień mózgu, który został usunięty chirurgicznie z otwarciem czaszki lub wykonano aspirację treści ropnia przez otwór trepanacyjny.
Rozpoznanie ropnia mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;
- 25) **schyłkową niewydolność wątroby**, która jest końcowym stadium upośledzenia funkcji wątroby.
Odpowiadamy wyłącznie za taką postać schyłkowej niewydolności wątroby, która doprowadziła do żółtaczki, wodobrzusza, żylaków przełyku i encefalopatii wątrobowej łącznie. Nasza ochrona nie obejmuje schyłkowej niewydolności wątroby spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla wątroby;
- 26) **sepsę (posocznice)**, która jest ogólnoustrojową, nieswoistą reakcją organizmu na obecne we krwi meningokoki (dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych) lub pneumokoki (dwoinki zapalenia płuc) oraz ich toksyny.

Odpowiadamy wyłącznie za taką sepsę, która doprowadziła do niewydolności co najmniej dwóch z sześciu poniższych narządów lub układów:

- a) ośrodkowy układ nerwowy,
- b) układ krążenia,
- c) układ oddechowy,
- d) układ krwiotwórczy,
- e) nerki,
- f) wątroba.

Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny sepsy jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;

- 27) **stwardnienie rozsiane**, które jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego z obecnością ubytkowych objawów neurologicznych, powstałych na podłożu rozsianych zmian demielinizacyjnych.
Odpowiadamy wyłącznie za takie stwardnienie rozsiane, które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza neurologa, na podstawie objawów neurologicznych i badania rezonansu magnetycznego, potwierdzających czasowe i lokalizacyjne rozszanie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym;
- 28) **śpiączkę**, która jest stanem głębokiego zaburzenia świadomości wyrażającym się brakiem reakcji na zewnętrzne bodźce słuchowe lub bólowe, wynikającym z ciężkiego uszkodzenia mózgu.
Odpowiadamy wyłącznie za taką śpiączkę, która trwała nieprzerwanie co najmniej 96 godzin, a uszkodzenie mózgu spowodowało trwającą co najmniej 30 dni deficyt neurologiczny lub zaburzenia poznawcze ocenione w teście Mini-Mental (Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego ang. Mini-Mental State Examination) na poniżej 20 punktów. Nasza ochrona nie obejmuje śpiączki spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla mózgu oraz śpiączki farmakologicznej zastosowanej celowo przez podanie specjalnych leków;
- 29) **tężca**, który jest chorobą zakaźną wywołaną działaniem neurotoksyn produkowanej przez laseczki tężca.
Odpowiadamy wyłącznie za taki tężec, który wymagał hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 30) **toczeń**, który jest chorobą autoimmunologiczną, przebiegająca z zajęciem skóry i narządów wewnętrznych.
Odpowiadamy wyłącznie za taki tocznię rumieniowaty układowy, który został ostatecznie rozpoznany przez lekarza reumatologa i w którego przebiegu doszło do zajęcia jednego z poniższych narządów lub układów:
- a) nerki,
 - b) serce,
 - c) układ nerwowy;
- 31) **transplantację**, która jest operacją chirurgiczną przeszczepienia narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego.
Odpowiadamy wyłącznie za wykonaną u biorcy transplantację serca, płuca, wątroby lub jej części oraz wykonaną u biorcy allogeniczną transplantację szpiku kostnego;
- 32) **udar mózgu**, który jest nagłym, ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu, spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany.
Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu:
- a) w którym badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub
 - b) który był leczony trombolitycznie.
- Nasza ochrona nie obejmuje udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu lub przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA);
- 33) **uraz czaszkowo-mózgowy**, który jest urazem czaszki połączonym z uszkodzeniem mózgowia, nerwów czaszkowych lub opon mózgowo-rdzeniowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taki uraz czaszkowo-mózgowy, który wymagał hospitalizacji i który, w okresie co najmniej 3 miesięcy od wystąpienia, spowodował niemożność wykonania bez pomocy innej osoby co najmniej trzech z pięciu poniższych czynności życia codziennego:
- a) poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu,
 - b) samodzielne jedzenie gotowych posiłków,
 - c) ubieranie i rozbieranie się,
 - d) mycie i higiena osobista,
 - e) samokontrola w zakresie oddawania kału i moczu;
- 34) **utratę kończyny**, która jest utratą całej kończyny lub jej części. Odpowiadamy wyłącznie za utratę kończyny górnej powyżej nadgarstka lub utratę kończyny dolnej powyżej stawu skokowego, będącą następstwem choroby;
- 35) **całkowitą utratę mowy**, która jest niezdolnością do wytwarzania dźwięków mowy i artykułowania zrozumiałego języka, spowodowaną chorobą krtani.
Odpowiadamy wyłącznie za trwałą, nieodwracalną utratę mowy, która nie może być skorygowana nawet częściowo, przy zastosowaniu jakiegokolwiek metody;
- 36) **całkowitą utratę słuchu w co najmniej jednym uchu**, która jest całkowitą utratą zdolności słyszenia w co najmniej jednym uchu, będącą następstwem choroby.
Odpowiadamy wyłącznie za trwałą i nieodwracalną utratę słuchu, w której ubytek słuchu w uchu objętym chorobą wynosi co najmniej 90 dB i jest obliczony jako uśredniona wartość dla dźwięków pasma mowy. Stopień utraty słuchu jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 37) **całkowitą utratę wzroku w co najmniej jednym oku**, która jest całkowitą utratą zdolności widzenia w co najmniej jednym oku, będącą następstwem choroby.
Odpowiadamy wyłącznie za trwałą i nieodwracalną utratę wzroku, w której ostrość widzenia w oku objętym chorobą po korekcie optycznej jest mniejsza niż 0,1 (5/50) lub pole widzenia jest mniejsze niż 20 stopni. Wielkość utraty wzroku jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;

- 38) **wrzodziejące zapalenie jelita grubego**, które jest przewlekłym, nieswoistym zapaleniem ściany jelita grubego. Odpowiadamy wyłącznie za takie wrzodziejące zapalenie jelita grubego, które jest rozpoznane na podstawie badania histopatologicznego i w którego przebiegu doszło do powstania pseudopolipowatości jelita lub rozstrzeni okrężnicy;
- 39) **wścieklicznę**, która jest chorobą zakaźną wywołaną wirusem wściekliczny lub wirusami pokrewnymi. Odpowiadamy wyłącznie za taką wścieklicznę, która przebiega z objawami zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego, wymaga hospitalizacji i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 40) **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności powstałym w związku z transfuzją krwi lub preparatów krwiopochodnych i jest potwierdzone złożonymi dowodami. Odpowiadamy wyłącznie za zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 41) **zakażenie wirusem HIV zawodowe**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności, powstałym w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych, i jest potwierdzone złożonymi dowodami;
- 42) **zakażoną martwicę trzustki**, która jest martwicznym zakażeniem trzustki lub tkanek okołotrzustkowych w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Odpowiadamy wyłącznie za taką zakażoną martwicę trzustki, w której chirurgicznie usunięto martwicze tkanki trzustki lub tkanki okołotrzustkowe;
- 43) **zator tętnicy płucnej**, który jest niedrożnością tętnicy płucnej spowodowaną skrzepliną. Odpowiadamy wyłącznie za taki zator tętnicy płucnej, w którym skrzeplina jest umiejscowiona w pniu tętnicy płucnej;
- 44) **zawał serca**, który jest uszkodzeniem części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia. Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:
- a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,
 - b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,
 - c) nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
 - d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.
- Odpowiadamy również za zawał serca związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych, o ile w badaniach obrazowych stwierdzono nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego o umiejscowieniu odpowiadającym etiologii niedokrwiennej lub w koronarografii stwierdzono powikłania zabiegu ograniczające przepływ krwi oraz w którym stwierdzono wzrost stężenia troponiny sercowej we krwi do wartości:
- a) 5-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z przezskórną interwencją wieńcową lub
 - b) 10-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z pomostowaniem tętnic wieńcowych;
- 45) **zgorzel gazową**, która jest chorobą zakaźną wywołaną przez bakterie z grupy laseczek zgorzeli gazowej, będącą skutkiem ciężkiego zakażenia przyranego. Odpowiadamy wyłącznie za taką zgorzel gazową, która wymagała hospitalizacji i przebiegała z martwicą mięśni oraz ogólnymi objawami toksemii i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
2. Poniżej znajdziesz informację, jakie choroby zawiera dana opcja naszego ubezpieczenia.

Opcja onkowsparcie		Opcja onko-kardiowsparcie		Opcja onko-kardio-neurowsparcie	Opcja multiwsparcie
1)	anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1)	anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)	1)	anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)
2)	niezłośliwy guz mózgu	2)	bakteryjne zapalenie wsierdzia	2)	bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych
3)	nowotwór złośliwy	3)	chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej	3)	bakteryjne zapalenie wsierdzia
		4)	chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej	4)	łobowiac mózgu
		5)	chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	5)	chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej
		6)	chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca	6)	chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej
		7)	niezłośliwy guz mózgu	7)	chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)
		8)	nowotwór złośliwy	8)	chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca
		9)	zator tętnicy płucnej	9)	choroba Alzheimera
		10)	zawał serca	10)	choroba Creutzfeldta-Jakoba

Opcja onkowsparcie		Opcja onko-kardiowsparcie		Opcja onko-kardio-neurowsparcie		Opcja multiwsparcie	
				11)	choroba Parkinsona	11)	choroba Huntingtona
				12)	niezłośliwy guz mózgu	12)	choroba Leśniowskiego-Crohna
				13)	nowotwór złośliwy	13)	choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)
				14)	ropień mózgu	14)	choroba Parkinsona
				15)	stwardnienie rozsiane	15)	ciężkie oparzenie
				16)	udar mózgu	16)	gruźlica
				17)	zator tętnicy płucnej	17)	kleszczowe zapalenie mózgu
				18)	zawał serca	18)	neuroborelioza
						19)	niezłośliwy guz mózgu
						20)	nowotwór złośliwy
						21)	paraliż
						22)	przewlekła niewydolność nerek
						23)	reumatoidalne zapalenie stawów
						24)	ropień mózgu
						25)	schyłkowa niewydolność wątroby
						26)	sepsa
						27)	stwardnienie rozsiane
						28)	śpiączka
						29)	tężec
						30)	toczeń
						31)	transplantacja
						32)	udar mózgu
						33)	uraz czaszkowo-mózgowy
						34)	utrata kończyny
						35)	całkowita utrata mowy
						36)	całkowita utrata słuchu w co najmniej jednym uchu
						37)	całkowita utrata wzroku w co najmniej jednym oku
						38)	wrzodziejące zapalenie jelita grubego
						39)	wścieklizna
						40)	zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji
						41)	zakażenie wirusem HIV zawodowe
						42)	zakażona martwica trzustki
						43)	zator tętnicy płucnej
						44)	zawał serca
						45)	zgorzel gazowa



**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO
GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK
ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ
NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM**

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, o kodzie warunków NWGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–6 OWU pkt 8 OWU pkt 10–13 OWU pkt 14 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 6 OWU pkt 7 OWU pkt 13 OWU pkt 14 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na [pzu.pl](https://www.pzu.pl)



pod numerem infolinii 801 102 102
(opłata zgodna z taryfą operatora)



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Kod OWU: NWGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 19 listopada 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
 - 1) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 2) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje życie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie naszej ochrony.
5. W razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.
6. Zarówno zdarzenie, jak i nieszczęśliwy wypadek, które je spowoduje, muszą wystąpić w okresie naszej ochrony.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

7. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek nastąpił:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii– jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;
 - 5) w przypadku gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa albo popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;

- 7) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia;
- 8) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
- 9) wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba, że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli komu i kiedy wypłacimy pieniądze po śmierci ubezpieczonego

8. Wypłata świadczenia przysługuje uposażonemu.
9. Uposażonego możesz wskazać, zmienić lub odwołać na takich samych zasadach jak w ubezpieczeniu podstawowym.
10. Po śmierci ubezpieczonego osoba, która wnioskuje o wypłatę świadczenia musi dostarczyć nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) akt zgonu;
 - 3) kartę zgonu albo – jeśli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci.
11. Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata świadczenia jest należna i w jakiej wysokości.
12. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 10 i 11 dokumentacji.
13. Prawo do wypłaty świadczenia po śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią ubezpieczonego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

14. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.

**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO**



W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, o kodzie warunków LSGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–8 OWU pkt 12 OWU pkt 14–16 OWU pkt 17 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 9–11 OWU pkt 12 OWU pkt 13 OWU pkt 17 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

WWW na pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO

Kod OWU: LSGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

OWU wchodzi w życie z dniem 19 listopada 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien dokładnie zapoznać się z OWU oraz przekazać OWU każdemu, kto chce przystąpić do umowy. Zanim przystąpisz do umowy, zapoznaj się dokładnie z OWU otrzymanymi od ubezpieczającego.

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
 - 1) **choroba** – stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego powodujący konieczność leczenia szpitalnego;
 - 2) **leczenie szpitalne** – stacjonarne leczenie:
 - a) stanów nagłych, w których opóźnienie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo życia, lub
 - b) stanów, w których nie można uzyskać celu leczniczego podczas leczenia ambulatoryjnego;
 - 3) **pobyt w szpitalu** – całodobowy pobyt w szpitalu w Polsce, który trwa nieprzerwanie dłużej niż 3 dni i ma na celu leczenie szpitalne;
 - 4) **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego;
 - 5) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 6) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje Twój pobyt w szpitalu z powodu:
 - 1) choroby;
 - 2) nieszczęśliwego wypadku– w okresie naszej ochrony.
5. Za każdy dzień Twojego pobytu w szpitalu wypłacimy Ci świadczenie w wysokości 0,5% sumy ubezpieczenia – z uwzględnieniem pkt 6.
6. Jeśli Twój pobyt w szpitalu:
 - 1) jest konsekwencją nieszczęśliwego wypadku, który zdarzył się podczas naszej ochrony;
 - 2) jest pierwszym pobytem spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem i
 - 3) rozpoczął się nie później niż 14 dni po nieszczęśliwym wypadku– za każdy dzień pobytu przez pierwsze 14 dni wypłacimy 1% sumy ubezpieczenia.
7. Jeśli nieszczęśliwy wypadek zdarzył się przed początkiem naszej ochrony, za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku tego nieszczęśliwego wypadku wypłacimy 0,5% sumy ubezpieczenia.
8. Wypłatę ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu pobytu w szpitalu.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

9. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminu zawodowe uprawianie sportu – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
 - 1) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 2) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 3) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, zasiłki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.
10. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje pobytu w szpitalu, który rozpoczął się przed początkiem naszej ochrony lub pobytu w szpitalu, który nastąpił:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku katastrof, które powodują skażenie promieniotwórcze, chemiczne lub biologiczne;
 - 3) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 4) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 5) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;
 - 6) ponieważ ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 8) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytych alkoholem, użytych narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
 - 9) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. produktów;
 - 10) wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
 - 11) w wyniku padaczki – poza padaczką objawową, która jest objawem innej choroby oraz wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, nerwicy i uzależnień;
 - 12) w wyniku chorób z powodu obniżenia odporności organizmu w przebiegu zakażenia wirusem HIV;
 - 13) w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych – chyba że wynikają one z konieczności leczenia obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 14) w wyniku wykonywania badań lekarskich, dodatkowych badań medycznych – które służą ustaleniu istnienia choroby zawodowej, badań diagnostycznych, które nie wynikają z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu) oraz obserwacji na wniosek sądu;
 - 15) w wyniku leczenia niepłodności;
 - 16) w wyniku wykonywania operacji kosmetycznych lub plastycznych – w tym operacji zmiany pęci – z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw:
 - a) nieszczęśliwych wypadków, które wydarzyły się w okresie naszej ochrony lub
 - b) choroby nowotworowej, którą wykryto w okresie naszej ochrony;
 - 17) w wyniku rehabilitacji – z wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu ubezpieczonego z powodu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, jeśli pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego ochroną pobytu w szpitalu ubezpieczonego, który był związany – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą;
 - 18) ponieważ ubezpieczony uprawiał sport zawodowo lub uprawiał rekreacyjnie sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, speleologię, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping).
11. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje Twojego pobytu:
 - 1) w hospicjach, placówkach lecznictwa odwykowego, placówkach dla przewlekłe chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych ani zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
 - 2) w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego – w szczególności w sanatoriach, prewentoriach ani szpitalach uzdrowiskowych, sanatoryjnych ani rehabilitacyjno-uzdrowiskowych;
 - 3) w ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych – z wyjątkiem pobytu, o którym mowa w pkt 10.17);
 - 4) na oddziałach dziennych ani w takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.

OGRANICZENIA OCHRONY

– czyli za ile dni pobytu w szpitalu zapłacimy

12. Zapłacimy świadczenie maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy.

KARENcja

– czyli okres po zawarciu ubezpieczenia oraz przystąpieniu przez Ciebie do ubezpieczenia, w którym nie ponosimy odpowiedzialności

13. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 30 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia. Ponosimy jednak odpowiedzialność, jeśli pobyt w szpitalu był wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu tych 30 dni.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po pobycie w szpitalu

14. W razie pobytu w szpitalu, dostarcz nam:

1) wniosek o wypłatę świadczenia. Możesz dostarczyć go:

a) gdy zakończysz pobyt w szpitalu,

b) w trakcie pobytu w szpitalu – po 30. lub 60. dniu;

2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego – gdy zakończysz pobyt w szpitalu;

3) dokument, który potwierdza rozpoznanie choroby, wydany przez lekarza prowadzącego – gdy składasz wniosek o wypłatę świadczenia w trakcie pobytu w szpitalu.

15. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.

16. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 14 i 15 dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

17. W sprawach, których nie reguluje to ubezpieczenie, stosujemy: ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.