warta.



Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Indywidualne ubezpieczenie na życie Warta Ochrona

INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE WARTA OCHRONA

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Spis Treści

ZABEZPIECZENIE RODZINY
Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona 3

ZABEZPIECZENIE W RAZIE WYPADKU
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia:
Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku 11
Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego 15
Powstanie trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego w wyniku wypadku z wypłatą jednorazową 19
Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku 24
Powstanie znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku 28
Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku dla aktywnych 32
- Załącznik 1 – katalog sportów uprawianych wyczynowo Warta 36
- Załącznik 2 – tabela trwałego uszczerbku na zdrowiu dla aktywnych 37

Pomoc medyczna 48
- Załącznik 1 – katalog sportów uprawianych wyczynowo Warta 72

ZABEZPIECZENIE W RAZIE CHOROBY
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia:
Poważne zachorowanie ubezpieczonego 74
Leczenie specjalistyczne ubezpieczonego 79
Leczenie ubezpieczonego za granicą 84
- Załącznik 1 – katalog poważnych stanów chorobowych Warta 94

Leczenie ubezpieczonego za granicą Plus 97
- Załącznik 1 – katalog poważnych stanów chorobowych Warta 112

Sposób na raka 115
- Załącznik 1 – wykaz nowotworów objętych ochroną ubezpieczeniową 125
- Załącznik 2 – wykaz nowotworów złośliwych w stadium inwazyjnym nieobjętych ochroną ubezpieczeniową 135

Druga opinia medyczna ubezpieczonego 137

ZABEZPIECZENIE W RAZIE POBYTU W SZPITALU LUB OPERACJI
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia:
Operacje ubezpieczonego 141
Pobyt ubezpieczonego w szpitalu 147

ZABEZPIECZENIE W RAZIE NIEZDOLNOŚCI
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia:
Powstanie niezdolności do pracy ubezpieczonego z wypłatą renty miesięcznej 153
Powstanie trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego z wypłatą jednorazową 160
Powstanie niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego z wypłatą renty miesięcznej 165

ZABEZPIECZENIE DZIECKA W RAZIE WYPADKU ALBO CHOROBY
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia:
Powstanie trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku wypadku 171
Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku 176
- Załącznik 1 – tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka 180

Pobyt dziecka w szpitalu w wyniku wypadku 183
Ubezpieczenie lekowe związane z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku 188
Operacje dziecka w wyniku wypadku 192
- Załącznik 1 – katalog operacji dziecka Warta 196

Poważne zachorowanie dziecka 200
- Załącznik 1 – katalog poważnych zachorowań dziecka Warta 204

Pobyt dziecka w szpitalu w wyniku choroby 210
Ubezpieczenie lekowe związane z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku choroby 215
Leczenie specjalistyczne dziecka 219
- Załącznik 1 – katalog metod leczenia specjalistycznego dziecka Warta 223

Leczenie dziecka za granicą 226
- Załącznik 1 – katalog poważnych stanów chorobowych dziecka Warta 236

Leczenie dziecka za granicą Plus 239
- Załącznik 1 – katalog poważnych stanów chorobowych dziecka Warta 254

Druga opinia medyczna dziecka 257

Załącznik 1 do Ogólnych Warunków dodatkowego ubezpieczenia:
Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku
Powstanie znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku
- Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego 261

Katalog poważnych zachorowań 276
Katalog metod leczenia specjalistycznego 286
Katalog operacji 288
Katalog sportów uprawianych wyczynowo 297

Informacja do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona, zatwierdzonych uchwałą nr 22/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 kwietnia 2026 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 § 2 ust. 2 § 4 § 10
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 ust. 7 § 10 ust. 9 § 13 § 14 ust. 13

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE WARTA OCHRONA

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA" Spółka Akcyjna (TUnŻ „WARTA" S.A.), zwane dalej ubezpieczycielem z ubezpieczającymi.
2. W niniejszych OWU, wymienionym poniżej terminom nadaje się znaczenie:
   1) **małżonek** – osoba wskazana we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, która w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim;
   2) **miesiąc polisowy** – pierwszy miesiąc polisowy to miesiąc rozpoczynający się w dniu początku okresu ubezpieczenia; kolejne miesiące polisowe to miesiące rozpoczynające się w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego; jeśli w danym miesiącu taki dzień nie istnieje – wtedy w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego;
   3) **okres ubezpieczenia** – okres, którego dzień początkowy i czas trwania wskazany jest w polisie;
   4) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona;
   5) **partner** – osoba wskazana we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, która w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową pozostawała z ubezpieczonym w związku nieformalnym, prowadzi z nim wspólne gospodarstwo domowe, nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią, nie jest z nim spokrewniona;
   6) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, który jest dowodem zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU;
   7) **rocznica polisy** – rocznica umowy ubezpieczenia, tj. dzień, który datą odpowiada dniowi początku okresu ubezpieczenia; jeśli w danym miesiącu taki dzień nie istnieje – wtedy ostatni dzień tego miesiąca kalendarzowego;
   8) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy;
   9) **statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z ustawą prawo lotnicze, należący do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadający aktualne dokumenty potwierdzające zdatność statku powietrznego do przewozów lotniczych;
   10) **statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodolot, poduszkowiec) przeznaczone lub używane w żegludze śródlądowej lub morskiej, w rozumieniu przepisów ustawy o żegludze śródlądowej lub kodeksu morskiego, posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów;
   11) **składka** – kwota opłacana przez ubezpieczającego z tytułu ochrony udzielanej w ramach umowy ubezpieczenia;
   12) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia;
   13) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota zdefiniowana oddzielnie dla każdej umowy dodatkowej ubezpieczenia i określona w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowej ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia;
   14) **świadczenie** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia objętego zakresem umowy ubezpieczenia;
   15) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej zawierająca umowę ubezpieczenia;
   16) **ubezpieczony** – wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;
   17) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, za pośrednictwem agenta, której stronami są ubezpieczyciel i ubezpieczający; zawarta na rachunek własny albo na rachunek ubezpieczonego lub współubezpieczonego, na mocy której ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę;
   18) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy stronami umowy ubezpieczenia, na podstawie ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia (OWUD) stanowiących załączniki do OWU;
   19) **uprawniony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie;
   20) **uprawniony zastępczy** - osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której w przypadku śmierci ubezpieczonego przewidzianej w umowie ubezpieczyciel wypłaca świadczenie, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego osoby uprawnione nie żyją lub utraciły prawo do świadczenia;
   21) **wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia** – oświadczenie ubezpieczającego o woli zawarcia umowy ubezpieczenia stanowiące jednocześnie zgodę na objęcie ubezpieczonego lub współubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, składane na odpowiednim formularzu;
   22) **wskaźnik indeksacji** – procent ustalany przez ubezpieczyciela na maksymalnym poziomie trzech punktów procentowych powyżej wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych, publikowanego przez GUS, za okres 12 miesięcy poprzedzających datę wysłania propozycji;
   23) **współubezpieczony** – wskazana w umowie ubezpieczenia, osoba fizyczna będąca w dniu zawarcia umowy małżonkiem lub partnerem ubezpieczonego, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;
   24) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej. Za wypadek nie uważa się zawału serca, udaru mózgu.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci ubezpieczonego.
3. W przypadku zawarcia umów dodatkowego ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia może być również zdrowie ubezpieczonego.
4. W zakresie ryzyk określonych umową ubezpieczenia dla współubezpieczonego postanowienia OWU oraz OWUD dotyczące ubezpieczonego stosuje się odpowiednio dla współubezpieczonego. Ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej umowy ubezpieczenia może być objęty jednocześnie jeden współubezpieczony.

Zawarcie i czas trwania umowy ubezpieczenia

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia jest zawarta, w dniu określonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że w przypadku umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą wystawioną przez agenta, umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu podpisania polisy przez ubezpieczającego i potwierdzenia umowy ubezpieczenia polisą wystawioną przez agenta.
2. Umowa ubezpieczenia kończy się po upływie okresu ubezpieczenia wskazanego w polisie, nie krótszego niż 5 lat i nie dłuższego niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 100 lat, liczonego od początku okresu ubezpieczenia.
3. Ubezpieczonym może być osoba, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 70 lat.
4. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego.
5. Jeśli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do jego uzupełnienia. W przypadku nieuzupełnienia braków nie dochodzi do zawarcia umowy ubezpieczenia.
6. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 4, dokumentów, na podstawie których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
7. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu określonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po opłaceniu składki z tytułu umowy ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić jej zawarcia albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
9. Zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza polisą.
10. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
    1) z dniem śmierci ubezpieczającego, z zastrzeżeniem § 3 ust. 16;
    2) z upływem okresu dodatkowego na opłacenie składki, o którym mowa w § 6 ust. 1;
    3) z dniem złożenia ubezpieczycielowi przez ubezpieczającego wniosku o odstąpienie od umowy ubezpieczenia;
    4) z dniem upływu okresu wypowiedzenia, w przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego;
    5) z upływem okresu, na jaki została zawarta;
    6) z dniem rezygnacji, w przypadku o którym mowa w ust. 11 pkt 3), gdy umowę ubezpieczenia zawarto na rachunek jednego ubezpieczonego.
11. Odpowiedzialność ubezpieczyciela względem ubezpieczonego (w tym, w zakresie umowy dodatkowego ubezpieczenia) kończy się:
    1) w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 100 lat;
    2) z dniem śmierci ubezpieczonego;
    3) z dniem złożenia ubezpieczycielowi przez ubezpieczonego rezygnacji z zawartej na jego rachunek umowy ubezpieczenia;
    4) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia;
    5) z ostatnim dniem miesiąca polisowego, w którym ubezpieczający złożył ubezpieczycielowi oświadczenie wskazujące ubezpieczonego względem, którego ochrona ma się zakończyć.
12. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą w ciągu 7 dni, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
13. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
14. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym ubezpieczyciel otrzymał pisemne zawiadomienie.
15. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie wszystkich umów dodatkowego ubezpieczenia.
16. W przypadku śmierci ubezpieczającego - ubezpieczony albo współubezpieczony może wejść w prawa i obowiązki ubezpieczającego, za zgodą ubezpieczyciela. Wniosek o wstąpienie w prawa i obowiązki ubezpieczającego ubezpieczony albo współubezpieczony składa ubezpieczycielowi w terminie 60 dni od śmierci ubezpieczającego. W przypadku braku złożenia wniosku w wyżej wskazanym terminie lub braku zgody ubezpieczyciela na wejście w prawa i obowiązki ubezpieczającego, przyjmuje się że umowa ubezpieczenia rozwiązała się z datą zgonu ubezpieczającego.
17. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki, za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa

§ 4

1. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa zawierana jest na podstawie prawidłowo wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą wystawioną przez agenta tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa nie ma zastosowania.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się od dnia złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz wpłaty składki w wysokości wskazanej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
4. Składka, o której mowa w ust. 3, zaliczana jest na poczet składki z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU w zakresie potwierdzonym w polisie.
5. Zakres tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej obejmuje wyłącznie śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego, określonej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 100 000 zł.
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku jest wyłączona, jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła wskutek jednego z następujących zdarzeń:
   1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
   2) działań wojennych, stanu wojennego;
   3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
   4) poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
   5) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
   6) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowania, wspinaczki skałkowej, wspinaczki wysokogórskiej, speleologii, baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, lotnictwa (pilotażu: sportowego, wojskowego, zawodowego, amatorskiego, samolotów, helikopterów), paralotniarstwa, motoparalotniarstwa, skoków spadochronowych, wyścigów samochodowych lub motocyklowych, sportów motorowodnych, sportów walki, skoków na gumowej linie;
   7) przewozu lotniczego ubezpieczonego innego niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
   8) zatrucia ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
   9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
   10) rozpoznaną u ubezpieczonego chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem;
   11) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
8. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się w dniu określonym w ust. 3 i kończy się w dniu zajścia wcześniejszego z poniższych zdarzeń:
   1) z upływem 60 dnia jej trwania;
   2) z dniem wystawienia przez ubezpieczyciela polisy;
   3) z dniem otrzymania przez ubezpieczyciela oświadczenia o rezygnacji z zawarcia umowy ubezpieczenia;
   4) z dniem otrzymania przez ubezpieczającego odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia;
   5) z dniem śmierci ubezpieczonego.
9. Ubezpieczyciel może wydłużyć okres, o którym mowa w ust. 8 pkt 1), o ile wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia wymaga uzupełnienia lub niezbędne jest dostarczenie do ubezpieczyciela wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia ubezpieczonego.
10. W przypadku wygaśnięcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, na zasadach określonych w ust. 8 pkt 1) albo 3) - 4) ubezpieczyciel zwraca składkę, o której mowa w ust. 3, w terminie 20 dni od dnia wygaśnięcia odpowiedzialności w zakresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej.
11. Jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w czasie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej i nie była spowodowana wypadkiem, ubezpieczyciel zwraca składkę, o której mowa w ust. 3 ubezpieczającemu albo spadkobiercy ubezpieczającego.

Składka

§ 5

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do wpłacania składek w wysokości określonej w polisie.
2. Składka płatna jest miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie w terminach określonych w polisie, z zastrzeżeniem ust. 7.
3. Ubezpieczający wpłaca pierwszą składkę najpóźniej następnego dnia roboczego po złożeniu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Każdą następną składkę ubezpieczający zobowiązany jest wpłacić, zgodnie ze wskazaną częstotliwością – do pierwszego dnia okresu, za który jest należna.
4. W przypadku, gdy w ramach umowy ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową objęty jest także współubezpieczony oraz w przypadku zawarcia umów dodatkowego ubezpieczenia składka płacona jest łącznie za całą umowę ubezpieczenia.

5. Wysokość składki za ubezpieczonego zależy od: sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, aktualnego wieku ubezpieczonego, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej przez ubezpieczonego pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka, z zastrzeżeniem ust. 7.
6. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela. Termin płatności składki jest zachowany, jeżeli przed jego upływem cała należna kwota składki wpłynie na rachunek bankowy ubezpieczyciela wskazany ubezpieczającemu.
7. W przypadku, gdy dzień zakończenia okresu ubezpieczenia przypada po rocznicy polisy następującej po ukończeniu przez ubezpieczonego 85 roku życia, wysokość składki liczona jest do końca okresu ubezpieczenia z obowiązkiem opłacania jej do rocznicy polisy po ukończeniu 85 roku życia. Od rocznicy polisy po ukończeniu 85 roku życia, ubezpieczający jest zwolniony z obowiązku opłacania składek do końca okresu ubezpieczenia.

Skutki niezapłacenia składki

§ 6

1. Jeśli kolejna składka nie zostanie wpłacona przez ubezpieczającego w terminie określonym w § 5 ust. 3, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego pisemnie do wpłaty zaległych składek w dodatkowym terminie, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego wezwania oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia zaległych składek w dodatkowym terminie, z zastrzeżeniem § 5 ust. 7.
2. W przypadku umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą wystawioną przez agenta, brak wpłaty pierwszej składki w wysokości wskazanej w polisie, w terminie 14 dni od wystawienia polisy oznacza rezygnację ubezpieczającego z zawarcia umowy ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia

§ 7

1. Wysokość sumy ubezpieczenia ubezpieczyciel ustala zgodnie z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel, po przeanalizowaniu wszystkich informacji zawartych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz w innych dokumentach złożonych przez ubezpieczonego, które mogą mieć istotny wpływ na prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia objętego umową ubezpieczenia, ma prawo zaproponować inną wysokość sumy ubezpieczenia niż wskazana we wniosku.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza pisemnie w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.

Zmiana sumy ubezpieczenia, zakresu ochrony i częstotliwości opłacania składki

§ 8

1. Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o:
   1) zmianę zakresu ochrony ubezpieczeniowej lub
   2) zmianę częstotliwości opłacania składki, lub
   3) podwyższenie sumy ubezpieczenia w ramach obowiązującej umowy ubezpieczenia, lub
   4) obniżenie sumy ubezpieczenia w ramach obowiązującej umowy ubezpieczenia, lub
   5) objęcie ochroną ubezpieczeniową osób dotychczas nieubezpieczonych, lub
   6) wyłączenie wskazanej osoby z ochrony ubezpieczeniowej,

   nie później niż 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia. Termin ten ma zastosowanie do pkt 1)-5), natomiast w zakresie pkt 6), wniosek może być złożony w każdym momencie trwania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2 – 5 oraz ust. 9.
2. Zmiany, o których mowa w ust. 1 pkt 1) - 5) możliwe są od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. Zmiana, o której mowa w ust. 1 pkt 4) możliwa jest najwcześniej po upływie 3-ciej rocznicy polisy.
4. Zmiana, o której mowa w ust. 1 pkt 5) możliwa jest najwcześniej po upływie pierwszej rocznicy polisy.
5. Zmiana częstotliwości opłacania składki dotyczy umowy ubezpieczenia wraz ze wszystkimi umowami dodatkowych ubezpieczeń, obowiązującymi w ramach umowy ubezpieczenia.
6. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia skutkuje zmianą wysokości składki.
7. Podwyższenie lub obniżenie sumy ubezpieczenia następuje za zgodą ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może odmówić podwyższenia lub obniżenia sumy ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel pisemnie potwierdza ubezpieczającemu zmianę warunków oraz datę ich obowiązywania.
9. Od rocznicy polisy po ukończeniu przez ubezpieczonego 85 roku życia, nie ma możliwości zmiany umowy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 1 pkt 1) - 5).

Indeksacja

§ 9

1. Począwszy od pierwszej rocznicy ubezpieczenia ubezpieczyciel ma prawo zaproponować ubezpieczającemu podwyższenie (indeksację) sumy ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji, z zastrzeżeniem ust. 9.
2. W propozycji indeksacji na kolejny rok polisowy ubezpieczyciel podaje zindeksowaną wartość sumy ubezpieczenia oraz wysokość składki wynikającą z przeprowadzonej indeksacji.

3. W przypadku skorzystania z prawa wskazanego w ust. 1 ubezpieczyciel najpóźniej 30 dni przed rocznicą polisy przesyła ubezpieczającemu propozycję indeksacji, o której mowa w ust. 2.
4. Jeżeli ubezpieczający nie wyraża zgody na indeksację, jest zobowiązany pisemnie poinformować ubezpieczyciela o swojej decyzji, najpóźniej w terminie 14 dni przed rocznicą polisy.
5. Brak pisemnej odpowiedzi ze strony ubezpieczającego na propozycję, o której mowa w ust. 3, w terminie wskazanym w ust. 4, traktowany jest jako zgoda ubezpieczającego na indeksację.
6. Indeksacja obejmuje umowę ubezpieczenia oraz wszystkie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
7. Podwyższenie sumy ubezpieczenia w wyniku indeksacji powoduje zmianę wysokości składki.
8. Poziom zmiany wysokości składki z tytułu umowy ubezpieczenia oraz z tytułu umów dodatkowego ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o kwotę podwyższenia sumy ubezpieczenia, z uwzględnieniem czynników o których mowa w § 5 ust. 5.
9. Od rocznicy polisy po ukończeniu przez ubezpieczonego 85 roku życia, zapis ust. 1 nie ma zastosowania.

Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela

§ 10

1. Z tytułu śmierci ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu śmierci ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w przypadkach przewidzianych umową ubezpieczenia w trybie określonym w ust. 3 - 10, na podstawie złożonego ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia. Uprawniony zobowiązany jest dołączyć do wniosku dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
3. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego może zgłosić również spadkobierca ubezpieczonego.
4. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
5. Gdyby w terminie 30 dni, określonym w ust. 4, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu.
6. Jeżeli w terminach określonych w ust. 4 - 5 ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca uprawnionemu bezsporną część świadczenia.
7. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
8. Za datę wypłaty świadczenia uznaje się dzień uznania rachunku bankowego uprawnionego, kwotą należnego świadczenia.
9. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiekolwiek zaległości z tytułu opłacania składek z umowy ubezpieczenia lub z umów dodatkowych ubezpieczeń, ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie o wartość zaległości z tytułu opłacania składek wraz z należnymi odsetkami, w przypadku jeżeli ubezpieczający i uprawniony do otrzymania świadczenia są tą samą osobą.
10. W przypadku, gdy wymagane dokumenty niezbędne do ustalenia świadczenia sporządzone zostały w języku innym niż polski, ubezpieczyciel może zażądać, aby osoba uprawniona dostarczyła je przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

Uprawnieni do otrzymania świadczenia

§ 11

1. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego albo uprawnionego i uprawnionego zastępczego do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci zarówno przed zawarciem, jak i w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia.
2. W każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczony ma prawo zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
3. Ubezpieczony pisemnie składa ubezpieczycielowi wniosek o wskazanie lub zmianę uprawnionego albo uprawnionego zastępczego. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dniu złożenia wniosku.
4. Jeżeli ubezpieczony wskazał uprawnionego do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci do wysokości zobowiązań wynikających z zawartej z tym uprawnionym umowy kredytu, ubezpieczony może wskazać dodatkowego uprawnionego albo dodatkowego uprawnionego i uprawnionego zastępczego do części świadczenia pozostającego po spłacie zobowiązań wynikających z tej umowy.
5. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał dodatkowego uprawnionego, albo dodatkowego uprawnionego i uprawnionego zastępczego, albo osoby te w dniu zajścia zdarzenia nie żyją lub utraciły prawo do świadczenia, w przypadku, o którym mowa w ust. 4, wysokość należnego świadczenia przewyższająca wartość zobowiązań wynikających z zawartej umowy kredytu, przypada osobom wskazanym w § 12 ust. 5.

§ 12

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jednego uprawnionego do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się uprawnionym w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w świadczeniu przyjmuje się, iż udziały tych osób w świadczeniu są równe.
2. Jeżeli uprawniony umyślnie przyczynił się do śmierci ubezpieczonego albo zmarł przed śmiercią ubezpieczonego, to wskazanie uprawnionego staje się bezskuteczne.
3. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jednego uprawnionego do otrzymania świadczenia, w przypadku śmierci lub utraty prawa do świadczenia jednego z uprawnionych wskazanych przez ubezpieczonego, świadczenie wypłaca się pozostałym uprawnionym, zwiększając udziały pozostałych uprawnionych, proporcjonalnie do ich dotychczasowych udziałów w świadczeniu.
4. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jednego uprawnionego (co dotyczy także dodatkowego uprawnionego, o którym mowa w § 11 ust. 4) do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci oraz wskazał uprawnionego zastępczego, to w przypadku gdy wszystkie wskazane osoby uprawnione w dniu zajścia zdarzenia nie żyją lub utraciły prawo do świadczenia, świadczenie wypłaca się uprawnionemu zastępczemu.
5. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uprawnionego ani uprawnionego zastępczego świadczenie przypada członkom rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
   1) małżonkowi;
   2) w równych częściach dzieciom, jeżeli brak jest małżonka;
   3) w równych częściach rodzicom, jeżeli brak jest małżonka i dzieci;
   4) w równych częściach innym osobom powołanym do dziedziczenia po ubezpieczonym, jeżeli brak jest osób wymienionych w pkt 3).
6. W przypadku wskazania dodatkowego uprawnionego lub uprawnionego zastępczego postanowienia ust. 1 – 3 stosuje się odpowiednio.

Wyłączenia i ograniczenia zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela

§ 13

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
   1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia na jego rachunek;
   2) poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
   3) działań wojennych, stanu wojennego;
   4) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
   5) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
2. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

Postanowienia końcowe

§ 14

1. Zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie.
2. Za zgodą ubezpieczyciela i ubezpieczającego zawiadomienia i oświadczenia woli mogą być składane w innej formie niż pisemna.
3. Ubezpieczający, ubezpieczony oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do wzajemnego informowania się o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do prowadzenia korespondencji w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia/zawiadomienie o zajściu zdarzenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
5. Przez dzień złożenia wniosku lub oświadczenia (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku lub oświadczenia) rozumie się dzień doręczenia wniosku lub oświadczenia ubezpieczycielowi albo agentowi.
6. Reklamacje mogą być składane ubezpieczycielowi:
   1) na piśmie w postaci papierowej: na adres skrytka pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1 albo doręczone osobiście w każdej jednostce ubezpieczyciela obsługującej klientów;
   2) na piśmie w postaci elektronicznej: na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-43731-69770-HRJAI-14 albo za pomocą formularza na stronie www.warta.pl/reklamacje;
   3) ustnie: telefonicznie pod nr 502 308 308 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo do protokołu w każdej jednostce ubezpieczyciela obsługującej klientów.
7. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi na piśmie: listem w postaci papierowej lub pocztą elektroniczną w postaci elektronicznej – w zależności od sposobu zgłoszenia reklamacji lub wyboru składającego reklamację. W przypadku złożenia reklamacji przez klienta na adres do doręczeń elektronicznych, ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi elektronicznie na adres do doręczeń elektronicznych klienta. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący reklamację zostanie uprzednio powiadomiony.
8. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest jednostka organizacyjna TUnŻ „WARTA” S.A. wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA” S.A.

9. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:
   1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl);
   2) Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
10. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.
11. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
12. Ubezpieczający ma prawo za zgodą ubezpieczonego przenieść prawa i obowiązki z umowy na inny podmiot. W przypadku przeniesienia praw i obowiązków na inny podmiot, z chwilą przeniesienia podmiot ten staje się ubezpieczającym. Przeniesienie praw i obowiązków z umowy na inny podmiot wymaga zgody ubezpieczyciela wyrażonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
13. Ubezpieczyciel nie udziela ochrony lub nie wypłaca świadczenia w przypadkach w których ochrona lub wypłata świadczenia naraziłaby ubezpieczyciela na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub prawa innych krajów oraz regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy ubezpieczenia.
14. Ubezpieczyciel oświadcza, że rzeczywisty właściciel w ramach transakcji objętych umową ubezpieczenia nie ma miejsca zamieszkania, siedziby lub zarządu w kraju stosującym szkodliwą konkurencję podatkową. Pojęcie rzeczywistego właściciela należy rozumieć zgodnie z definicją o której mowa w art. 4a pkt 29) ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych z dnia 15 lutego 1992 r. lub w art. 5a pkt 33d) ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych z dnia 26 lipca 1991 r.

§ 15

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty zobowiązania finansowe wynikające z umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

§ 16

1. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa, a także odpowiednie przepisy podatkowe.
3. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela nastąpi zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych albo ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych. Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn, w związku z art. 831 § 3 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny.
4. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia lub ze stosunku ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uprawnionego, spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego.
5. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.
6. Miejscem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej ubezpieczyciela jest strona internetowa www.warta.pl.

§ 17

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą nr 22/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzane w życie z dniem 19 kwietnia 2026 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku, zatwierdzonych Uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 30 października 2022, roku sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 OWU § 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 8 § 14 ust. 13 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
   1) **dzień zajścia zdarzenia** – data śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku;
   2) **okres ubezpieczenia wynikający z umowy dodatkowego ubezpieczenia** – okres, którego dzień początkowy i czas trwania wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu:
      a) wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia albo
      b) pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna zgodnie z częstotliwością opłacania, wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia,

      i kończący się z końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 4 - 7;
   3) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona;
   4) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku, stanowiące załącznik do OWU;
   5) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   6) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
   2) nie później niż 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, od którego umowa dodatkowego ubezpieczenia ma obowiązywać.

   Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę dodatkowego ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 70 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 5 - 7 i 10.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6 - 7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 75 lat.
8. Najpóźniej 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie lub obniżenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
    1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
    2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5;

    dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w pozostałym zakresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie uprawnionemu określonemu w § 11 OWU świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku, pod warunkiem spełnienia łącznie następujących kryteriów:
   1) wypadek wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   2) istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a śmiercią ubezpieczonego;
   3) śmierć ubezpieczonego nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, nie później niż w ciągu 180 dni od daty wypadku.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt 2) odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5. Pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje umowa dodatkowego ubezpieczenia, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w § 3 ust. 11 OWU, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 75 lat.

Składka

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki zależy od: wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego, oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

Świadczenie

§ 6

Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
2. W przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczający lub uprawniony do otrzymania świadczenia są zobowiązani niezwłocznie poinformować ubezpieczyciela o tym zdarzeniu.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
4) poddaniem się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;

5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie;
7) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
8) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
10) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzone w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, zatwierdzonych Uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 30 października 2022 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 OWU § 1 § 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 8 § 14 ust. 13 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
   1) **dzień zajścia zdarzenia** – data śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego;
   2) **okres ubezpieczenia wynikający z umowy dodatkowego ubezpieczenia** - okres, którego dzień początkowy i czas trwania wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu:
      a) wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia albo
      b) pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna zgodnie z częstotliwością opłacania, wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia,

      i kończący się z końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 4 - 7;
   3) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona;
   4) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, stanowiące załącznik do OWU;
   5) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   6) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego;
   7) **wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez policję, straż miejską, sąd, prokuraturę, powstały w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z ruchem:
      a) lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym ubezpieczony brał udział jako kierowca bądź uczestnik ruchu w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej) w którym ubezpieczony brał udział jako osoba kierująca lub pasażer lub pieszy, wywołany:
         – działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
         – wywróceniem się pojazdu, lub
         – pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego,
      b) wodnym pojazdów pływających, z udziałem statku wodnego, w którym ubezpieczony poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,
      c) lotniczym statków powietrznych, w którym to statku ubezpieczony podróżował jako członek załogi lub pasażer.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
   2) nie później niż 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, od którego umowa dodatkowego ubezpieczenia ma obowiązywać.

   Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę dodatkowego ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 70 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 5 - 7 i 10.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6 - 7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 75 lat.

8. Najpóźniej 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie lub obniżenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
    1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
    2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5;

    dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w pozostałym zakresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie uprawnionemu określonemu w § 11 OWU świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, pod warunkiem spełnienia łącznie następujących kryteriów:
    1) wypadek komunikacyjny wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
    2) istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a śmiercią ubezpieczonego;
    3) śmierć ubezpieczonego nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, nie później niż w ciągu 180 dni od daty wypadku komunikacyjnego.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt 2) odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5. Pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje umowa dodatkowego ubezpieczenia, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego wygasa na zasadach określonych w § 3 ust. 11 OWU, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 75 lat.

Składka

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki zależy od: wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

Świadczenie

§ 6

Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
2. W przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczający lub uprawniony do otrzymania świadczenia są zobowiązani niezwłocznie poinformować ubezpieczyciela o tym zdarzeniu.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
4) poddaniem się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
6) uprawianiem przez ubezpieczonego: baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, lotnictwa (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwa, motoparalotniarstwa, wyścigów samochodowych lub motocyklowych, sportów motorowodnych;
7) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
8) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
10) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzone w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego w wyniku wypadku z wypłatą jednorazową, zatwierdzonych Uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 30 października 2022 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 OWU § 1 § 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 6 - 8 § 7 ust. 4 - 5 § 8 § 14 ust. 13 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POWSTANIA TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU Z WYPŁATĄ JEDNORAZOWĄ

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego w wyniku wypadku z wypłatą jednorazową mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
   1) **dzień zajścia zdarzenia** – data wystąpienia wypadku skutkującego powstaniem trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego lub trwałego częściowego inwalidztwa ubezpieczonego;
   2) **komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy), powołany przez ubezpieczyciela, wydający opinię w sprawie trwałego inwalidztwa na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
   3) **okres ubezpieczenia wynikający z umowy dodatkowego ubezpieczenia** - okres, którego dzień początkowy i czas trwania wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu:
      a) wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia albo
      b) pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna zgodnie z częstotliwością opłacania, wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia,

      i kończący się z końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 4 - 7;
   4) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona;
   5) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego w wyniku wypadku z wypłatą jednorazową, stanowiące załącznik do OWU;
   6) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   7) **trwała i całkowita niezdolność do pracy** – rozumiana jako: trwałe całkowite inwalidztwo lub trwałe częściowe inwalidztwo;
   8) **trwałe całkowite inwalidztwo** – powstałe w wyniku wypadku w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, nie później niż 12 miesięcy od dnia wypadku, trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego, w wyniku których ubezpieczony zdaniem komisji lekarskiej jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy i po upływie tego okresu nadal pozostaje trwale i całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz zgodnie z wiedzą medyczną nie rokuje odzyskania zdolności do pracy;
   9) **trwałe częściowe inwalidztwo** – powstałe w wyniku wypadku, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, nie później niż 12 miesięcy od dnia wypadku, uszkodzenie ciała ubezpieczonego polegające na fizycznej utracie narządu lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad narządem, wymienione w tabeli zdarzeń, o której mowa w § 6 ust. 3;
   10) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego w wyniku wypadku z wypłatą jednorazową.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
   2) nie później niż 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, od którego umowa dodatkowego ubezpieczenia ma obowiązywać.

   Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę dodatkowego ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 70 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 5 - 7 i 10.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6 - 7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 75 lat.

8. Najpóźniej 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, z tytułu umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie lub obniżenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
    1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
    2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5;

    dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w pozostałym zakresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu powstania trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku albo trwałego częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt 2) odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5. Pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje umowa dodatkowego ubezpieczenia, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w § 3 ust. 11 OWU, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 75 lat.

Składka

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości wskazanej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki zależy od: wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

Świadczenie

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia trwałego częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia ustalonego na podstawie tabeli zdarzeń, o której mowa w ust. 3 oraz sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia. Łączna kwota świadczenia z tytułu wystąpienia trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego oraz trwałego częściowego inwalidztwa ubezpieczonego wypłaconego z tytułu jednego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Tabela zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach trwałego częściowego inwalidztwa:

Lp.	Zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową	Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia dodatkowego	
		Prawe	Lewe
1.	utrata obu przedramion	100	
2.	utrata obu ramion	100	
3.	utrata obu ud	100	
4.	utrata obu podudzi	100	
5.	utrata jednego ramienia i jednego uda	100	
6.	utrata jednego ramienia i jednego podudzia	100	
7.	utrata jednego przedramienia i jednego uda	100	
8.	utrata jednego przedramienia i jednego podudzia	100	
9.	utrata jednej dłoni i jednej stopy	100	
10.	utrata wzroku w obu oczach	100	
11.	całkowita utrata słuchu	100	
12.	całkowita utrata mowy	100	
	Kończyny górne:		
1.	utrata jednego ramienia	70	65
2.	utrata jednego przedramienia	60	50
3.	utrata jednej dłoni lub utrata części śródręcza	55	50
4.	utrata wszystkich palców u ręki	50	45
5.	utrata kciuka i palca wskazującego	35	25
6.	utrata kciuka i palca innego niż wskazujący	25	20
7.	utrata kciuka	20	15
8.	utrata palca wskazującego	15	10
9.	utrata palca innego niż kciuk i innego niż palec wskazujący	5	5
	Kończyny dolne:		
1.	utrata jednej nogi powyżej kolana	60	
2.	utrata jednej nogi na wysokości lub poniżej kolana	50	
3.	utrata całej stopy lub części śródstopia	40	
4.	utrata wszystkich palców u stopy	30	
5.	utrata czterech palców (łącznie z paluchem)	20	
6.	utrata palucha	5	
7.	utrata palca innego niż paluch	2	
	Głowa:		
1.	utrata szczęki dolnej	50	
2.	utrata wzroku w jednym oku	40	
3.	utrata słuchu w jednym uchu	30	
4.	utrata nosa w całości (łącznie z kością nosa)	30	

4. Użyte w ust. 3 terminy oznaczają:
   1) ramię – ręka od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego;
   2) przedramię – od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego;
   3) dłoń – palce i śródręcze;
   4) udo – od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego;
   5) podudzie – od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego;
   6) utrata – fizyczna utrata narządu lub trwała utrata władzy nad narządem.
5. W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe określone w ust. 3 ulegają odwróceniu.
6. W przypadku uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony na podstawie tabeli zdarzeń stopień trwałego częściowego inwalidztwa ubezpieczonego pomniejsza się o stopień trwałego częściowego inwalidztwa istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
7. Z tytułu wystąpienia trwałego częściowego inwalidztwa wypłacane jest świadczenie za każdy rodzaj uszkodzenia ciała wymieniony w tabeli zdarzeń, nie więcej jednak niż do wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego za jeden wypadek.
8. Łączna kwota świadczenia wypłaconego z tytułu jednego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego. W przypadku, gdy procent ustalonego trwałego częściowego inwalidztwa przekracza 100%, wówczas ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.

3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
4. Świadczenie z tytułu wystąpienia trwałego całkowitego inwalidztwa lub trwałego częściowego inwalidztwa zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, który wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia a odpowiednio trwałym całkowitym inwalidztwem lub trwałym częściowym inwalidztwem.
5. Ostateczna wysokość świadczenia z tytułu trwałego częściowego inwalidztwa ubezpieczonego ustalana jest po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana rodzaju uszkodzenia ciała wymieniona w tabeli zdarzeń (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu częściowego inwalidztwa zostanie wypłacone po ustaleniu stopnia częściowego inwalidztwa.
6. W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:
   1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
   2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską;
   3) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
4) poddaniem się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie;
7) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
8) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
10) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, zatwierdzonych Uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 30 października 2022 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczeniazenia	§ 1 OWU § 1 § 3 § 6 § 7 Zał. 1 do OWUD
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 3 - 4 § 7 ust. 4 - 5 § 8 § 14 ust. 13 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POWSTANIA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
   1) **dzień zajścia zdarzenia** – data wystąpienia wypadku skutkującego powstaniem trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego;
   2) **komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy), powołany przez ubezpieczyciela, wydający opinię w sprawie wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
   3) **okres ubezpieczenia wynikający z umowy dodatkowego ubezpieczenia** - okres, którego dzień początkowy i czas trwania wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu:
      a) wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia albo
      b) pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna zgodnie z częstotliwością opłacania, wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia,

      i kończący się z końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 4 - 7;
   4) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona;
   5) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, stanowiące załącznik do OWU;
   6) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   7) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku;
   8) **tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu** – tabela stanowiąca załącznik nr 1 do niniejszych OWUD;
   9) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję; o stopniu nie niższym niż 1%.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
   2) nie później niż 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, od którego umowa dodatkowego ubezpieczenia ma obowiązywać.

   Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę dodatkowego ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 5 - 7 i 10.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6 - 7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
8. Najpóźniej 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie lub obniżenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:

1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5;

dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.

11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w pozostałym zakresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
4. Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku oraz powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku dla aktywnych.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt 2) odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5. Pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje umowa dodatkowego ubezpieczenia, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w § 3 ust. 11 OWU, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.

Składka

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki zależy od: wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

Świadczenie

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia, w wysokości odpowiadającej 1% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Stopień trwałego uszczerbku ustala komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela w oparciu o Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącą załącznik nr 1 do OWUD.
3. Łączna kwota świadczenia wypłaconego z tytułu jednego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego. W przypadku gdy procent ustalonego trwałego uszczerbku na zdrowiu przekracza 100%, wówczas ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego.
4. W razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez

ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
4. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, który wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego.
5. Ostateczna wysokość stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego jest ustalana po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego zostanie wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu.
6. W razie wypadku ubezpieczony jest zobowiązany:
   1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
   2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską;
   3) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
4) poddaniem się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie;
7) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
8) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
10) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, zatwierdzonych Uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 30 października 2022 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 OWU § 1 § 3 § 6 § 7 Zał. 1 do OWUD
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 3 - 5 § 7 ust. 4 - 5 § 8 § 14 ust. 13 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POWSTANIA ZNACZNEGO TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
   1) **dzień zajścia zdarzenia** – data wystąpienia wypadku skutkującego powstaniem znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego;
   2) **komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy), powołany przez ubezpieczyciela, wydający opinię w sprawie wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
   3) **okres ubezpieczenia wynikający z umowy dodatkowego ubezpieczenia** - okres, którego dzień początkowy i czas trwania wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu:
      a) wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia albo
      b) pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna zgodnie z częstotliwością opłacania, wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia,
      i kończący się z końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 4 - 7;
   4) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona;
   5) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, stanowiące załącznik do OWU;
   6) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   7) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku;
   8) **tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu** – tabela stanowiąca załącznik nr 1 do niniejszych OWUD;
   9) **znaczny trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję; o stopniu nie niższym niż 7%.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
   2) nie później niż 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, od którego umowa dodatkowego ubezpieczenia ma obowiązywać.

   Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę dodatkowego ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 5 - 7 i 10.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6 - 7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
8. Najpóźniej 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie lub obniżenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.

10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
    1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
    2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5;
    dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w pozostałym zakresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wystąpienia znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu wystąpienia znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
4. Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku oraz trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku dla aktywnych.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt 2) odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5. Pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje umowa dodatkowego ubezpieczenia, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w § 3 ust. 11 OWU, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.

Składka

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki zależy od: wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

Świadczenie

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia, w wysokości odpowiadającej 1% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia za każdy procent znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, o ile ustalony procent trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku jednego wypadku wynosi co najmniej 7%, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Stopień trwałego uszczerbku ustala komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela w oparciu o Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącą załącznik nr 1 do OWUD.
3. Łączna kwota świadczenia wypłaconego z tytułu jednego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego. W przypadku gdy procent ustalonego trwałego uszczerbku na zdrowiu przekracza 100% ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego.
4. W razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
5. W sytuacji określonej w ust. 4 świadczenie jest wypłacane w przypadku, gdy aktualnie orzeczony procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, pomniejszony o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem wynosi co najmniej 7%.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
4. Świadczenie z tytułu znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, który wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego.
5. Ostateczna wysokość stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego jest ustalana po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego zostanie wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu.
6. W razie wypadku ubezpieczony jest zobowiązany:
   1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
   2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską;
   3) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
4) poddaniem się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie;
7) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
8) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
10) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzone w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku dla aktywnych, zatwierdzonych Uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 30 października 2022 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 OWU § 1 § 3 § 6 § 7 Zał. 2 do OWUD
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 3 - 5 § 7 ust. 4 - 5 § 8 § 14 ust. 13 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POWSTANIA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU DLA AKTYWNYCH

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku dla aktywnych mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
   1) **dzień zajścia zdarzenia** – data wystąpienia wypadku skutkującego powstaniem trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego;
   2) **katalog sportów uprawianych wyczynowo** – katalog sportów uprawianych wyczynowo Warta stanowiący załącznik nr 1 do niniejszych OWUD;
   3) **komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy), powołany przez ubezpieczyciela, wydający opinię w sprawie wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
   4) **okres ubezpieczenia wynikający z umowy dodatkowego ubezpieczenia** – okres, którego dzień początkowy i czas trwania wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu:
      a) wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia albo
      b) pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna zgodnie z częstotliwością opłacania, wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia,

      i kończący się z końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 4 - 7;
   5) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona;
   6) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku dla aktywnych, stanowiące załącznik do OWU;
   7) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   8) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku dla aktywnych;
   9) **tabela trwałego uszczerbku na zdrowiu dla aktywnych** – tabela stanowiąca załącznik nr 2 do niniejszych OWUD;
   10) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, a także wypadku w związku z uprawianiem sportów wskazanych w katalogu sportów uprawianych wyczynowo, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję;
   11) **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych polegające na regularnym uczestniczeniu ubezpieczonego w treningach w ramach klubu, związku, organizacji, stowarzyszenia, sekcji, kół, szkółek, akademii piłkarskich, ognisk i zespołów sportowych oraz udziale w zawodach, meczach, turniejach sportowych, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych;
   12) **zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej za wynagrodzeniem lub w przypadku pobierania stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub za osiągane wyniki.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
   2) nie później niż 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, od którego umowa dodatkowego ubezpieczenia ma obowiązywać.

   Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę dodatkowego ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 5 - 7 i 10.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6 - 7 i 10.

6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
8. Najpóźniej 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo innym dokumencie ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie lub obniżenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
    1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
    2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5;

    dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w pozostałym zakresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku dla aktywnych.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku dla aktywnych.
4. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku dla aktywnych ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie:
    1) powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku;
    2) powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt 2) odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5. Pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje umowa dodatkowego ubezpieczenia, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w § 3 ust. 11 OWU, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.

Składka

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki zależy od: wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

Świadczenie

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia, ustalonego na podstawie Tabeli trwałego uszczerbku na zdrowiu dla aktywnych oraz sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia.

2. Z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku wypłacane jest świadczenie w wysokości ustalonego procentu sumy ubezpieczenia dodatkowego za dany rodzaj uszkodzenia ciała wymieniony w Tabeli trwałego uszczerbku na zdrowiu dla aktywnych, nie więcej jednak niż do wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego za jeden wypadek, z zastrzeżeniem ust. 4 - 5.
3. Łączna kwota świadczenia wypłaconego z tytułu jednego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego. W przypadku, gdy procent ustalonego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku na podstawie Tabeli trwałego uszczerbku na zdrowiu dla aktywnych przekracza 100%, wówczas ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego.
4. W razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony na podstawie Tabeli trwałego uszczerbku na zdrowiu dla aktywnych stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
5. Jeżeli przy kolejnym wypadku zostanie uszkodzony ten sam organ, narząd, układ, za które ubezpieczyciel wypłacił świadczenie, kolejne świadczenie wypłacane jest w wysokości 50% wartości procentu sumy ubezpieczenia dodatkowego za dany rodzaj uszkodzenia ciała wskazany w Tabeli trwałego uszczerbku na zdrowiu dla aktywnych. W przypadku każdego kolejnego wypadku w wyniku, którego zostanie uszkodzony ten sam organ, narząd, układ, za które ubezpieczyciel wypłacił świadczenie, świadczenie wypłacane jest w wysokości 25% wartości procentu sumy ubezpieczenia dodatkowego za dany rodzaj uszkodzenia ciała wskazany w Tabeli trwałego uszczerbku na zdrowiu dla aktywnych.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
4. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, który wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego.
5. Ostateczna wysokość stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego jest ustalana po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego zostanie wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu.
6. W razie wypadku ubezpieczony jest zobowiązany:
   1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
   2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską;
   3) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
4) poddaniem się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie;
7) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
8) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;

10) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
12) zawodowym uprawianiem sportu przez ubezpieczonego;
13) wyczynowym uprawianiem sportu przez ubezpieczonego, który nie jest wskazany w katalogu sportów uprawianych wyczynowo.

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzone w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Załącznik nr 1 do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku dla aktywnych (OWUD)
KATALOG SPORTÓW UPRAWIANYCH WYCZYNOWO WARTA

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące sporty uprawiane wyczynowo przez ubezpieczonego objęte ochroną ubezpieczeniową:

1) badminton
2) baseball
3) biathlon
4) biegi długodystansowe
5) bilard
6) curling
7) futbol amerykański
8) gimnastyka akrobatyczna
9) gimnastyka artystyczna
10) gimnastyka sportowa
11) golf
12) hokej
13) jeździectwo (z wyłączeniem wyścigów konnych)
14) kulturystyka
15) lekkoatletyka
16) łucznictwo
17) łyżwiarstwo figurowe i szybkie
18) narciarstwo alpejskie z wyłączeniem narciarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, skoków i narciarstwa akrobatycznego
19) narciarstwo biegowe
20) piłka nożna (w tym halowa)
21) piłka: ręczna, siatkowa, koszykowa
22) piłka wodna
23) pływanie
24) podnoszenie ciężarów
25) polo
26) rolkarstwo i wrotkarstwo
27) rugby
28) saneczkarstwo z wyłączeniem saneczkarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi
29) skateboarding
30) snowboarding z wyłączeniem snowboardingu poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi
31) squash
32) szermierka
33) taniec
34) tenis stołowy
35) tenis ziemny
36) triathlon
37) wakeboarding z wyłączeniem akrobacji
38) wieloboje lekkoatletyczne
39) wioślarstwo
40) żeglarstwo śródlądowe

§ 2

Niniejszy katalog sportów uprawianych wyczynowo Warta został zatwierdzony uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzony w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Załącznik nr 2 do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku dla aktywnych (OWUD)

TABELA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU DLA AKTYWNYCH

		Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia dodatkowego
	URAZOWE USZKODZENIA GŁOWY	
1.	**Uszkodzenia powłok czaszki zaopatrzone chirurgicznie (bez uszkodzeń kostnych):**	
a)	Rana skóry głowy – od 1 cm do 4 cm długości	1%
b)	Rana skóry głowy – powyżej 4 cm do 10 cm długości	2%
c)	Rany skóry głowy (co najmniej 3) – łącznie lub rana powyżej 10 cm długości	5%
d)	Rana skalpacyjna o rozmiarze do 2 cm2	1%
e)	Rana skalpacyjna o rozmiarze powyżej 2 do 5 cm2	3%
f)	Rana skalpacyjna o rozmiarze powyżej 5 cm2	10%
	UWAGA: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran powłok czaszki wymienionych w punktach a) - c) nie może przekroczyć 5%, maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran powłok czaszki wymienionych w pkt d) - f) nie może przekroczyć 10%	
2.	**Złamania kości sklepienia i podstawy czaszki**	
a)	Sklepienia (za każdą kość)	2%
b)	Podstawy (za każdą kość)	5%
c)	Ubytek w kościach czaszki (niezależnie od liczby i rozmiaru)	8%
	UWAGA: maksymalny uszczerbek z tytułu złamania kości czaszki wymienionych w punkcie b) nie może przekroczyć 10%	
3.	**Złamanie kości twarzoczaszki (oczodołu, szczęki, kości jarzmowej)**	
a)	Złamanie kości twarzoczaszki leczone wyłącznie zachowawczo (za każda kość)	1%
b)	Złamanie kości twarzoczaszki leczone operacyjnie (za każdą kość)	2%
4.	**Wstrząśnienie mózgu po urazie głowy**	
a)	z pobytem w szpitalu – do 3 dni pobytu w szpitalu	1%
b)	z pobytem w szpitalu – powyżej 3 dni pobytu w szpitalu	3%
c)	Krwiak pourazowy śródczaszkowy, potwierdzony w badaniu obrazowym mózgu (RM,TK) - leczony wyłącznie zachowawczo	7%
d)	Krwiak pourazowy śródczaszkowy - leczony operacyjnie	15%
5.	**Uszkodzenia powłok twarzy zaopatrzone chirurgicznie**	
a)	Rana twarzy – do 4 cm długości	2%
b)	Rana twarzy – powyżej 4 cm do 8 cm długości	5%
c)	Rany twarzy (co najmniej 3) – łącznie lub rana powyżej 8 cm długości	10%
	UWAGA: maksymalny uszczerbek z tytułu uszkodzenia powłok twarzy wymienionych w punktach a) - c) nie może przekroczyć 10%	
6.	**Uszkodzenie nosa (złamanie wymaga potwierdzenia w badaniach obrazowych)**	
a)	Złamanie kości nosa lub przegrody nosa bez przemieszczenia leczone wyłącznie zachowawczo	1%
b)	Złamanie kości nosa lub przegrody nosa z przemieszczeniem leczone operacyjnie	3%
c)	Utrata części nosa wymagająca operacji rekonstrukcyjnej	7%
d)	Utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	25%
7.	**Uszkodzenia zębów stałych (nie dotyczy implantów/protez)**	
a)	Utrata całkowita korony siekaczy lub kłów - za każdy ząb	1%
b)	Utrata całkowita korony pozostałych zębów - za każdy ząb	0,5%
c)	Utrata całkowita siekaczy, kłów (z korzeniem) - za każdy ząb	2%
d)	Utrata całkowita pozostałych zębów (z korzeniem) - za każdy ząb	1%
8.	**Utrata szczęki lub żuchwy**	
a)	Utrata częściowa szczęki lub żuchwy	15%
b)	Utarta całkowita szczęki lub żuchwy	40%
9.	**Złamanie żuchwy**	
a)	Złamanie żuchwy leczone wyłącznie zachowawczo	2%
b)	Złamanie żuchwy leczone operacyjnie	4%
10.	**Urazy języka**	
a)	Rana języka wymagająca szycia	1%
b)	Częściowa utrata języka	3%
c)	Całkowita utrata języka	50%

	USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU	
11.	**Uszkodzenia narządu wzroku na skutek urazów tępych, drążących, urazów chemicznych, termicznych, różnym rodzajem energii, pourazowego odwarstwienia siatkówki - wysokość uszczerbku zostanie ustalona nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od daty wypadku)**	
a)	bez zaburzeń ostrości wzroku	1%
b)	z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka do 0,6	5%
c)	z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka od 0,6	10%
d)	z częściowym obniżeniem ostrości wzroku obu oczu w zakresie do 0,6	15%
e)	z częściowym obniżeniem ostrości wzroku obojga oczu w zakresie od 0,6	25%
f)	uszkodzenie z całkowitą utratą widzenia jednego oka	35%
g)	uszkodzenia z całkowitą utratą widzenia obu oczu	100%
12.	**Ubytki pola widzenia: wysokość uszczerbku zostanie ustalona nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od daty wypadku**	
a)	dwuskroniowe	60%
b)	dwunosowe	30%
c)	jednoimienne	30%
d)	Inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	5%
e)	Inne ubytki pola widzenia (obuoczne)	15%
f)	Koncentryczne ubytki pola widzenia (jednooczne)	7%
g)	Koncentryczne ubytki pola widzenia (obuoczne)	20%
13.	**Uszkodzenie przewodów łzowych leczone operacyjnie:**	
a)	w jednym oku	5%
b)	w obu oczach	10%
14.	**Jaskra wtórna pourazowa wyłącznie po urazie oka lub głowy**	3%
15.	**Wytrzeszcz tętniący pourazowy**	30%
16.	**Bezsoczewkowość pourazowa**	
a)	w jednym oku	15%
b)	utrata soczewek obu oczu	30%
	UWAGA: Ostrość wzroku zawsze określana jest po korekcji szkłami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.	
	POURAZOWE USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU	
17.	**Uszkodzenia ucha środkowego, ucha wewnętrznego, błony bębenkowej- wysokość uszczerbku zostanie ustalona nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od daty wypadku**	
a)	z częściową utratą słuchu w jednym uchu	5%
b)	z częściową utratą słuchu w obu uszach	10%
c)	z całkowitą utratą słuchu w jednym uchu	15%
d)	z całkowitą utratą słuchu w obu uszach	30%
18.	**Uszkodzenia małżowiny usznej wymagające szycia**	
a)	rany małżowiny usznej (jedna lub więcej)	1%
b)	utrata części małżowiny leczona metodą rekonstrukcyjną	5%
c)	utrata jednej małżowiny w całości	10%
d)	utrata obu małżowin w całości	20%
	USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU	
19.	**Uszkodzenia skóry szyi zaopatrzone chirurgicznie**	
a)	Rana szyi - do 4 cm długości	1%
b)	Rana szyi - powyżej 4 cm długości do 8 cm długości	2%
c)	Rany szyi - łącznie lub rana powyżej 8 cm długości	3%
	UWAGA: maksymalny, uszczerbek z tytułu uszkodzeń skóry szyi wymienionych w punktach a)-c) nie może przekroczyć 3%	
20.	**Uszkodzenie gardła, krtani lub tchawicy**	
a)	leczone endoskopowo	3%
b)	leczone operacyjnie (zabiegi otwarte)	7%
c)	leczone operacyjnie z rekonstrukcją narządu, uszkodzenia wymagające stałego stosowania rurki tchawiczej	20%
d)	Ubytek podniebienia	10%
21.	**Uszkodzenie przełyku**	
a)	leczone endoskopowo	2%
b)	leczone operacyjnie (zabiegi otwarte)	7%
c)	leczone operacyjnie z rekonstrukcją narządu	20%

	USZKODZENIA W OBRĘBIE KLATKI PIERSIOWEJ	
22.	**Uszkodzenia klatki piersiowej i grzbietu zaopatrzone chirurgicznie**	
a)	Rana skóry klatki piersiowej - od 3 do 10 cm długości	1%
b)	Rana skóry klatki piersiowej - powyżej 10 cm długości	3%
c)	Uszkodzenie tkanek miękkich klatki piersiowej, grzbietu leczone operacyjnie	2%
23.	**Pourazowe uszkodzenia sutka lub brodawki**	
a)	Rana brodawki sutkowej lub gruczołu sutkowego (piersi) wymagająca szycia	2%
b)	Krwiak gruczołu sutkowego (piersi) wymagający nacięcia	2%
c)	Częściowa utrata gruczołu sutkowego (piersi)	8%
d)	Całkowita utrata gruczołu sutkowego (piersi)	15%
24.	**Złamania żeber potwierdzone w Rtg, TK lub MRI**	
a)	Złamanie jednego żebra	1%
b)	Złamanie od 2 do 4 żeber	3%
c)	Złamanie od 5 do 10 żeber	6%
d)	Złamanie powyżej 10 żeber	10%
25.	**Złamanie mostka potwierdzone w Rtg, TK lubMRI**	
a)	bez przemieszczenia	2%
b)	z przemieszczeniem	4%
26.	**Urazowe uszkodzenie płuc i opłucnej**	
a)	Stłuczenie płuc i opłucnej leczone zachowawczo	1%
b)	Krwiak opłucnej lub odma opłucnej leczone bez drenażu opłucnej	2%
c)	Krwiak opłucnej lub odma opłucnej leczone drenażem opłucnej	4%
d)	Krwiak opłucnej lub odma opłucnej leczone operacyjnie	8%
e)	Utrata części płuca	10%
f)	Utrata całego płuca	25%
27.	**Urazowe uszkodzenie serca lub osierdzia**	
a)	Uszkodzenie serca wymagające odbarczenia osierdzia poprzez nakłucie	5%
b)	Uszkodzenie serca leczone operacyjnie poprzez torakotomię	15%
	URAZOWE USZKODZENIA JAMY BRZUSZNEJ	
28.	**Uszkodzenie powłok jamy brzusznej, okolicy lędźwiowej zaopatrzone chirurgicznie**	
a)	Uszkodzenie powłok jamy brzusznej do 10 cm długości	1%
b)	Uszkodzenie powłok jamy brzusznej powyżej 10 cm długości - jedna lub więcej ran skóry	2%
c)	Rana powięzi lub rana mięśni leczona operacyjnie bez otwierania jamy otrzewnej	2%
d)	Rany powłok jamy brzusznej wymagające laparotomii (z otwarciem jamy otrzewnej) Uwaga: uszczerbek z pkt d) nie sumuje się z uszczerbkami z zakresu uszkodzenia jamy brzusznej wymienionymi w pkt a) - c)	7%
29.	**Uszkodzenia przepony, żołądka, jelit**	
a)	Uszkodzenie przepony leczone operacyjnie	10%
b)	Uszkodzenie żołądka leczone operacyjnie – zeszycie, drenaż, bez resekcji	8%
c)	Uszkodzenie żołądka leczone operacyjnie – z gastrostomią	10%
d)	Uszkodzenie żołądka leczone operacyjnie – z utratą części żołądka	10%
e)	Uszkodzenie jelita leczone operacyjnie – zeszycie, drenaż, bez resekcji	8%
f)	Uszkodzenie jelita leczone operacyjnie – z wyłonieniem stomii i resekcją części jelita	15%
30.	**Uszkodzenia odbytnicy, odbytu**	
a)	leczone operacyjnie bez otwarcia jamy otrzewnowej	2%
b)	leczone operacyjnie z otwarciem jamy otrzewnowej	5%
31.	**Uszkodzenia śledziony (potwierdzone badaniem obrazowym – USG, TK, RM)**	
a)	Uszkodzenie (krwiak, pęknięcie narządu) - leczone wyłącznie zachowawczo	2%
b)	Uszkodzenie leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5%
c)	Utrata śledziony	15%
32.	**Uszkodzenie wątroby, trzustki, pęcherzyka żółciowego (potwierdzone badaniem obrazowym – USG, TK, RM)**	
a)	Uszkodzenie (krwiak, pęknięcie narządu) - leczone wyłącznie zachowawczo	2%
b)	Uszkodzenie leczone operacyjnie z zachowaniem całości narządu	5%
c)	Utrata pęcherzyka żółciowego, fragmentu wątroby lub fragmentu trzustki	10%
d)	Utrata całkowita wątroby lub trzustki	100%
33.	**Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek (potwierdzone badaniem obrazowym – USG, TK, RM)**	
a)	Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek (krwiak, pęknięcie narządu) leczone wyłącznie zachowawczo	2%
b)	Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek - leczone operacyjnie z zachowaniem całości narządu	5%

c)	Utrata częściowa jednej nerki	15%
d)	Utrata całkowita jednej nerki	30%
e)	Utrata całkowita obu nerek	100%
34.	**Uszkodzenia pęcherza moczowego i moczowodu**	
a)	Uszkodzenia pęcherza - leczone wyłącznie zachowawczo albo endoskopowo	2%
b)	Uszkodzenia pęcherza - leczone operacyjnie	10%
c)	Całkowita utrata pęcherza moczowego	50%
d)	Uszkodzenia moczowodu - leczone operacyjnie	5%
35.	**Uszkodzenia cewki moczowej:**	
a)	Uszkodzenia cewki moczowej - leczone wyłącznie zachowawczo	2%
b)	Uszkodzenia cewki moczowej - leczone operacyjnie, rekonstrukcyjnie	5%
c)	Częściowa utrata prącia	7%
d)	Całkowita utrata prącia	40%
36.	**Uszkodzenie lub utrata jądra, jajnika lub macicy**	
a)	Uszkodzenie jądra, jajnika - leczone wyłącznie zachowawczo	3%
b)	Uszkodzenia jądra, jajnika - leczone operacyjne	5%
c)	Utrata jednego jądra lub jajnika	20%
d)	Utrata całkowita macicy	30%
37.	**Urazowe uszkodzenie worka mosznowego, krocza, sromu lub pochwy**	
a)	Rana worka mosznowego, prącia, krocza, sromu, pochwy wymagające szycia	2%
b)	Uszkodzenie worka mosznowego, krocza, sromu, pochwy - leczone operacyjnie Głębokie uszkodzenia worka mosznowego, prącia, krocza, sromu, pochwy obejmujące też mięśnie, powięź, leczone operacyjnie	5%
	URAZOWE USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA	
38.	**Uszkodzenia kręgosłupa szyjnego w odcinku C1-C7 (potwierdzone w RTG,TK, MRI)**	
a)	Skręcenie leczone unieruchomieniem	1%
b)	Złamanie trzonów lub łuków kręgów - leczone wyłącznie zachowawczo (za każdy krąg)	4%
c)	Złamanie trzonów lub łuków kręgów - leczone operacyjnie (za każdy krąg)	7%
d)	Złamania wyrostków kolczystych stawowych lub poprzecznych (za każdy krąg)	1%
	UWAGA: maksymalny, uszczerbek z tytułu uszkodzeń kręgosłupa szyjnego wymienionych w punktach a) - d) nie może przekroczyć 25%	
39.	**Uszkodzenia kręgosłupa piersiowego w odcinku Th1-Th10 (potwierdzone w RTG,TK, MRI)**	
a)	Złamanie trzonów lub łuków kręgów - leczone wyłącznie zachowawczo (za każdy krąg)	4%
b)	Złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone operacyjnie (za każdy krąg)	7%
c)	Złamania wyrostków kolczystych stawowych lub poprzecznych (za każdy krąg)	1%
	UWAGA: maksymalny, uszczerbek z tytułu uszkodzeń kręgosłupa piersiowego wymienionych w punktach a) - d) nie może przekroczyć 20%	
40.	**Uszkodzenie kręgosłupa piersiowo - lędźwiowego w odcinku Th 12-L5**	
a)	Skręcenia z unieruchomieniem	1%
b)	Złamanie trzonów lub łuków kręgów - leczone wyłącznie zachowawczo (za każdy krąg)	4%
c)	Złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone operacyjnie za każdy krąg	7%
d)	Złamania wyrostków kolczystych stawowych lub poprzecznych (za każdy krąg)	1%
	UWAGA: maksymalny, uszczerbek z tytułu uszkodzeń kręgosłupa piersiowo - lędźwiowego wymienionych w punktach a) - d) nie może przekroczyć 25%	
41.	**Urazy rdzenia kręgowego**	
a)	Wstrząśnienie rdzenia z pobytem w szpitalu – powyżej 1 dnia pobytu w szpitalu	2%
b)	Krwiak potwierdzony w badaniu obrazowym mózgu (TK – tomografii komputerowej lub NMR –rezonansu magnetycznego), leczony wyłącznie zachowawczo	8%
c)	Krwiak rdzenia kręgowego - leczony operacyjnie	15%
	URAZOWE USZKODZENIA MIEDNICY	
42.	**Uszkodzenia miednicy i stawu biodrowego**	
a)	Rana skóry pośladków wymagająca szycia – od 1 cm do 4 cm długości	1%
b)	Rana skóry pośladków wymagająca szycia – powyżej 4 cm do 10 cm długości	2%
c)	Rany skóry pośladków wymagająca szycia – łącznie lub rana powyżej 10 cm długości	5%
d)	Uszkodzenie spojenia łonowego	6%
e)	Zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego	5%
f)	Złamanie w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa lub kulszowa)	4%
g)	Złamanie w odcinku przednim obustronne (kość łonowa lub kulszowa)	8%
h)	Złamania miednicy w odcinku przednim i tylnym leczone wyłącznie zachowawczo	15%
i)	Wielomiejscowe złamania miednicy w odcinku przednim i tylnym leczone operacyjnie	20%
j)	Złamanie kości krzyżowej	3%

k)	Złamanie kości ogonowej	2%
l)	Złamanie talerza biodrowego, kolców biodrowych, guza kulszowego	2%
ł)	Izolowane złamanie w obrębie talerza kości biodrowej	2%
	UWAGA: sumaryczny uszczerbek z tytułu ran skóry pośladków wymienionych w punktach a) - c) nie może przekroczyć 5%	
	USZKODZENIA KOŃCZYN GÓRNYCH	
43.	**Rany skóry kończyn górnych**	
a)	Rana skóry wymagająca szycia do 4 cm długości	1%
b)	Rany skóry wymagające szycia 4-10 cm długości	2%
c)	Liczne rany skóry wymagające szycia - łącznie lub rana powyżej 10 cm długości	3%
	UWAGA: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran skóry kończyn górnych wskazanych w punktach a)- c) nie może przekroczyć 3%	
44.	**Uszkodzenie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo - mostkowego:**	
a)	Skręcenie w stawie obojczykowo-barkowym lub obojczykowo - mostkowym z unieruchomieniem	1%
b)	Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego	3%
c)	Rekonstrukcja więzadeł	5%
45.	**Złamania obojczyka**	
a)	Złamanie leczone wyłącznie zachowawczo	3%
b)	Złamania leczone operacyjnie	5%
46.	**Uszkodzenia stawu ramienno - łopatkowego (z wyłączenie zwichnięć nawykowych)**	
a)	Skręcenie z unieruchomieniem	2%
b)	Uszkodzenie stożka rotatorów potwierdzone w badaniach obrazowych	5%
c)	Uszkodzenie stożka rotatorów leczone operacyjnie	10%
d)	Zwichnięcie pierwszorazowe barku wymagające repozycji przez lekarza	5%
e)	Złamanie guzka większego bliższego końca kości ramiennej	3%
f)	Złamanie głowy nasady bliższej końca kości ramiennej leczone wyłącznie zachowawczo	5%
g)	Złamanie bliższego końca kości ramiennej leczone operacyjnie	10%
h)	Złamanie leczone wszczepieniem sztucznego stawu	15%
47.	**Utrata kończyny górnej**	
a)	Utrata kończyny górnej w stawie ramienno - łopatkowym	70%
b)	Utrata kończyny górnej z łopatką	75%
48.	**Rany okolicy łopatki i barku**	
a)	Rana skóry wymagająca szycia do 4cm	1%
b)	Rany skóry wymagające szycia 4 - 10 cm	2%
c)	Rany skóry wymagające szycia powyżej 10 cm	4%
	UWAGA: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran skóry łopatki i barku wskazanych w pkt a) - c) nie może przekroczyć 4%	
49.	**Uszkodzenia ramienia**	
a)	Złamanie trzonu kości ramiennej leczone wyłącznie zachowawczo	5%
b)	Złamanie trzonu kości ramiennej leczone operacyjnie	8%
c)	Uszkodzenia mięśni ramienia leczone wyłącznie zachowawczo	3%
d)	Uszkodzenia mięśni ramienia leczone operacyjnie	5%
e)	Utrata kończyny na poziomie ramienia	65%
50.	**Uszkodzenia stawu łokciowego**	
a)	Zwichnięcia wymagające repozycji	4%
b)	Złamania dalszego końca kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej leczone wyłącznie zachowawczo	5%
c)	Złamania dalszego końca kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej leczone operacyjnie	10%
d)	Złamanie wyrostka dziobiastego kości łokciowej	1%
e)	Złamania głowy kości promieniowej wymagające wszczepienia protezy	20%
f)	Utrata kończyny na poziomie stawu łokciowego	65%
51.	**Uszkodzenia przedramienia**	
a)	Złamania trzonów kości przedramienia leczone wyłącznie zachowawczo (za każdą)	3%
b)	Złamania trzonów kości przedramienia leczone operacyjnie (za każdą)	6%
c)	Złamanie dalszych nasad kości przedramienia leczone wyłącznie zachowawczo (za każdą)	3%
d)	Złamanie dalszych nasad kości przedramieniowej leczone operacyjnie	7%
e)	Uszkodzenie ścięgien leczone operacyjnie	2%
f)	Uszkodzenie mięśni leczone operacyjnie	2%
g)	Utrata kończyny na poziomie przedramienia	60%

52.	**Uszkodzenia nadgarstka**	
a)	Uszkodzenie więzadeł, chrząstki trójkątnej leczone operacyjnie	5%
b)	Złamanie kości nadgarstka leczone wyłącznie zachowawczo	3%
c)	Złamania kości nadgarstka leczone operacyjnie	5%
d)	Utrata kończyny na poziomie nadgarstka	60%
53.	**Uszkodzenia śródręcza**	
a)	Rany z uszkodzeniem ścięgien, mięśni leczone operacyjnie	2%
b)	Złamanie kości śródręcza leczone wyłącznie zachowawczo (za każdą kość)	2%
c)	Złamanie kości śródręcza leczone operacyjnie (za każdą kość)	4%
	UWAGA: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu uszkodzeń śródręcza wskazanych w punktach a) - c) nie może przekroczyć 6%	
54.	**Uszkodzenie kciuka**	
a)	Rany z uszkodzeniem ścięgien, mięśni leczone operacyjnie	3%
b)	Złamanie paliczków kciuka (za każdy) leczone wyłącznie zachowawczo	2%
c)	Złamanie paliczków kciuka leczone operacyjnie	4%
d)	Uszkodzenia więzadłowe kciuka leczone operacyjnie	3%
	UWAGA: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu uszkodzeń kciuka wskazanych w punktach a) - d) nie może przekroczyć 7%	
55.	**Utraty w zakresie kciuka**	
a)	Utrata opuszki z częścią paliczka dalszego (paznokciowego)	3%
b)	Utrata paliczka dalszego	6%
c)	Utarta paliczka dalszego z częścią bliższego	10%
d)	Utrata obu paliczków	12%
e)	Utrata paliczków kciuka z kością śródręcza	15%
56.	**Uszkodzenia palca wskazującego**	
a)	Rany z uszkodzeniem ścięgien, mięśni leczone operacyjnie	2%
b)	Złamanie paliczków wskaziciela (za każdy) leczone wyłącznie zachowawczo	1%
c)	Złamanie paliczków wskaziciela leczone operacyjnie (za każdy)	3%
	UWAGA: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu uszkodzeń palca wskazującego wskazanych w punktach a) - c) nie może przekroczyć 6%	
57.	**Utraty w zakresie palca wskazującego**	
a)	Utrata opuszki z częścią paliczka dalszego (paznokciowego)	2%
b)	Utrata paliczka dalszego	4%
c)	Utarta paliczka dalszego i środkowego	8%
d)	Utrata trzech paliczków	10%
e)	Utrata paliczków wskaziciela z II kością śródręcza	14%
58.	**Uszkodzenia palców III-V**	
a)	Rany z uszkodzeniem ścięgien, mięśni leczone operacyjnie	1,5%
b)	Skręcenie, zwichnięcie stawów palca z unieruchomieniem	0,5%
c)	Złamanie paliczków (za każdy) leczone wyłącznie zachowawczo	0,5%
d)	Złamanie paliczków palca leczone operacyjnie	2%
	UWAGA: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu uszkodzenia palców III - V wskazanych w punktach a) - d) nie może przekroczyć 5%	
59.	**Utrata w zakresie palców III-V**	
a)	Utrata opuszki z częścią paliczka dalszego (paznokciowego)	1%
b)	Utrata paliczka dalszego	3%
c)	Utarta paliczka dalszego i środkowego	6%
d)	Utrata trzech paliczków	8%
e)	Utrata paliczków z kością śródręcza	9%
	UWAGA: Łączna wartość procentowa uszczerbku na zdrowiu przyznanego z tytułu uszkodzenia kończyny górnej nie może przekroczyć wartości procentowej uszczerbku na zdrowiu przyznanego za utratę na tym poziomie. Wartość procentowa uszczerbku na zdrowiu przyznanego za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości procentowej uszczerbku na zdrowiu przewidzianego za całkowitą utratę tego palca.	
	USZKODZENIA KOŃCZYN DOLNYCH	
60.	**Uszkodzenia stawu biodrowego**	
a)	Pierwszorazowe zwichnięcie stawu biodrowego (z wyłączeniem zwichnięcia protezy)	10%
b)	Złamanie wyłącznie w zakresie krętarza	5%
c)	Złamanie w zakresie bliższej nasady lub szyjki kości udowej, urazowe złuszczenie głowy kości udowej leczone tylko zachowawczo	8%
d)	Złamanie w zakresie bliższej nasady lub szyjki kości udowej leczone operacyjnie	15%
e)	Złamania panewki stawu biodrowego leczone wyłącznie zachowawczo	10%
f)	Złamania panewki stawu biodrowego leczone operacyjnie	15%

g)	Złamania panewki stawu biodrowego leczone operacyjnie włącznie z protezoplastyką stawu biodrowego	25%
h)	Utrata kończyny dolnej przez wyłuszczenie w stawie biodrowym	75%
	UWAGA: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu uszkodzenia stawu biodrowego w pkt c) nie może przekroczyć 8% oraz w pkt d) nie może przekroczyć 15%	
61.	**Uszkodzenia uda**	
a)	Złamanie trzonu kości udowej leczone wyłącznie zachowawczo	8%
b)	Złamanie trzonu kości udowej leczone operacyjnie	15%
c)	Uszkodzenia tkanek miękkich leczone operacyjnie	3%
d)	Utrata kończyny na poziomie uda	60%
62.	**Złamania kości tworzących staw kolanowy**	
a)	Złamania dalszej nasady kości udowej, bliższej nasady kości piszczelowej leczone wyłącznie zachowawczo	5%
b)	Złamanie dalszej nasady kości udowej, bliższej nasady kości piszczelowej leczone operacyjnie	10%
c)	Złamania bliższego końca kości strzałkowej	3%
63.	**Uszkodzenia rzepki**	
a)	Jednomiejscowe leczone wyłącznie zachowawczo	4%
b)	Wieloodłamowe leczone wyłącznie zachowawczo	5%
c)	Wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów leczone operacyjnie	7%
d)	Złamania skutkujące usunięciem rzepki	7%
e)	Zwichnięcie rzepki pierwszorazowe (wykluczone zwichnięcia nawykowe)	3%
64.	**Uszkodzenia aparatu więzadłowego (potwierdzenie w MRI, USG)**	
a)	Skręcenie stawu kolanowego leczone unieruchomieniem	2%
b)	Skręcenie z uszkodzeniem jednego więzadła leczone wyłącznie zachowawczo	3%
c)	Skręcenie z uszkodzeniem jednego więzadła leczone operacyjnie	5%
d)	Skręcenie z uszkodzeniem dwóch więzadeł leczone wyłącznie zachowawczo	6%
e)	Uszkodzenie dwóch więzadeł leczone operacyjnie	8%
f)	Uszkodzenie trzech lub więcej więzadeł leczone wyłącznie zachowawczo	10%
g)	Uszkodzenie trzech lub więcej więzadeł leczone operacyjnie	15%
65.	**Uszkodzenia łąkotek i chrząstki (potwierdzenie w MRI, USG)**	
a)	Uszkodzenie jednej łąkotki leczone wyłącznie zachowawczo	3%
b)	Uszkodzenie jednej łąkotki leczone operacyjnie	4%
c)	Uszkodzenie dwóch łąkotek leczone wyłącznie zachowawczo	6%
d)	Uszkodzenie dwóch łąkotek leczone operacyjnie	8%
e)	Skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem chrząstki stawowej	3%
66.	**Utrata kończyny na poziomie kolana**	**50%**
67.	**Złamanie kości podudzia (trzonów)**	
a)	Złamanie kości strzałkowej leczone wyłącznie zachowawczo	1%
b)	Złamanie trzonu kości strzałkowej leczone operacyjnie	4%
c)	Złamanie kości piszczelowej leczone wyłącznie zachowawczo	4%
d)	Złamanie kości piszczelowej leczone operacyjnie	4%
68.	**Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa (potwierdzenie w MRI, USG)**	
a)	Uszkodzenia mięśni łydki, ścięgna Achillesa leczone wyłącznie zachowawczo	3%
b)	Uszkodzenia mięśni podudzia leczone operacyjnie	3%
c)	Uszkodzenie całkowite ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	6%
69.	**Utrata kończyny w obrębie podudzia**	**45%**
70.	**Uszkodzenia stawu skokowo-goleniowego**	
a)	Skręcenia leczone unieruchomieniem	2%
b)	Skręcenie z uszkodzeniem więzadeł (potwierdzenie w MRI, USG)	3%
c)	Złamanie kostki bocznej leczone wyłącznie zachowawczo	3%
d)	Złamanie kostki bocznej leczone operacyjnie	4%
e)	Złamanie kostki przyśrodkowej leczone wyłącznie zachowawczo	3%
f)	Złamanie kostki przyśrodkowej leczone operacyjnie	5%
g)	Złamanie trójkostkowe	12%
71.	**Utrata stopy w całości**	**45%**
72.	**Złamanie kości skokowej i piętowej**	
a)	Złamanie leczone wyłącznie zachowawczo	3%
b)	Złamanie kości skokowej leczone operacyjnie	5%
c)	Złamanie kości piętowej leczone wyłącznie zachowawczo	8%
d)	Złamanie kości piętowej leczone operacyjnie	10%

73.	**Uszkodzenia stępu (kość łódkowata, kość sześcienna, kości klinowate)**	
a)	Złamania leczone wyłącznie zachowawczo (za każdą kość)	3%
b)	Złamania leczone operacyjnie (za każdą kość)	5%
74.	**Złamanie kości śródstopia – łączny uszczerbek nie może przekroczyć 15%):**	
a)	Złamania leczone wyłącznie zachowawczo (za każdą kość)	2%
b)	Złamanie kości śródstopia leczone operacyjnie (za każdą kość)	3%
c)	Utrata stopy w stawie Choparta	40%
d)	Utrata stopy w stawie Lisfranca	35%
75.	**Uszkodzenia palucha**	
a)	Złamanie, zwichnięcie palucha	2%
b)	Złamanie palucha leczone operacyjnie	3%
c)	Utrata części paliczka dalszego (paznokciowego) palucha	2%
d)	Utrata całego paliczka dalszego palucha	5%
e)	Utrata całego palucha	10%
f)	Utrata palucha z kością śródstopia	12%
76.	**Uszkodzenia palców stóp**	
a)	Zwichnięcia palca	0,5%
b)	Złamanie palca (więcej niż 1 paliczek)	1%
c)	Utrata paliczka palca - niezależnie od liczby paliczków, (za każdy palec)	1,5%
d)	Utrata całego palca II, III, IV	3%
e)	Utrata całego palca V	2%
f)	Utrata palca z kością śródstopia (za każdy palec)	7%
	UWAGA: Łączna wartość procentowa Uszczerbku na zdrowiu przyznanego z tytułu uszkodzenia kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości procentowej uszczerbku na zdrowiu przyznanego za utratę na tym poziomie. Wartość procentowa uszczerbku na zdrowiu przyznanego za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości procentowej uszczerbku na zdrowiu przewidzianego za całkowitą utratę tego palca.	
	PORAŻENIA I NIEDOWŁADY - wysokość uszczerbku zostanie ustalona nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od daty wypadku	
77.	**Uszkodzenia rdzenia kręgowego**	
a)	Pourazowe porażenie całkowite czterech kończyn (0-1° W SKALI LOVETTA)	100%
b)	Pourazowy niedowład czterech kończyn (2-3° W SKALI LOVETTA)	90%
c)	Pourazowe porażenie połowicze lub dwóch kończyn dolnych (0-1° W SKALI LOVETTA)	80%
d)	Pourazowy niedowład połowiczy lub dwóch kończyn dolnych (2-3° W SKALI LOVETTA)	50%
e)	Pourazowe porażenie jednej kończyny górnej (0-1° W SKALI LOVETTA)	40%
f)	Pourazowy niedowład jednej kończyny górnej (2-3° W SKALI LOVETTA)	30%
g)	Pourazowe porażenie jednej kończyny dolnej (0-1° W SKALI LOVETTA)	40%
h)	Pourazowy niedowład jednej kończyny dolnej (2-3° W SKALI LOVETTA)	30%
78.	**Zaburzenia mowy**	
a)	Całkowita utrata mowy (afazja całkowita)	60%
b)	Afazja częściowa	10%
79.	**Porażenia lub niedowłady nerwu twarzowego**	
a)	Pourazowe porażenie całkowite nerwu twarzowego z niedomykaniem powieki	15%
b)	Pourazowy niedowład nerwu twarzowego	5%
80.	**Uszkodzenia nerwów ruchowych gałki ocznej**	
a)	Porażenie całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (za każdy)	15%
b)	Pourazowy niedowład nerwów ruchowych gałki ocznej (za każdy)	5%
	UWAGA: maksymalny, uszczerbek z tytułu uszkodzenia nerwów ruchowych gałki ocznej wymienionych w pkt a)-b) nie może przekroczyć 45%	
81.	**Uszkodzenia nerwu językowo-gardłowego**	
a)	Pourazowe porażenie całkowite nerwu językowo-gardłowego	10%
b)	Pourazowy niedowład nerwu językowo-gardłowego	3%
82.	**Uszkodzenia nerwu błędnego**	
a)	Pourazowe porażenie całkowite nerwu błędnego	10%
b)	Pourazowy niedowład nerwu błędnego	3%
83.	**Uszkodzenia nerwu dodatkowego**	
a)	Pourazowe porażenie całkowite nerwu dodatkowego	15%
b)	Pourazowy niedowład nerwu dodatkowego	5%
	UWAGA: maksymalny, uszczerbek z tytułu uszkodzenia nerwów czaszkowych wymienionych w pkt 81 -83 nie może przekroczyć za porażenie 30%, za niedowład 9%	
84.	**Uszkodzenie nerwu podjęzykowego**	
a)	Pourazowe porażenie całkowite nerwu podjęzykowego	20%
b)	Pourazowy niedowład nerwu podjęzykowego	5%

85.	**Uszkodzenie nerwu przeponowego**	
a)	Pourazowe porażenie całkowite nerwu przeponowego	15%
b)	Pourazowy niedowład nerwu przeponowego	5%
86.	**Uszkodzenie nerwu piersiowego długiego**	
a)	Pourazowe porażenie całkowite nerwu piersiowego długiego	12%
b)	Pourazowy niedowład nerwu piersiowego długiego	5%
87.	**Uszkodzenie nerwu pachowego**	
a)	Pourazowe porażenie całkowite nerwu pachowego	15%
b)	Pourazowy niedowład nerwu pachowego	5%
88.	**Uszkodzenie nerwu mięśniowo-skórnego**	
a)	Pourazowe porażenie całkowite nerwu mięśniowo-skórnego	8%
b)	Pourazowy niedowład nerwu mięśniowo-skórnego	2%
89.	**Uszkodzenie nerwu promieniowego**	
a)	Pourazowe porażenie całkowite nerwu promieniowego	20%
b)	Pourazowy niedowład nerwu promieniowego	5%
90.	**Uszkodzenie nerwu pośrodkowego**	
a)	Pourazowe porażenie całkowite nerwu pośrodkowego	20%
b)	Pourazowy niedowład nerwu pośrodkowego	5%
91.	**Uszkodzenie nerwu łokciowego**	
a)	Pourazowe porażenie całkowite nerwu łokciowego	15%
b)	Pourazowy niedowład nerwu łokciowego	5%
92.	**Uszkodzenie części górnej (nadobojczykowej) splotu barkowego**	
a)	Pourazowe porażenie całkowite części górnej splotu barkowego	25%
b)	Pourazowy niedowład części górnej splotu barkowego	5%
93.	**Uszkodzenia części dolnej (podobojczykowej) splotu barkowego**	
a)	Pourazowe porażenie całkowite części dolnej splotu barkowego	30%
b)	Pourazowy niedowład części dolnej splotu barkowego	10%
94.	**Uszkodzenia pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego**	
a)	Pourazowe porażenie całkowite pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	15%
b)	Pourazowy niedowład pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	3%
95.	**Uszkodzenie nerwu zasłonowego**	
a)	Pourazowe porażenie całkowite nerwu zasłonowego	20%
b)	Pourazowy niedowład nerwu zasłonowego	5%
96.	**Uszkodzenia nerwu udowego**	
a)	Pourazowe porażenie całkowite nerwu udowego	30%
b)	Pourazowy niedowład nerwu udowego	10%
97.	**Uszkodzenie nerwów pośladkowych**	
a)	Pourazowe porażenie całkowite nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	20%
b)	Pourazowy niedowład nerwów pośladkowych	5%
98.	**Uszkodzenie nerwu sromowego wspólnego**	
a)	Pourazowe porażenie całkowite nerwu sromowego wspólnego	20%
b)	Pourazowy niedowład nerwu sromowego wspólnego	5%
99.	**Uszkodzenie nerwu kulszowego**	
a)	Pourazowe porażenie całkowite nerwu kulszowego	50%
b)	Pourazowy niedowład nerwu kulszowego	10%
100.	**Uszkodzenie nerwu piszczelowego**	
a)	Pourazowe porażenie całkowite nerwu piszczelowego	30%
b)	Pourazowy niedowład nerwu piszczelowego	5%
101.	**Uszkodzenie nerwu strzałkowego**	
a)	Pourazowe porażenie całkowite nerwu strzałkowego	20%
b)	Pourazowy niedowład nerwu strzałkowego	5%
102.	**Uszkodzenie splotu lędźwiowo-krzyżowego**	
a)	Pourazowe porażenie całkowite splotu lędźwiowo-krzyżowego	60%
b)	Pourazowy niedowład splotu lędźwiowo-krzyżowego	20%
103.	**Uszkodzenie nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego**	
a)	Pourazowe porażenie całkowite pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	10%
b)	Pourazowy niedowład pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	2%
104.	**NAGŁE ZATRUCIA GAZAMI, NASTĘPSTWA DZIAŁANIA CZYNNIKÓW CHEMICZNYCH, FIZYCZNYCH LUB BIOLOGICZNYCH (PORAŻENIA PRĄDEM, PORAŻENIA PIORUNEM, NASTĘPSTWA UKĄSZEŃ) LECZONE SZPITALNIE:**	
a)	z hospitalizacją co najmniej 2 dni	1%
b)	z hospitalizacja powyżej 2 - do 5 dni	2%

c)	z hospitalizacją powyżej 5 dni	5%
	OPARZENIA I ODMROŻENIA	
105.	**Oparzenia skóry ciała**	
a)	Oparzenia I stopnia ponad 60% powierzchni ciała	5%
b)	Oparzenia dróg oddechowych leczone z hospitalizacją co najmniej 2 dni	5%
c)	Oparzenia twarzy od II stopnia oparzenia – za każdy 1 % TBSA	2%
d)	Oparzenia szyi od II stopnia oparzenia – za każdy 1 % TBSA	1%
e)	Oparzenia dłoni od II stopnia oparzenia – tylko jeden palec	1%
f)	Oparzenia dłoni od II stopnia oparzenia – tylko dwa palce	2%
g)	Oparzenia dłoni od II stopnia oparzenia – trzech lub więcej palców	3%
h)	Oparzenia dłoni (poza palcami), od II stopnia oparzenia – za każdy 1 % TBSA	1%
i)	Oparzenia krocza – niezależnie od wielkości oparzeń	3%
j)	Inne oparzenia od II stopnia oparzenia (poza twarzą, dłonią i kroczem) – za każdy 3% TBSA	1%
	UWAGA: Łączna wartość procentowa uszczerbku na zdrowiu przyznanego z tytułu oparzenia palców jednej ręki 3%. Łączna wartość procentowa uszczerbku na zdrowiu przyznanego z tytułu oparzenia palców jednej nogi nie może przekroczyć 3%.	
106.	**Odmrożenia II i III stopnia**	
a)	Odmrożenia licznych palców dłoni lub stopy (niezależnie od liczby odmrożonych licznych palców)	4%
b)	Odmrożenia nosa lub ucha/uszu	2%

Niniejsza tabela trwałego uszczerbku na zdrowiu dla aktywnych została zatwierdzona uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A i wprowadzona w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia Pomoc medyczna, zatwierdzonych Uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 30 października 2022 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 § 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 § 7 ust. 5 - 10 § 8 § 14 ust. 13 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POMOC MEDYCZNA

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia Pomoc medyczna mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
   1) **badania medyczne** – procedury medyczne w zakresie badań: laboratoryjnych, radiologicznych, ultrasonograficznych, rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, przeprowadzone na podstawie pisemnego skierowania lekarza prowadzącego leczenie;
   2) **centrum operacyjne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi/partnerowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego, numer telefonu do centrum operacyjnego znajduje się w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia;
   3) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona oraz choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy dodatkowej oraz jej komplikacje;
   4) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
   5) **członek najbliższej rodziny** – biologiczni rodzice ubezpieczonego, biologiczne rodzeństwo ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego;
   6) **dziecko ubezpieczonego** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo), które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18 roku życia;
   7) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w następstwie nagłego zachorowania lub wypadku, trwający nieprzerwanie nie krócej niż 24 godziny, związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie;
   8) **katalog sportów uprawianych wyczynowo** – katalog sportów uprawianych wyczynowo Warta, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszych OWUD;
   9) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego na skutek zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
   10) **lekarz uprawniony** – lekarz konsultant centrum operacyjnego;
   11) **małżonek ubezpieczonego** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim;
   12) **miejsce zamieszkania** – miejsce stałego pobytu ubezpieczonego, osoby uprawnionej na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu; za miejsce zamieszkania uważa się miejsce pobytu;
   13) **nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej;
   14) **okres ubezpieczenia wynikający z umowy dodatkowego ubezpieczenia** - okres, którego dzień początkowy i czas trwania wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu:
      a) wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia albo
      b) pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna zgodnie z częstotliwością opłacania, wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia,

      i kończący się z końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 5 – 9;
   15) **opiekun dziecka ubezpieczonego** – ubezpieczony, drugi rodzic dziecka ubezpieczonego lub inna osoba wyznaczona przez ubezpieczonego do pobytu wraz z dzieckiem ubezpieczonego w szpitalu lub hotelu przyszpitalnym, w ramach świadczenia, o którym mowa w pkt 14) Tabeli nr 1-3;
   16) **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki;
   17) **osoba uprawniona do świadczenia** - osoba fizyczna, wskazana w Tabelach od 1 do 4 w kolumnie „Osoba uprawniona do świadczenia", która w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie dodatkowego ubezpieczenia jest uprawniona do otrzymania określonych świadczeń medycznych;
   18) **osoba uprawniona do opieki** – wyznaczona przez ubezpieczonego do opieki osoba zamieszkała na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej; wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad dziećmi ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi;
   19) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona;
   20) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia Pomoc medyczna, stanowiące załącznik do OWU;
   21) **partner ubezpieczonego** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia pozostawała z ubezpieczonym w związku nieformalnym, prowadziła z nim wspólne gospodarstwo domowe, nie jest z nim spokrewniona;
   22) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub inny podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą (za wyjątkiem sanatorium i lecznictwa uzdrowiskowego), działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej

na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej;

23) **punkt naprawczy** – punkt obsługi i naprawy rowerów z siedzibą na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej;
24) **rower** – pojazd jednośladowy przeznaczony do poruszania się po drodze, napędzany siłą mięśni poruszającej się nim osoby za pomocą przekładni mechanicznej;
25) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie, do którego zalicza się: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne, w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (m.in. sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy;
26) **szpital** – działający na terenie Rzeczpospolitej Polskiej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy podmiot leczniczy, wykonujący działalność leczniczą (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; za szpital w rozumieniu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), sanatorium, uzdrowiska, domu opieki, ani innej placówki, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
27) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł z ubezpieczycielem umowę dotyczącą realizacji świadczeń określonych w umowie dodatkowego ubezpieczenia;
28) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia Pomoc medyczna;
29) **użytkowanie roweru** – jazdę lub siedzenie ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego na rowerze, prowadzenie roweru oraz wsiadanie i zsiadanie z roweru;
30) **wariant** - wybrany przez ubezpieczonego w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia Pomoc medyczna obejmujący swoim zakresem świadczenia wskazane w wariancie:
    a) Pomoc medyczna – Rodzina w Tabeli nr 1,
    b) Pomoc medyczna – Zdrowie w Tabeli nr 2,
    c) Pomoc medyczna – Aktywni w Tabeli nr 3,
    d) Pomoc medyczna – 55 Plus w Tabeli nr 4;
31) **wyczynowe uprawianie sportu** - uprawianie dyscyplin sportowych polegające na regularnym uczestniczeniu ubezpieczonego w treningach w ramach klubu, związku, organizacji, stowarzyszenia, sekcji, kół, szkółek, akademii piłkarskich, ognisk i zespołów sportowych oraz udziale w zawodach, meczach, turniejach sportowych, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych;
32) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia. Za wypadek nie uważa się zawału serca, udaru mózgu;
33) **wypadek rowerowy** – wypadek powstały w trakcie użytkowania roweru na drodze publicznej, podczas którego ubezpieczony, małżonek/partner ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego w czasie poruszania się na rowerze ulegli obrażeniom ciała, a rower uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu, w wyniku zderzenia roweru z innymi pojazdami, osobami, zwierzętami, przedmiotami, przeszkodami; za wypadek rowerowy uznaje się również wywrócenie się ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego w czasie jazdy rowerem;
34) **wypadek podczas uprawiania sportu wyczynowego** - zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym w związku z uprawianiem sportów wyczynowych wymienionych w katalogu sportów uprawianych wyczynowo, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia. Za wypadek nie uważa się zawału serca, udaru mózgu;
35) **zachorowanie na chorobę nowotworową członka najbliższej rodziny** – zachorowanie na nowotwór złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi nastąpić w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia Pomoc medyczna oraz musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.
    Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.
    Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje:
    a) raka nieinwazyjnego, raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji, raka granicznej złośliwości, raka niskiej potencjalnej złośliwości oraz wszelkich zmian przedrakowych,
    b) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0, T1c N0M0) lub odpowiadającego mu stopnia zaawansowania według innej klasyfikacji,
    c) wszelkich nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
    d) raka brodawkowatego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0),
    e) przewlekłej białaczki limfatycznej według klasyfikacji Rai w stadium niższym niż 3,
    f) wczesnego stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM,

g) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV.
Za datę rozpoznania nowotworu przyjmuje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego;

36) **zawodowe uprawianie sportu** - uprawianie dyscyplin sportowych na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej za wynagrodzeniem lub w przypadku pobierania stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub za osiągane wyniki;

37) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie zaistniałe w okresie ubezpieczenia, które miało miejsce na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela na podstawie umowy dodatkowego ubezpieczenia, w zakresie wskazanym w Tabelach nr 1 - 4, polegające na:
   a) w przypadku świadczeń wskazanych w pkt 1) - 19) Tabeli nr 1 – 3:
      a. wystąpieniu nagłego zachorowania u ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego,
      b. doznaniu obrażeń ciała będących następstwem wypadku, u ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego,
      c. doznaniu obrażeń ciała będących następstwem wypadku powstałego w trakcie użytkowania roweru zgodnie z definicją wypadku rowerowego, u ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego,
      d. urodzeniu się dziecka ubezpieczonemu;
   b) W przypadku świadczenia, o którym mowa w pkt 20) Tabeli nr 1 - 3 za zdarzenie uznaje się wystąpienie jednej z sytuacji losowej:
      a. śmierć dziecka ubezpieczonego,
      b. śmierć małżonka/partnera ubezpieczonego,
      c. śmierć rodziców ubezpieczonego,
      d. śmierć rodziców małżonka/partnera ubezpieczonego,
      e. urodzenie martwego dziecka przez ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego,
      f. poronienie dziecka przez ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego,
      g. śmierć ubezpieczonego;
      zaistniałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela;
   c) w przypadku świadczeń wskazanych w Tabeli nr 2 pkt 21) - 29):
      a. wydaniu ubezpieczonemu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego albo pisemnego skierowania lekarza prowadzącego leczenie dotyczącego diagnostyki choroby onkologicznej albo wystąpieniu u ubezpieczonego poważnego zachorowania, zdefiniowanego w § 1 pkt 5) oraz 12) umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego,
      b. wystąpieniu u ubezpieczonego nowotworu złośliwego zdefiniowanego w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego,
      c. wystąpieniu u ubezpieczonego udaru mózgu zdefiniowanego w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego,
      d. wystąpieniu u ubezpieczonego zawału serca zdefiniowanego w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego,
      e. wystąpieniu u członków najbliższej rodziny ubezpieczonego choroby nowotworowej zdefiniowanej w pkt 35) niniejszych OWUD;
   d) w przypadku świadczeń wskazanych w Tabeli nr 3:
      a. pkt 1) - 19) - doznaniu obrażeń ciała u ubezpieczonego będących następstwem wypadku, a także, doznaniu obrażeń ciała będących następstwem wypadku w związku z uprawianiem przez niego sportów wskazanych w katalogu sportów uprawianych wyczynowo,
      b. pkt 21) - doznaniu obrażeń ciała będących następstwem wypadku w związku z uprawianiem przez ubezpieczonego sportów wskazanych w katalogu sportów uprawianych wyczynowych;
   e) w przypadku świadczeń wskazanych w Tabeli nr 4 pkt 1) - 17) - wystąpieniu nagłego zachorowania lub doznaniu obrażeń ciała będących następstwem wypadku u ubezpieczonego.

Zawarcie i czas trwania ubezpieczenia dodatkowego

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia w wybranym wariancie Pomocy medycznej:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
   2) nie później niż 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, od którego umowa dodatkowego ubezpieczenia ma obowiązywać.

   Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta w wybranym przez ubezpieczającego jednym wariancie Pomocy medycznej, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę dodatkowego ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 70 lat, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Ubezpieczeniem w zakresie Pomoc medyczna - 55 Plus może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 55 lat i nie ukończyła 70 lat.

5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6 - 9.
6. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7 - 8.
7. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 75 lat, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. Umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie Pomoc medyczna - 55 Plus zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 85 lat.
10. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia w wybranym wariancie Pomocy medycznej ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w pozostałym zakresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego.
2. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia Pomoc medyczna ubezpieczyciel zobowiązuje się do realizacji świadczeń Pomocy medycznej określonych w § 6 (Tabela nr 1 - 4).
3. Uprawnionym do otrzymania określonych świadczeń medycznych w ramach wybranego zakresu Pomocy medycznej, jest osoba wskazana w Tabeli nr 1- 4 w kolumnie „Osoba uprawniona do świadczenia".
4. Przysługujące świadczenia wraz z limitami świadczeń w ramach zawartej umowy dodatkowego ubezpieczenia w wybranym zakresie Pomocy medycznej, oraz opis zdarzenia ubezpieczeniowego określone są w Tabelach nr 1 - 4.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia Pomoc medyczna rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust 2.
2. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt 2) odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5. Pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje umowa dodatkowego ubezpieczenia, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia Pomoc medyczna wygasa na zasadach określonych w § 3 ust.11 OWU, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 75 lat, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia w wariancie Pomoc medyczna - 55 Plus wygasa na zasadach określonych w § 3 ust. 11 OWU, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 85 lat.

Składka

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki zależy od wybranego wariantu Pomocy medycznej.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.

Świadczenie

§ 6

POMOC MEDYCZNA - RODZINA

1. Zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia w ramach Pomoc medyczna - Rodzina, obejmuje świadczenia pomocy medycznej wskazane w Tabeli nr 1 wykonywane wyłącznie na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.
2. Uprawnionym do otrzymania określonych świadczeń w ramach Pomoc medyczna - Rodzina, jest osoba wskazana w Tabeli nr 1 w kolumnie „Osoba uprawniona do świadczenia".

3. W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel w ramach świadczeń wymienionych w pkt 1) - 20) Tabeli nr 1 zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych w tej Tabeli limitów w kolumnie „Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia". Podane limity obowiązują w ramach zawartej umowy dodatkowego ubezpieczenia w wariancie Pomoc medyczna – Rodzina.

Tabela nr 1 Zakres świadczeń Pomoc medyczna - Rodzina

Pkt	Zakres świadczeń i opis	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
1)	**Transport medyczny** a) z miejsca pobytu do placówki medycznej b) z placówki medycznej do innej placówki medycznej c) z placówki medycznej do miejsca pobytu Opis: Jeśli osoba uprawniona wymaga transportu medycznego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa ich koszty do określonego limitu; transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia osoby uprawionej.	usługi wymienione w pkt a)-c) są świadczone do łącznej kwoty 1000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
2)	**Rehabilitacja** Opis: Jeśli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie osoba uprawniona wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel zapewnia organizację procesu rehabilitacji i pokrywa koszty rehabilitanta, koszty zleconych zabiegów do określonego limitu	maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
3)	**Zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego** Opis: Jeśli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, osoba uprawiona powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do określonego limitu	maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
4)	**Dostawa sprzętu rehabilitacyjnego** Opis: Jeśli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, osoba uprawiona powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu wypożyczonego lub zakupionego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu oraz odbiór wypożyczonego sprzętu; ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa ich koszty do określonego limitu	maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
5)	**Dostawa leków** Opis: Jeśli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie osoba uprawniona wymaga leżenia, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu do określonego limitu; ubezpieczyciel nie odpowiada za braki w asortymencie leków w aptekach; koszty leków pokrywane są przez ubezpieczonego	maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko

Pkt	Zakres świadczeń i opis	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
6)	**Opieka pielęgniarska po hospitalizacji** Opis: Jeśli osoba uprawniona jest hospitalizowana przez okres powyżej 5 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie istnieje konieczność opieki pielęgniarskiej, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty pomocy pielęgniarki do określonego limitu	maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 1 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe; maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
7)	**Wizyta lekarska pierwszego kontaktu** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty: a) wizyty lekarza w miejscu pobytu osoby uprawnionej, albo b) konsultacji lekarskiej w placówce medycznej albo c) konsultacji telefonicznej, do określonego limitu	maksymalnie 3 zdarzenia ubezpieczeniowe w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
8)	**Wizyta u lekarza specjalisty** Opis: Jeśli osoba uprawniona zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza prowadzącego leczenie, wymaga wizyty u lekarza specjalisty, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty wizyty u lekarza specjalisty w placówce medycznej do określonego limitu	maksymalnie 2 zdarzenia ubezpieczeniowe w roku polisowym do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
9)	**Konsultacje telefoniczne z lekarzem pierwszego kontaktu** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty telekonsultacji lekarskich do określonego limitu	maksymalnie 6 konsultacji w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
10)	**Wizyta pielęgniarki** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki do określonego limitu	maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
11)	**Opieka domowa po hospitalizacji** Opis: Jeśli osoba uprawniona jest hospitalizowana przez okres powyżej 7 dni i jednocześnie z uwagi na stan zdrowia konieczna jest po zakończeniu hospitalizacji, pomoc w prowadzeniu domu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty opieki domowej do określonego limitu; usługa opieki domowej obejmuje pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobieniu drobnych zakupów, utrzymaniu czystości w domu: sprzątaniu podłóg na sucho i na mokro, ścieraniu kurzy z mebli i parapetów, odkurzaniu dywanów i wykładzin, sprzątaniu łazienki, zmywaniu naczyń, czyszczeniu zlewu, czyszczeniu płyty kuchennej, wyrzucaniu śmieci, podlewaniu kwiatów, przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez ubezpieczonego; koszty zakupów realizowanych na zlecenie ubezpieczonego pokrywa ubezpieczony	maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe; maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner

Pkt	Zakres świadczeń i opis	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
12)	**Opieka nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi** Opis: Jeśli zgodnie z informacją uzyskaną od lekarza prowadzącego leczenie, osoba uprawniona będzie hospitalizowana przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty do określonego limitu: a) przewozu dzieci/osób niesamodzielnych w towarzystwie osoby uprawnionej do opieki do miejsca pobytu osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu, albo b) przewozu osoby uprawnionej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca pobytu do miejsca pobytu dzieci/osoby niesamodzielnej i jej powrotu W przypadku braku możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt a) albo b), w związku z brakiem możliwości skontaktowania się ubezpieczyciela z osobą uprawnioną do opieki, ubezpieczyciel na wniosek ubezpieczonego wykona usługę polegającą na c) organizacji i pokryciu kosztów do danego limitu opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi w miejscu pobytu	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe: a. przewóz dzieci/osoby niesamodzielnej do osoby uprawnionej do opieki albo b. przewóz osoby uprawnionej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi, albo c. do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie w przypadku organizacji opieki w miejscu zamieszkania (max przez 5 dni); maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner
13)	**Trener fitness** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawionej organizację i pokrywa koszty zajęć z trenerem fitness do określonego limitu w okresie 180 dni liczonych od ostatniego dnia pobytu w szpitalu, jeżeli osoba uprawniona doznała obrażeń ciała w wyniku wypadku wymagającego hospitalizacji lub osoba uprawniona wskutek nagłego zachorowania była hospitalizowana przez okres co najmniej 14 dni,	maksymalnie 1 zdarzenie ubezpieczeniowe w roku polisowym do kwoty 1 000 zł dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner
14)	**Pobyt opiekuna w razie hospitalizacji dziecka** Opis: Jeśli osoba uprawniona jest hospitalizowana, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty noclegów jednego opiekuna dziecka w szpitalu albo hotelu przyszpitalnym maksymalnie do określonego limitu.	maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	TAK	TAK	NIE	NIE	dziecko
15)	**Prywatne lekcje** Opis: Jeśli stan zdrowia dziecka wymaga przebywania w miejscu pobytu przez okres dłuższy niż 7 dni, na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty prywatnych lekcji w miejscu pobytu do określonego limitu, w okresie do 90 dni liczonych od daty ww. zalecenia.	maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	TAK	TAK	NIE	NIE	dziecko
16)	**Transport roweru po wypadku rowerowym** Opis: Jeśli osoba uprawniona podczas użytkowania roweru na drodze publicznej dozna obrażeń ciała oraz rower na którym się poruszała uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty do określonego limitu transportu roweru i osoby uprawnionej z miejsca wypadku do miejsca pobytu lub do punktu naprawczego oddalonego maksymalnie 50 km od miejsca wypadku.	maksymalnie 2 zdarzenia ubezpieczeniowe w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe dla każdej osoby uprawnionej	NIE	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
17)	**Naprawa roweru po wypadku rowerowym** Opis: Jeśli osoba uprawniona podczas użytkowania roweru na drodze publicznej dozna obrażeń ciała oraz rower na którym się poruszała uległ uszkodzeniu ubezpieczyciel zapewnia udzielenie porad dotyczących naprawy roweru oraz zapewnia organizację i pokrywa koszty naprawy roweru do określonego limitu. Koszty materiałów oraz części zamiennych niezbędnych do dokonania naprawy pokrywa ubezpieczony	maksymalnie 2 zdarzenia ubezpieczeniowe w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe dla każdej osoby uprawnionej	NIE	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko

Pkt	Zakres świadczeń i opis	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
18)	**Wizyta położnej** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej organizację i pokrywa koszt wizyty położnej do określonego limitu, w okresie do 30 dni od daty urodzenia się dziecka.	maksymalnie 1 zdarzenie ubezpieczeniowe w roku polisowym do kwoty 150 zł	NIE	NIE	TAK	NIE	ubezpieczony
19)	**Trener fitness (po urodzeniu się dziecka)** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej organizację i pokrywa koszt zajęć z trenerem fitness do określonego limitu, w okresie 180 dni od daty urodzenia dziecka przez ubezpieczonego.	maksymalnie 1 zdarzenie ubezpieczeniowe w roku polisowym do kwoty 1 000 zł	NIE	NIE	TAK	NIE	ubezpieczony
20)	**Pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawionej organizację wizyty u psychologa oraz pokrywa jej koszty do określonego limitu.	maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe dla każdej osoby uprawnionej	NIE	NIE	NIE	TAK	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
21)	**Zdrowotne usługi informacyjne w zakresie:** a) danych teleadresowych placówek medycznych i aptek, b) informacji na temat: a. działania leków, skutków ubocznych ich działania, interakcji z innymi lekami, b. przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami, c. diet, zdrowego odżywiania się, Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej dostęp do zdrowotnych usług informacyjnych. .	nielimitowany dostęp					ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
22)	**Infolinia „baby assistance" w zakresie informacji dotyczących:** a) objawów ciąży, b) badań prenatalnych, c) wskazówek w zakresie przygotowań do porodu, d) danych teleadresowych szkół rodzenia, e) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie, f) karmienia i pielęgnacji noworodka, g) obowiązkowych szczepień dziecka Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej dostęp do infolinii „baby assistance".	nielimitowany dostęp					ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko

POMOC MEDYCZNA - ZDROWIE

4. Zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia w ramach Pomoc medyczna - Zdrowie obejmuje świadczenia pomocy medycznej wskazane w Tabeli nr 2 wykonywane wyłącznie na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.
5. Uprawnionym do otrzymania określonych świadczeń, w ramach wariantu Pomoc medyczna - Zdrowie jest osoba wskazana w Tabeli nr 2 w kolumnie „Osoba uprawniona do świadczenia".
6. W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel w ramach świadczeń wymienionych w pkt 1) - 29) Tabeli nr 2 zapewnia organizację usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych w tej Tabeli limitów w kolumnie „Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia". Podane limity obowiązują w ramach zawartej umowy dodatkowego ubezpieczenia w wariacie Pomoc medyczna – Zdrowie

Tabela nr 2 Zakres świadczeń Pomoc medyczna - Zdrowie

Pkt	Zakres świadczeń i opis	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
1)	**Transport medyczny** a) z miejsca pobytu do placówki medycznej b) z placówki medycznej do innej placówki medycznej c) z placówki medycznej do miejsca pobytu Opis: Jeśli osoba uprawniona wymaga transportu medycznego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa ich koszty do określonego limitu; transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia osoby uprawionej.	usługi wymienione w pkt a)-c) są świadczone do łącznej kwoty 1000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
2)	**Rehabilitacja** Opis: Jeśli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie osoba uprawniona wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel zapewnia organizację procesu rehabilitacji i pokrywa koszty rehabilitanta, koszty zleconych zabiegów do określonego limitu	maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
3)	**Zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego** Opis: Jeśli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, osoba uprawiona powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do określonego limitu.	maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
4)	**Dostawa sprzętu rehabilitacyjnego** Opis: Jeśli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, osoba uprawiona powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu wypożyczonego lub zakupionego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu oraz odbiór wypożyczonego sprzętu ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa ich koszty do określonego limitu.	maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
5)	**Dostawa leków** Opis: Jeśli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie osoba uprawniona wymaga leżenia, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu do określonego limitu. ubezpieczyciel nie odpowiada za braki w asortymencie leków w aptekach; koszty leków pokrywane są przez ubezpieczonego	maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
6)	**Opieka pielęgniarska po hospitalizacji** Opis: Jeśli osoba uprawniona jest hospitalizowana przez okres powyżej 5 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie istnieje konieczność opieki pielęgniarskiej, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty pomocy pielęgniarki do określonego limitu.	maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 1 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe; maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
7)	**Wizyta lekarza pierwszego kontaktu** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty: a) wizyty lekarza w miejscu pobytu osoby uprawnionej, albo b) konsultacji lekarskiej w placówce medycznej albo c) konsultacji telefonicznej, do określonego limitu.	maksymalnie 3 zdarzenia ubezpieczeniowe w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko

Pkt	Zakres świadczeń i opis	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
8)	**Wizyta u lekarza specjalisty** Opis: Jeśli osoba uprawniona zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza prowadzącego leczenie, wymaga wizyty u lekarza specjalisty, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty wizyty u lekarza specjalisty w placówce medycznej do określonego limitu.	maksymalnie 2 zdarzenia ubezpieczeniowe w roku polisowym do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
9)	**Konsultacje telefoniczne z lekarzem pierwszego kontaktu** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty telekonsultacji lekarskich do określonego limitu.	maksymalnie 6 konsultacji w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
10)	**Wizyta pielęgniarki** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki do określonego limitu.	maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
11)	**Opieka domowa po hospitalizacji** Opis: Jeśli osoba uprawniona jest hospitalizowana przez okres powyżej 7 dni i jednocześnie z uwagi na stan zdrowia konieczna jest po zakończeniu hospitalizacji, pomoc w prowadzeniu domu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty opieki domowej do określonego limitu; usługa opieki domowej obejmuje pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobieniu drobnych zakupów, utrzymaniu czystości w domu: sprzątaniu podłóg na sucho i na mokro, ścieraniu kurzy z mebli i parapetów, odkurzaniu dywanów i wykładzin, sprzątaniu łazienki, zmywaniu naczyń, czyszczeniu zlewu, czyszczeniu płyty kuchennej, wyrzucaniu śmieci, podlewaniu kwiatów przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez ubezpieczonego; koszty zakupów realizowanych na zlecenie ubezpieczonego pokrywa ubezpieczony.	maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe; maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner
12)	**Opieka nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi** Opis: Jeśli zgodnie z informacją uzyskaną od lekarza prowadzącego leczenie, osoba uprawniona będzie hospitalizowana przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty do określonego limitu: a) przewozu dzieci/osób niesamodzielnych w towarzystwie osoby uprawnionej do opieki do miejsca pobytu osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu, albo b) przewozu osoby uprawnionej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca pobytu do miejsca pobytu dzieci/ osoby niesamodzielnej i jej powrotu W przypadku braku możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt a) albo b), w związku z brakiem możliwości skontaktowania się ubezpieczyciela z osobą uprawnioną do opieki, ubezpieczyciel na wniosek ubezpieczonego wykona usługę polegającą na: c) organizacji i pokryciu kosztów do danego limitu opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi w miejscu pobytu.	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe: a. przewóz dzieci/osoby niesamodzielnej do osoby uprawnionej do opieki albo b. przewóz osoby uprawnionej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi, albo c. do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie w przypadku organizacji opieki w miejscu zamieszkania (max przez 5 dni); maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner

Pkt	Zakres świadczeń i opis	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
13)	**Trener fitness** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej organizację i pokrywa koszty zajęć z trenerem fitness do określonego limitu w okresie 180 dni liczonych od ostatniego dnia pobytu w szpitalu, jeżeli osoba uprawniona doznała obrażeń ciała w wyniku wypadku wymagającego hospitalizacji lub osoba uprawniona wskutek nagłego zachorowania była hospitalizowana przez okres co najmniej 14 dni.	maksymalnie 1 zdarzenie ubezpieczeniowe w roku polisowym do kwoty 1 000 zł dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner
14)	**Pobyt opiekuna w razie hospitalizacji dziecka** Opis: Jeśli osoba uprawniona jest hospitalizowana, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty noclegów jednego opiekuna dziecka w szpitalu albo hotelu przyszpitalnym maksymalnie do określonego limitu.	maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	TAK	TAK	NIE	NIE	dziecko
15)	**Prywatne lekcje** Opis: Jeśli stan zdrowia dziecka wymaga przebywania w miejscu pobytu przez okres dłuższy niż 7 dni, na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty prywatnych lekcji w miejscu pobytu do określonego limitu, w okresie do 90 dni liczonych od daty ww. zalecenia.	maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	TAK	TAK	NIE	NIE	dziecko
16)	**Transport roweru po wypadku rowerowym** Opis: Jeśli osoba uprawniona podczas użytkowania roweru na drodze publicznej dozna obrażeń ciała oraz rower na którym się poruszała uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty do określonego limitu transportu roweru i osoby uprawnionej z miejsca wypadku do miejsca pobytu lub do punktu naprawczego oddalonego maksymalnie 50 km od miejsca wypadku.	maksymalnie 2 zdarzenia ubezpieczeniowe w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe dla każdej osoby uprawnionej	NIE	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
17)	**Naprawa roweru po wypadku rowerowym** Opis: Jeśli osoba uprawniona podczas użytkowania roweru na drodze publicznej dozna obrażeń ciała oraz rower na którym się poruszała uległ uszkodzeniu, ubezpieczyciel zapewnia udzielenie porad dotyczących naprawy roweru oraz zapewnia organizację i pokrywa koszty naprawy roweru do określonego limitu. Koszty materiałów oraz części zamiennych niezbędnych do dokonania naprawy pokrywa ubezpieczony.	maksymalnie 2 zdarzenia ubezpieczeniowe w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe dla każdej osoby uprawnionej	NIE	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
18)	**Wizyta położnej** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej organizację i pokrywa koszt wizyty położnej do określonego limitu, w okresie do 30 dni od daty urodzenia się dziecka.	maksymalnie 1 zdarzenie ubezpieczeniowe w roku polisowym do kwoty 150 zł	NIE	NIE	TAK	NIE	ubezpieczony
19)	**Trener fitness (po urodzeniu się dziecka)** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej organizację i pokrywa koszt zajęć z trenerem fitness do określonego limitu, w okresie 180 dni od daty urodzenia dziecka przez ubezpieczonego.	maksymalnie 1 zdarzenie ubezpieczeniowe w roku polisowym do kwoty 1 000 zł	NIE	NIE	TAK	NIE	ubezpieczony
20)	**Pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej organizację wizyty u psychologa oraz pokrywa jej koszty do określonego limitu.	maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe dla każdej osoby uprawnionej	NIE	NIE	NIE	TAK	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko

Pkt	Zakres świadczeń i opis	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
21)	**Konsultacje lekarskie:** a) Chirurg, b) Okulista, c) Otolaryngolog, d) Ortopeda, e) Ginekolog, f) Kardiolog, g) Neurolog, h) Urolog, i) Pulmonolog, j) Lekarz rehabilitacji, k) Neurochirurg, l) Psycholog, m) Onkolog, n) Endokrynolog, o) Hepatolog, p) Hematolog, q) Nefrolog, r) Dermatolog, s) Psychoonkolog lub Psycholog specjalizujący się w pracy z osobami chorymi onkologicznie Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel na podstawie pisemnego skierowania lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje i pokryje koszty konsultacji lekarskich do określonego limitu.	łącznie do kwoty 1400 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe w roku polisowym; maksymalnie jedno zdarzenie ubezpieczeniowe związane z wydaniem ubezpieczonemu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego albo pisemnym skierowaniem lekarza prowadzącego leczenie dotyczące diagnostyki choroby onkologicznej dotyczące tego samego nowotworu	a) zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wydanie ubezpieczonemu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego albo pisemne skierowanie lekarza prowadzącego leczenie dotyczące diagnostyki choroby onkologicznej, Warunki nabycia prawa do świadczenia: świadczenia przysługują w przypadku: wydania ubezpieczonemu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego albo pisemnego skierowania lekarza prowadzącego leczenie dotyczącego diagnostyki choroby onkologicznej, lub b) zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania, zdefiniowanego w § 1 pkt 5) oraz 12) umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego pod warunkiem, że osoba uprawiona nie skorzystała ze świadczeń w związku z zdarzeniem ubezpieczeniowym, o którym mowa w ppkt a) dotyczącym tego samego nowotworu Warunki nabycia prawa do świadczenia świadczenia przysługują w przypadku: wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego				ubezpieczony
22)	**Diagnostyka laboratoryjna** Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie pisemnego skierowania lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje i pokryje koszty diagnostyki laboratoryjnej do określonego limitu.	łącznie do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie w roku polisowym; maksymalnie jedno zdarzenie związane z wydaniem ubezpieczonemu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego albo pisemnym skierowaniem lekarza prowadzącego leczenie dotyczące diagnostyki choroby onkologicznej dotyczące tego samego nowotworu					ubezpieczony
23)	**Badania specjalistyczne** a) RTG, b) USG, c) Rezonans magnetyczny, d) Tomografia komputerowa Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie pisemnego skierowania lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszty badań specjalistycznych do określonego limitu.	łącznie do kwoty 1600 zł na jedno zdarzenie w roku polisowym; maksymalnie jedno zdarzenie związane z wydaniem ubezpieczonemu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego albo pisemnym skierowaniem lekarza prowadzącego leczenie dotyczące diagnostyki choroby onkologicznej dotyczące tego samego nowotworu					
24)	**Rehabilitacja onkologiczna:** a) ćwiczenia wytrzymałościowe, na cykloergometrze, bieżni, stepperze b) ćwiczenia ogólnousprawniające, c) trening oporowy, d) fizykoterapia i rehabilitacja Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje i pokryje koszty rehabilitacji do określonego limitu.	łącznie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie w roku polisowym	Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie u ubezpieczonego nowotworu złośliwego zdefiniowanego w katalogu poważnych zachorowań będącego załącznikiem do umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego Warunki nabycia prawa do świadczenia świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu nowotworu złośliwego w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego				ubezpieczony
25)	**Zwrot kosztów zabiegu chirurgii estetycznej w przypadku poważnego zachorowania w zakresie nowotworu złośliwego.** Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie dostarczonego przez uprawnionego rachunku potwierdzającego wykonanie ww. zabiegu, zwróci koszty do określonego limitu.	świadczenie jest ograniczone do 1 zabiegu w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, łącznie do kwoty 10 000 zł					

Pkt	Zakres świadczeń i opis	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
26)	**Konsultacje genetyczne ubezpieczonego w zakresie:** a) wykonania testu predyspozycji genetycznych dla narządu/ narządów: sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy, prostaty, b) konsultacji onkologiczno-genetycznej (po testach predyspozycji genetycznych), c) pomocy psychoonkologa/ lub Psychologa specjalizującego się w pracy z osobami chorymi onkologicznie (po testach predyspozycji genetycznych). Opis dotyczy odpowiednio ppkt a)-c): a) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty do określonego limitu, w zakresie: wykonania testu ubezpieczonemu dla wyżej wskazanego narządu/narządów i badań w zakresie co najmniej jednego z następujących genów: CA19-9, BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC oraz izolowania DNA z próbki krwi, b) konsultacji onkologiczno-genetycznej ubezpieczonego w zakresie wykonanego testu predyspozycji genetycznych, c) konsultacji psychoonkologicznej ubezpieczonego albo konsultacji z Psychologiem specjalizujacym się w pracy z osobami chorymi onkologicznie, po wykonaniu testu predyspozycji genetycznych. Badanie zostanie wykonane w zakresie genów wymienionych w ppkt a), które odpowiadają za predyspozycję do zachorowania przez ubezpieczonego na chorobę nowotworową narządu, którego dotyczy nowotwór członka najbliższej rodziny ubezpieczonego	usługa w zakresie ppkt a) ograniczona jest do wykonania jednego testu w roku polisowym łączne do kwoty 3 000 zł na maksymalnie jedno zdarzenie ubezpieczeniowe w roku polisowym usługi w zakresie ppkt b) i c) ograniczone są łącznie do kwoty 700 zł na maksymalnie jedno zdarzenie ubezpieczeniowe w roku polisowym	zdarzeniem ubezpieczeniowym jest zachorowanie członka najbliższej rodziny ubezpieczonego na chorobę nowotworową, zgodnie z definicją w § 1 ust. 2 pkt 35) niniejszych OWUD Warunki nabycia prawa do świadczenia świadczenie przysługuje w przypadku zachorowania członka najbliższej rodziny ubezpieczonego na chorobę nowotworową, zgodnie z definicją w § 1 ust. 2 pkt 35) niniejszych OWUD.				ubezpieczony
27)	**Konsultacje genetyczne członków najbliższej rodziny ubezpieczonego w zakresie:** a) wykonania testu predyspozycji genetycznych dla narządu/ narządów: sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy, prostaty, b) konsultacji onkologiczno-genetycznej (po testach predyspozycji genetycznych), c) pomocy psychoonkologiczna/ Psychologa specjalizującego się w pracy z osobami chorymi onkologicznie (po testach predyspozycji genetycznych). Opis dotyczy odpowiednio ppkt a)-c): a) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty do określonego limitu, w zakresie: wykonania testu członkom najbliższej rodziny ubezpieczonego dla wyżej wskazanego narządu/narządów i badań w zakresie co najmniej jednego z następujących genów: CA19-9, BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC oraz izolowania DNA z próbki krwi, b) konsultacji onkologiczno-genetycznej członków najbliższej rodziny ubezpieczonego w zakresie wykonanego testu predyspozycji genetycznych, c) konsultacji psychologicznej członków najbliższej rodziny ubezpieczonego po wykonaniu testu predyspozycji genetycznych. Badanie będzie dotyczyć tych genów z wyżej wymienionych w ppkt a), które odpowiadają za predyspozycję do zachorowania przez członków najbliższej rodzin ubezpieczonego na chorobę nowotworową tego narządu, którego dotyczy nowotwór ubezpieczonego	usługa w zakresie ppkt a) ograniczona jest do wykonania testów łącznie do kwoty 3 000 zł na jedno zdarzenie w roku polisowym (niezależnie od liczby członków najbliższej rodziny) usługi w zakresie ppkt b) i c) ograniczone są łącznie do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie w roku polisowym; dla maksymalnie 3 członków najbliższej rodziny	zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie u ubezpieczonego nowotworu złośliwego zdefiniowanego w katalogu poważnych zachorowań będącego załącznikiem do umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego Warunki nabycia prawa do świadczenia: świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu nowotworu złośliwego w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego				członek najbliższej rodziny

Pkt	Zakres świadczeń i opis	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
28)	**Pomoc po udarze mózgu w zakresie:** a) rehabilitacji narządów ruchu, kinezyterapii, b) rehabilitacji neuropsychologicznej, neurologopedycznej, logopedycznej (w placówce rehabilitacyjnej), c) transportu medycznego (z miejsca pobytu do placówki rehabilitacyjnej; z placówki rehabilitacyjnej do miejsca pobytu), d) zajęć z trenerem fitness, e) konsultacji z dietetykiem, f) konsultacji z psychologiem (np. w zakresie odżywiania Opis dotyczący ppkt a)-c): W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszty rehabilitacji oraz transportu do określonego limitu. Opis dotyczący ppkt d): W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel pokryje koszty zajęć do określonego limitu. Opis dotyczący ppkt e)-f): W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel na podstawie pisemnego potwierdzenia lekarza prowadzącego leczenie pokryje koszty konsultacji do określonego limitu.	usługa w zakresie ppkt a) ograniczona jest łącznie do kwoty 3 000 zł na jedno zdarzenie w roku polisowym; usługa w zakresie ppkt b) ograniczona jest łącznie do kwoty 3 000 zł na jedno zdarzenie w roku polisowym usługa w zakresie ppkt c) ograniczona jest łącznie do kwoty 5 000 zł na jedno zdarzenie w roku polisowym; możliwość do zrealizowania transportu w okresie 10 miesięcy od daty rozpoznania udaru mózgu usługi w zakresie ppkt d) –f) ograniczona są do łącznej kwoty 1 300 zł na jedno zdarzenie w roku polisowym	zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie u ubezpieczonego udaru mózgu zdefiniowanego w katalogu poważnych zachorowań będącego załącznikiem do umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego Warunki nabycia prawa do świadczenia: świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu udaru mózgu w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego				ubezpieczony
29)	**Pomoc po zawale serca w zakresie:** a) ćwiczeń wytrzymałościowe, aerobowych (m.in. bieżnia, ergometr), b) ćwiczeń oporowych (m.in. ciężarki, taśmy, atlas treningowy), c) zajęć z trenerem fitness, d) konsultacji z dietetykiem, e) konsultacji z psychologiem (np. w zakresie odżywiania Opis dotyczący ppkt a) i b): W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje i pokryje koszty rehabilitacji do określonego limitu. Opis dotyczący ppkt c): W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel pokryje koszty zajęć oraz konsultacji do określonego limitu. Opis dotyczący ppkt d)-e): W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel na podstawie pisemnego potwierdzenia lekarza prowadzącego leczenie pokryje koszty konsultacji do określonego limitu.	usługi w zakresie ppkt a) i b) ograniczone są łącznie do kwoty 3 000 zł na jedno zdarzenie w roku polisowym usługi w zakresie ppkt c) –e) ograniczona są do łącznej kwoty 1 300 zł na jedno zdarzenie w roku polisowym	zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie u ubezpieczonego zawału serca zdefiniowanego w katalogu poważnych zachorowań będącego załącznikiem do umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego Warunki nabycia prawa do świadczenia: świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu zawału serca w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego				ubezpieczony
30)	**Zdrowotne usługi informacyjne w zakresie:** a) danych teleadresowych placówek medycznych i aptek, b) informacji na temat: a działania leków, skutków ubocznych ich działania, interakcji z innymi lekami, b przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami, c diet, zdrowego odżywiania się, Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej dostęp do zdrowotnych usług informacyjnych.	nielimitowany dostęp					ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko

Pkt	Zakres świadczeń i opis	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
31)	**Infolinia „baby assistance" w zakresie informacji dotyczących:** a) objawów ciąży, b) badań prenatalnych, c) wskazówek w zakresie przygotowań do porodu, d) danych teleadresowe szkół rodzenia, e) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie, f) karmienia i pielęgnacji noworodka, g) obowiązkowych szczepień dziecka Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej dostęp do infolinii „baby assistance".	nielimitowany dostęp					ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko

POMOC MEDYCZNA - AKTYWNI

7. Zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia w ramach Pomoc medyczna - Aktywni obejmuje świadczenia pomocy medycznej wskazane w Tabeli nr 3 dotyczące udzielenia pomocy medycznej, wykonywane wyłącznie na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.
8. Uprawnionym do otrzymania określonych świadczeń w ramach wariantu Pomoc medyczna - Aktywni jest osoba wskazana w Tabeli nr 3 w kolumnie „Osoba uprawniona do świadczenia".
9. W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel w ramach świadczeń wymienionych w pkt 1) - 21) Tabeli nr 3 zapewnia organizację usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych w tej Tabeli limitów w kolumnie „Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia". Podane limity obowiązują w ramach zawartej umowy dodatkowego ubezpieczenia w wariancie Pomoc medyczna – Aktywni.

Tabela nr 3 Zakres świadczeń Pomoc medyczna - Aktywni

Pkt	Zakres świadczeń i opis	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
1)	**Transport medyczny** a) z miejsca pobytu do placówki medycznej b) z placówki medycznej do innej placówki medycznej c) z placówki medycznej do miejsca pobytu Opis: Jeśli osoba uprawniona wymaga transportu medycznego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa ich koszty do określonego limitu; transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia osoby uprawionej.	usługi wymienione w pkt a)-c) są świadczone do łącznej kwoty 1000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
2)	**Rehabilitacja** Opis: Jeśli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie osoba uprawniona wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel zapewnia organizację procesu rehabilitacji i pokrywa koszty rehabilitanta, koszty zleconych zabiegów do określonego limitu.	maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
3)	**Zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego** Opis: Jeśli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, osoba uprawiona powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do określonego limitu.	maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko

Pkt	Zakres świadczeń i opis	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
4)	**Dostawa sprzętu rehabilitacyjnego** Opis: Jeśli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, osoba uprawiona powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu wypożyczonego lub zakupionego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu oraz odbiór wypożyczonego sprzętu ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa ich koszty do określonego limitu.	maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
5)	**Dostawa leków** Opis: Jeśli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarz prowadzącego leczenie osoba uprawniona wymaga leżenia, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu do określonego limitu; ubezpieczyciel nie odpowiada za braki w asortymencie leków w aptekach; koszty leków pokrywane są przez ubezpieczonego.	maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
6)	**Opieka pielęgniarska po hospitalizacji** Opis: Jeśli osoba uprawniona jest hospitalizowana przez okres powyżej 5 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie istnieje konieczność opieki pielęgniarskiej, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty pomocy pielęgniarki do określonego limitu.	maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 1 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe; maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
7)	**Wizyta lekarska pierwszego kontaktu** Opis: a) wizyty lekarza w miejscu pobytu osoby uprawnionej, albo b) konsultacji lekarskiej w placówce medycznej albo c) konsultacji telefonicznej, do określonego limitu .	maksymalnie 3 zdarzenia ubezpieczeniowe w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
8)	**Wizyta u lekarza specjalisty** Opis: Jeśli osoba uprawniona zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza prowadzącego leczenie, wymaga wizyty u lekarza specjalisty, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty wizyty u lekarza specjalisty w placówce medycznej do określonego limitu.	maksymalnie 2 zdarzenia ubezpieczeniowe w roku polisowym do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
9)	**Konsultacje telefoniczne z lekarzem pierwszego kontaktu** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty telekonsultacji lekarskich do określonego limitu.	maksymalnie 6 konsultacji w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
10)	**Wizyta pielęgniarki** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki do określonego limitu.	maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko

Pkt	Zakres świadczeń i opis	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
11)	**Opieka domowa po hospitalizacji** Opis: Jeśli osoba uprawniona jest hospitalizowana przez okres powyżej 7 dni i jednocześnie z uwagi na stan zdrowia konieczna jest po zakończeniu hospitalizacji, pomoc w prowadzeniu domu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty opieki domowej do określonego limitu; usługa opieki domowej obejmuje pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobieniu drobnych zakupów, utrzymaniu czystości w domu: sprzątaniu podłóg na sucho i na mokro, ścieraniu kurzy z mebli i parapetów, odkurzaniu dywanów i wykładzin, sprzątaniu łazienki, zmywaniu naczyń, czyszczeniu zlewu, czyszczeniu płyty kuchennej, wyrzucaniu śmieci, podlewaniu kwiatów przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez ubezpieczonego; koszty zakupów realizowanych na zlecenie ubezpieczonego pokrywa ubezpieczony.	maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe; maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner,
12)	**Opieka nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi** Opis: Jeśli zgodnie z informacją uzyskaną od lekarza prowadzącego leczenie, osoba uprawniona będzie hospitalizowana przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty do określonego limitu: a) przewozu dzieci/osób niesamodzielnych w towarzystwie osoby uprawnionej do opieki do miejsca pobytu osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu, albo b) przewozu osoby uprawnionej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca pobytu do miejsca pobytu dzieci/ osoby niesamodzielnej i jej powrotu W przypadku braku możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt a) albo b) w związku z brakiem możliwości skontaktowania się ubezpieczyciela z osobą uprawnioną do opieki, ubezpieczyciel na wniosek ubezpieczonego wykona usługę polegającą na organizacji i pokryciu kosztów do danego limitu opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi w miejscu pobytu.	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe: a) przewóz dzieci/osoby niesamodzielnej do osoby uprawnionej do opieki albo b) przewóz osoby uprawnionej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi, albo c) do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie w przypadku organizacji opieki w miejscu zamieszkania (max przez 5 dni); maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner
13)	**Trener fitness** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawionej organizację i pokrywa koszty zajęć z trenerem fitness do określonego limitu w okresie180 dni liczonych od ostatniego dnia pobytu w szpitalu, jeżeli osoba uprawniona doznała obrażeń ciała w wyniku wypadku wymagającego hospitalizacji lub osoba uprawniona wskutek nagłego zachorowania była hospitalizowana przez okres co najmniej 14 dni.	maksymalnie 1 zdarzenie ubezpieczeniowe w roku polisowym do kwoty 1 000 zł dla każdej osoby uprawnionej	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner
14)	**Pobyt opiekuna w razie hospitalizacji dziecka** Opis: Jeśli osoba uprawniona jest hospitalizowana, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty noclegów jednego opiekuna dziecka w szpitalu albo hotelu przyszpitalnym maksymalnie do określonego limitu.	maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	TAK	TAK	NIE	NIE	dziecko
15)	**Prywatne lekcje** Opis: Jeśli stan zdrowia osoby uprawnionej wymaga przebywania w miejscu pobytu przez okres dłuższy niż 7 dni, na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty prywatnych lekcji w miejscu pobytu do określonego limitu, w okresie do 90 dni liczonych od daty ww. zalecenia.	maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	TAK	TAK	NIE	NIE	dziecko

Pkt	Zakres świadczeń i opis	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
16)	**Transport roweru po wypadku rowerowym** Opis: Jeśli osoba uprawniona podczas użytkowania roweru na drodze publicznej dozna obrażeń ciała oraz rower na którym się poruszała uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty do określonego limitu transportu roweru i osoby uprawnionej z miejsca wypadku do miejsca pobytu lub do punktu naprawczego oddalonego maksymalnie 50 km od miejsca wypadku.	maksymalnie 2 zdarzenia ubezpieczeniowe w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe dla każdej osoby uprawnionej	NIE	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
17)	**Naprawa roweru po wypadku rowerowym** Opis: Jeśli osoba uprawniona podczas użytkowania roweru na drodze publicznej dozna obrażeń ciała oraz rower na którym się poruszała uległ uszkodzeniu ubezpieczyciel zapewnia udzielenie porad dotyczących naprawy roweru oraz zapewnia organizację i pokrywa koszty naprawy roweru do określonego limitu. Koszty materiałów oraz części zamiennych niezbędnych do dokonania naprawy pokrywa ubezpieczony.	maksymalnie 2 zdarzenia ubezpieczeniowe w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe dla każdej osoby uprawnionej	NIE	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
18)	**Wizyta położnej** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej organizację i pokrywa koszt wizyty położnej do określonego limitu, w okresie do 30 dni od daty urodzenia się dziecka.	maksymalnie 1 zdarzenie ubezpieczeniowe w roku polisowym do kwoty 150 zł	NIE	NIE	TAK	NIE	ubezpieczony
19)	**Trener fitness (po urodzeniu się dziecka)** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej organizację i pokrywa koszt zajęć z trenerem fitness do określonego limitu, w okresie 180 dni od daty urodzenia dziecka przez ubezpieczonego.	maksymalnie 1 zdarzenie ubezpieczeniowe w roku polisowym do kwoty 1 000 zł	NIE	NIE	TAK	NIE	ubezpieczony
20)	**Pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawionej organizację wizyty u psychologa oraz pokrywa jej koszty do określonego limitu.	maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe dla każdej osoby uprawnionej	NIE	NIE	NIE	TAK	ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko

Pkt	Zakres świadczeń i opis	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
21)	**Rehabilitacja po wypadku w związku z uprawianiem przez ubezpieczonego sportów wskazanych w katalogu sportów uprawianych wyczynowo w zakresie:** a) procesu rehabilitacji, b) zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, c) badań medycznych, d) transportu medycznego (z miejsca pobytu do placówki medycznej; z placówki medycznej do innej placówki medycznej; z placówki medycznej do miejsca pobytu), e) wizyty lekarskiej, f) wizyty pielęgniarki Opis dotyczący ppkt a)-b): Jeśli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie osoba uprawniona wymagają rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, lub/i powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zorganizuje proces rehabilitacji i pokryje koszty rehabilitanta, koszty zleconych zabiegów, a także zorganizuje i pokryje koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do określonego limitu. Opis dotyczący ppkt c): W przypadku, gdy osoba uprawniona zgodnie z pisemnym skierowaniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga przeprowadzenia badań medycznych, ubezpieczyciel zorganizuje i pokrywa koszty badań medycznych do określonego limitu. Opis dotyczący ppkt d): Jeśli osoba uprawniona wymaga transportu medycznego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa ich koszty do określonego limitu transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia osoby uprawionej. Opis dotyczący ppkt e)-f) Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty: a) wizyty lekarza w miejscu pobytu osoby uprawnionej, albo b) konsultacji lekarskiej w placówce medycznej, albo c) konsultacji telefonicznej,. ponadto ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki, do określonego limitu.	Każda z usług w zakresie ppkt a)-d) ograniczona jest do kwoty 3 000 zł na jedno zdarzenie w roku polisowym Każda z usług w zakresie ppkt e)-f) ograniczona jest do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie w roku polisowym	doznanie obrażeń ciała w wyniku wypadku w związku z uprawianiem przez ubezpieczonego sportów wskazanych w katalogu sportów uprawianych wyczynowo				ubezpieczony
22)	**Zdrowotne usługi informacyjne w zakresie danych teleadresowych placówek medycznych i aptek, informacji na temat:** a) danych teleadresowych placówek medycznych i aptek, b) informacji na temat: a działania leków, skutków ubocznych ich działania, interakcji z innymi lekami, b przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami, c diet, zdrowego odżywiania się Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej dostęp do zdrowotnych usług informacyjnych.		nielimitowany dostęp				ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko
23)	**Infolinia „baby assistance" w zakresie informacji dotyczących:** a) objawów ciąży, b) badań prenatalnych, c) wskazówek w zakresie przygotowań do porodu, d) danych teleadresowe szkół rodzenia, e) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie, f) karmienia i pielęgnacji noworodka, g) obowiązkowych szczepień dziecka Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej dostęp do infolinii „baby assistance".		nielimitowany dostęp				ubezpieczony, małżonek/ partner, dziecko

POMOC MEDYCZNA - 55 PLUS

10. Zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia w ramach Pomoc medyczna - 55 Plus obejmuje świadczenia wymienione w Tabeli nr 4 dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu, wykonywane wyłącznie na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.
11. Uprawnionym do otrzymania określonych świadczeń medycznych, w ramach wariantu Pomoc medyczna - 55 Plus jest osoba wskazana w Tabeli nr 4 w kolumnie „Osoba uprawniona do świadczenia".
12. W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel w ramach świadczeń wymienionych w pkt 1)-18) Tabeli nr 4 zapewnia organizację usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych w tej Tabeli limitów w kolumnie „Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia". Podane limity obowiązują w ramach zawartej umowy dodatkowego ubezpieczenia w wariancie Pomoc medyczna – 55 Plus.

Tabela nr 4 Zakres świadczeń Pomoc medyczna - 55 Plus

Lp.	Zakres i opis świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe		Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	
1)	**Transport medyczny:** a) z miejsca pobytu do placówki medycznej, b) z placówki medycznej do innej placówki medycznej, c) z placówki medycznej do miejsca pobytu Opis: Jeśli osoba uprawniona wymaga transportu medycznego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa ich koszty do określonego limitu; transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia osoby uprawionej.	usługi wymienione w pkt a)-c) są świadczone do łącznej kwoty 1000 zł na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym	TAK	TAK	ubezpieczony
2)	**Wizyta osoby bliskiej w razie hospitalizacji ubezpieczonego** Opis: Jeśli osoba uprawniona jest hospitalizowana przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia zwrot kosztów do określonego limitu dla jednej wyznaczonej osoby przez uprawnionego w zakresie: a) zakwaterowania w hotelu w pobliżu szpitala, w którym znajduje się ubezpieczony, b) zakupu biletów autokarowych lub kolejowych (do i ze szpitala).	usługa wymieniona w pkt a) jest świadczone do łącznej kwoty 750 zł na jedno zdarzenie; usługa wymieniona w pkt b) jest świadczone do łącznej kwoty 200 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym	TAK	TAK	ubezpieczony
3)	**Opieka nad osobami niesamodzielnymi** Opis: Jeśli zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie osoba uprawniona będzie hospitalizowana przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty do określonego limitu: a) przewozu osób niesamodzielnych w towarzystwie osoby uprawnionej do opieki do miejsca pobytu osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu, albo b) przewozu osoby uprawnionej do opieki nad osobami niesamodzielnymi z jej miejsca pobytu do miejsca pobytu osoby niesamodzielnej i jej powrotu W przypadku braku możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt a) albo b), w związku z brakiem możliwości skontaktowania się ubezpieczyciela z osobą uprawnioną do opieki, ubezpieczyciel na wniosek ubezpieczonego wykona usługę polegającą na: c) organizacji i pokryciu kosztów do danego limitu opieki nad osobami niesamodzielnymi w miejscu pobytu.	usługi wymienione w pkt a)-b) są świadczone do łącznej kwoty 700 zł na jedno zdarzenie (w tym koszty przewozu); usługa wymieniona w pkt c), jest świadczona do kwoty 150 zł/ dzień przez maksymalnie 7 dni na jedno zdarzenie; maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym	TAK	TAK	ubezpieczony
4)	**Opieka nad zwierzętami** Opis: Jeśli zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego, osoba uprawniona będzie hospitalizowana przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację przewozu psów lub kotów ubezpieczonego do odpowiedniej placówki gwarantującej całodobową opiekę nad zwierzętami i pokrywa koszty tego przewozu do określonego limitu.	maksymalnie do 5 dni, do kwoty 500 zł; maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym	TAK	TAK	ubezpieczony
5)	**Rehabilitacja** Opis: Jeśli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie osoba uprawniona wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel zorganizuje proces rehabilitacji i pokryje koszty rehabilitanta, koszty zleconych zabiegów do określonego limitu.	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 2 000 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	ubezpieczony

Lp.	Zakres i opis świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe		Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	
6)	**Zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego** Opis: Jeśli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, osoba uprawiona powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do określonego limitu.	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 1 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	ubezpieczony
7)	**Dostawa sprzętu rehabilitacyjnego** Opis: Jeśli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, osoba uprawiona powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu wypożyczonego lub zakupionego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu oraz odbiór wypożyczonego sprzętu ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa ich koszty do określonego limitu.	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	ubezpieczony
8)	**Dostawa leków** Opis: Jeśli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarz prowadzącego leczenie osoby uprawnione wymagają leżenia, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu do określonego limitu; ubezpieczyciel nie odpowiada za braki w asortymencie leków w aptekach; koszty leków pokrywane są przez ubezpieczonego.	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	ubezpieczony
9)	**Opieka domowa po hospitalizacji** Opis: Jeśli osoba uprawniona jest hospitalizowana przez okres powyżej 7 dni i jednocześnie z uwagi na stan zdrowia konieczna jest po zakończeniu hospitalizacji, pomoc w prowadzeniu domu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty opieki domowej do określonego limitu; usługa opieki domowej obejmuje: pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobieniu drobnych zakupów, utrzymaniu czystości w domu: sprzątaniu podłóg na sucho i na mokro, ścieraniu kurzy z mebli i parapetów, odkurzaniu dywanów i wykładzin, sprzątaniu łazienki, zmywaniu naczyń, czyszczeniu zlewu, czyszczeniu płyty kuchennej, wyrzucaniu śmieci, podlewaniu kwiatów przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez ubezpieczonego; koszty zakupów realizowanych na zlecenie ubezpieczonego pokrywa ubezpieczony.	maksymalnie do 15 dni, do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń w roku polisowym	TAK	TAK	ubezpieczony
10)	**Konsultacja u laryngologa** Opis: Jeśli lekarz prowadzący leczenie osoby uprawnionej wystawi uprawnionemu skierowanie do lekarza laryngologa, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty konsultacji laryngologa do określonego limitu.	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 150 zł	TAK	TAK	ubezpieczony
11)	**Zakup aparatu słuchowego** Opis: Jeśli lekarz laryngolog stwierdzi niedosłuch osoby uprawnionej i wystawi uprawnionemu zlecenie na aparat słuchowy, ubezpieczyciel na podstawie dostarczonego przez uprawnionego, rachunku potwierdzającego zakup aparatu słuchowego, zwróci koszty zakupu aparatu słuchowego do określonego limitu.	maksymalnie 1 zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, do kwoty 1500 zł	TAK	TAK	ubezpieczony
12)	**Dostosowanie miejsca pobytu** Opis: Jeśli osoba uprawniona posiada orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty do określonego limitu dostosowania miejsca pobytu do potrzeb osoby niepełnosprawnej w zakresie oporęczowania: ciągów komunikacyjnych, WC i łazienek.	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 4 000 zł	TAK	TAK	ubezpieczony
13)	**Sprzątanie grobów najbliższych** Opis: Jeśli lekarz prowadzący leczenie osoby uprawnionej, zalecił uprawnionemu leżenie w domu po zakończeniu hospitalizacji trwającej przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel w okresie do 30 dni od daty zdarzenia ubezpieczeniowego zapewnia organizację oraz pokrywa koszty do określonego limitu sprzątania grobów osób bliskich uprawnionemu.	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 200 zł	TAK	TAK	ubezpieczony

Lp.	Zakres i opis świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe		Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	
14)	**Wizyta lekarska pierwszego kontaktu** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty: a) wizyty lekarza w miejscu pobytu osoby uprawnionej, albo b) konsultacji lekarskiej w placówce medycznej, albo c) konsultacji telefonicznej, do określonego limitu.	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	ubezpieczony
15)	**Wizyta pielęgniarki** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki do określonego limitu.	maksymalnie 3 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 150 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	ubezpieczony
16)	**Konsultacje telefoniczne z lekarzem pierwszego kontaktu** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty telekonsultacji lekarskich do określonego limitu.	maksymalnie 6 konsultacji w roku polisowym	TAK	TAK	ubezpieczony
17)	**Badania medyczne po wypadku** Opis: W sytuacji, gdy osoba uprawniona zgodnie z pisemnym skierowaniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga przeprowadzenia badań medycznych, ubezpieczyciel zorganizuje i pokrywa koszty badań medycznych d o określonego limitu.	maksymalnie 3 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 1000 zł na jedno zdarzenie	NIE	TAK	ubezpieczony
18)	**Zdrowotne usługi informacyjne w zakresie:** Opis a) danych teleadresowych placówek medycznych i aptek: b) informacji na temat: a. działania leków, skutków ubocznych ich działania, interakcji z innymi lekami, b. przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami, c. diet, zdrowego odżywiania się, Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej dostęp do zdrowotnych usługi informacyjne	nielimitowany dostęp			ubezpieczony

Realizacja świadczeń

§ 7

1. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez osobę uprawnioną (w przypadku niepełnoletniego dziecka osobą uprawioną jest opiekun prawny) do świadczenia w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń Pomocy medycznej. Osoba uprawniona do świadczenia jest zobowiązana, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę.
2. Osoby kontaktujące się z centrum operacyjnym, o których mowa w ust. 1, powinny podać następujące informacje:
   1) nr PESEL ubezpieczonego;
   2) imię i nazwisko ubezpieczonego, uprawnionego;
   3) adres miejsca zamieszkania/pobytu;
   4) numer polisy;
   5) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
   6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
   7) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Osoba uprawniona do świadczenia zobowiązana jest na wniosek centrum operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą: zaświadczenia i skierowania lekarskie, karty wypisowe ze szpitala, recepty, faktury i rachunki dokumentujące poniesione koszty i inne dokumenty niezbędne do realizacji świadczenia.
4. Jeżeli osoba uprawniona do świadczenia z przyczyn niezależnych od siebie nie mogła skontaktować się z centrum operacyjnym w sposób, o którym mowa w ust. 1, zobowiązana jest w ciągu 7 dni od dnia, w którym skontaktowanie się z centrum operacyjnym stało się możliwe, powiadomić o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Ponadto osoba uprawniona do świadczenia zobowiązana jest podać przyczynę niemożności skontaktowania się z centrum operacyjnym.
5. Jeżeli osoba uprawniona do świadczenia wskutek niemożności skontaktowania się z centrum operacyjnym, o której mowa w ust. 4, we własnym zakresie zorganizowała i pokryła koszty usług, o których mowa w Tabelach nr 1 - 4, ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrotu osobie uprawnionej do świadczenia poniesionych przez nią ww. kosztów do wysokości faktycznie poniesionych kosztów, nie więcej jednak niż do wysokości limitu kwotowego odpowiedzialności ustalonego dla danej usługi określonej w Tabelach nr 1 – 4, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. W przypadku gdy osoba uprawniona we własnym zakresie zorganizowała i pokryła koszty usług związane ze zdarzeniem ubezpieczeniowym przed wypłatą świadczenia, o której mowa w Tabeli nr 2 pkt 21) - 25) oraz 27) - 29)

w kolumnie “Zdarzenie ubezpieczeniowe” w sekcji „Warunki nabycia prawa do świadczenia”, ubezpieczyciel zwróci osobie uprawnionej poniesione przez niego koszty w granicach limitów wskazanych w Tabeli nr 2 pkt 21) - 25) oraz 27) - 29), o ile wypłacone zostanie świadczenie z tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 7 - 9.

7. Warunek wypłaty świadczenia, o którym mowa w ust. 6, nie dotyczy zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na wydaniu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego albo pisemnego skierowania lekarza prowadzącego leczenie dotyczącego diagnostyki choroby onkologicznej.
8. Po wypłacie świadczenia, o którym mowa w kolumnie “Zdarzenie ubezpieczeniowe” w sekcji „Warunki nabycia prawa do świadczenia” w Tabeli nr 2, osoba uprawniona może:
   1) korzystać z przysługujących świadczeń organizowanych przez ubezpieczyciela i określonych w Tabeli nr 2 pkt 21) - 25) oraz 27) - 29), albo
   2) kontynuować we własnym zakresie organizowanie usług związanych ze zdarzeniem ubezpieczeniowym, do limitów pozostałych po zwrocie kosztów określonych w Tabeli nr 2 pkt 21) - 25) oraz 27) - 29), z zastrzeżeniem ust. 9.
9. Zwrot kosztów, o którym mowa w ust. 5 oraz ust. 6, będzie następował na podstawie dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego i poniesienie kosztów, tj. dokumentu stwierdzającego przyczyny i zakres udzielonej pomocy oraz rachunków i dowodów ich zapłaty. Zwrot kosztów następuje w takim zakresie, w jakim zostały one udokumentowane przez osobę uprawnioną, w granicach limitów określonych w Tabelach nr 1 - 4.
10. W razie naruszenia z winy umyślnej lub z rażącego niedbalstwa obowiązku powiadomienia o zaistniałym zdarzeniu ubezpieczeniowym w terminie określonym w ust. 4, ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie to uniemożliwiło ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 8

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pomocy medycznej w zakresie świadczeń wskazanych w Tabeli nr 1 (pkt 1-20); w Tabeli nr 2 (pkt 1-29); Tabeli nr 3 (pkt 1- 21) oraz Tabeli nr 4 (pkt 1-17) jest wyłączona w przypadku:
   1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej;
   2) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej;
   3) kosztów zakupu leków i części zamiennych przy naprawie roweru (ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach oraz nie pokrywa kosztów materiałów, części zamiennych niezbędnych do dokonania naprawy roweru);
   4) wizyty lekarskiej u stomatologa, jeśli nie dotyczą skutków wypadku;
   5) kosztów powstałych z tytułu zabiegów medycznych w ramach usługi wizyta lekarska;
   6) świadczeń i usług powstałych w wyniku:
      a) samookaleczenia lub okaleczenia osoby uprawionej na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez osobę uprawioną,
      b) leczenia osoby uprawionej wynikającego lub będącego konsekwencją wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków,
      c) epidemii lub pandemii, katastrof naturalnych, wycieków, zanieczyszczeń lub skażeń,
      d) poddania się przez osobę uprawioną leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
      e) uprawiania przez osobę uprawioną niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
      f) zatrucia osoby uprawionej alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem osoby uprawionej pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
      g) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez osobę uprawioną lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
      h) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,
      i) chorób psychicznych lub zburzeń psychicznych osoby uprawionej,
      j) zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania, z wyłączeniem zabiegów chirurgii estetycznej, o których mowa w Tabeli nr 2 pkt 25),
      k) rutynowych kontroli zdrowotnych i profilaktycznych,
      l) chorób osoby uprawionej związanych z wirusem HIV,
      m) chorób przewlekłych.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub za brak możliwości realizacji świadczeń, jeżeli są one spowodowane decyzjami władz administracyjnych.

§ 9

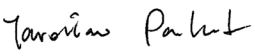
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A., wprowadzone w życie z dniem 30 października 2022 r.



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Załącznik nr 1 do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia Pomoc medyczna (OWUD)
KATALOG SPORTÓW UPRAWIANYCH WYCZYNOWO WARTA

§ 1
Niniejszy katalog określa następujące sporty uprawiane wyczynowo przez ubezpieczonego objęte ochroną ubezpieczeniową:

1) badminton
2) baseball
3) biathlon
4) biegi długodystansowe
5) bilard
6) curling
7) futbol amerykański
8) gimnastyka akrobatyczna
9) gimnastyka artystyczna
10) gimnastyka sportowa
11) golf
12) hokej
13) jeździectwo (z wyłączeniem wyścigów konnych)
14) kulturystyka
15) lekkoatletyka
16) łucznictwo
17) łyżwiarstwo figurowe i szybkie
18) narciarstwo alpejskie z wyłączeniem narciarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, skoków i narciarstwa akrobatycznego
19) narciarstwo biegowe
20) piłka nożna (w tym halowa)
21) piłka: ręczna, siatkowa, koszykowa
22) piłka wodna
23) pływanie
24) podnoszenie ciężarów
25) polo
26) rolkarstwo i wrotkarstwo
27) rugby
28) saneczkarstwo z wyłączeniem saneczkarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi
29) skateboarding
30) snowboarding z wyłączeniem snowboardingu poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi
31) squash
32) szermierka
33) taniec
34) tenis stołowy
35) tenis ziemny
36) triathlon
37) wakeboarding z wyłączeniem akrobacji
38) wieloboje lekkoatletyczne
39) wioślarstwo
40) żeglarstwo śródlądowe

§ 2
Niniejszy katalog sportów uprawianych wyczynowo Warta został zatwierdzony uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzony w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczących poważnego zachorowania ubezpieczonego

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 11, Katalog poważnych zachorowań
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 2, § 4 ust. 4, § 7, § 9 ust. 6, 7, § 11 ust. 4–5, 7–9, § 12, Katalog poważnych zachorowań

Ogólne warunki dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczące poważnego zachorowania ubezpieczonego

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących Poważnego zachorowania Ubezpieczonego stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez Nas zwroty

1. Użyte przez Nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia i w OWDU, stosujemy definicję, która jest w OWDU.
2. Użyte przez Nas w OWDU zwroty oznaczają:
   1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu Twojego organizmu, niezależne od Twojej woli;
   2) **Dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana na podstawie OWDU;
   3) **Karencja** – okres, w którym Nasza odpowiedzialność jest ograniczona;
   4) **Katalog otwarty** – Poważne zachorowania niewymienione w Katalogu poważnych zachorowań, które nie zostały spowodowane Wypadkiem, i dla których w Okresie ubezpieczenia muszą zostać spełnione łącznie następujące kryteria:
      a) rozpoczęto u Ciebie proces diagnostyczno-leczniczy i zdiagnozowano Chorobę, oraz
      b) wystąpił co najmniej jeden z poniższych warunków:
         i. Twój nieprzerwany pobyt w szpitalu z powodu Choroby trwał co najmniej 3 tygodnie,
         ii. Twój nieprzerwany pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym o profilu ogólnym z powodu Choroby trwał co najmniej 8 tygodni,
         iii. Twój nieprzerwany pobyt w szpitalu, spowodowany powikłaniami: ciąży, porodu, połogu, trwał co najmniej 8 tygodni,
         iv. na skutek zaawansowania Twojej Choroby otrzymałeś od lekarza skierowanie do opieki paliatywno-hospicyjnej;
   5) **Katalog podstawowy** – podstawowy katalog obejmujący swoim zakresem katalog A albo katalog B albo katalog C;
   6) **Katalog poważnych zachorowań** – Katalog podstawowy oraz Katalog rozszerzony, znajdujące się w załączniku do OWDU;
   7) **Katalog rozszerzony** – rozszerzony katalog obejmujący swoim zakresem katalog A albo katalog B albo katalog C;
   8) **Komisja lekarska** – powołany przez Nas lekarz lub zespół lekarzy, który na podstawie przeprowadzonego badania lub dokumentacji medycznej wydaje opinię w sprawie Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
   9) **Okres ubezpieczenia** – okres, na jaki zawarta jest Dodatkowa umowa ubezpieczenia;
   10) **OWU** – ogólne warunki Podstawowej umowy ubezpieczenia, na podstawie których zawarta została przez Ubezpieczającego Podstawowa umowa ubezpieczenia;
   11) **OWDU** – ogólne warunki Dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczące Poważnego zachorowania Ubezpieczonego;
   12) **Poważne zachorowanie** – rodzaj poważnego zachorowania, które:
      a) zostało zdefiniowane i wymienione w Katalogu poważnych zachorowań;
      b) spełnia definicję Katalogu otwartego.

      Jeżeli za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy, zarówno diagnoza musi zostać postawiona w Okresie ubezpieczenia jak i Twój proces diagnostyczno-leczniczy musi zostać rozpoczęty w Okresie ubezpieczenia;
   13) **Podstawowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Nami a Ubezpieczającym na podstawie OWU;
   14) **Proces diagnostyczno-leczniczy** – postępowanie medyczne mające na celu zdiagnozowanie Poważnego zachorowania, składające się z: badania przedmiotowego, badań obrazowych lub innych badań dodatkowych.
      Za datę rozpoczęcia procesu diagnostyczno-leczniczego przyjmujemy datę wizyty u lekarza, podczas której otrzymasz wskazanie do przeprowadzenia postępowania medycznego, o którym mowa powyżej;
   15) **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości Twojego Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
   16) **Ubezpieczający** – podmiot zawierający Umowę ubezpieczenia;
   17) **Ubezpieczony (Ty)** – wskazana w Umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;
   18) **Warta (My)** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna;
   19) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu Twojego zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną Wystąpienia poważnego zachorowania i zaistniało w Okresie ubezpieczenia;
   20) **Wystąpienie poważnego zachorowania** –
      a) dla Poważnych zachorowań ujętych w Katalogu poważnych zachorowań: postawienie diagnozy, pobranie materiału do badania histopatologicznego, które potwierdziło obecność nowotworu złośliwego, przeprowadzenie operacji, rozpoczęcie specjalistycznego leczenia, kwalifikacja do przeszczepu lub jego wykonanie, wystąpienie Wypadku, które zostały wskazane w Katalogu poważnych zachorowań;
      b) dla Poważnych zachorowań z Katalogu otwartego – postawianie diagnozy Choroby przy spełnieniu warunków określonych w pkt 4) lit a) i b).

§ 3 Co obejmujemy ochroną w ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest Twoje zdrowie.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest Wystąpienie poważnego zachorowania w Okresie ubezpieczenia, w zależności od wybranego wariantu.
3. Ubezpieczający wybiera 1 z 3 wariantów:
   1) **podstawowy** – obejmuje Poważne zachorowania, wskazane w Katalogu podstawowym,
   2) **rozszerzony** – obejmuje Poważne zachorowania, wskazane w Katalogu rozszerzonym,
   3) **rozszerzony plus** – obejmuje Poważne zachorowania, wskazane w Katalogu rozszerzonym oraz w ramach Katalogu otwartego.
4. Zakres ubezpieczenia potwierdzimy w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.

§ 4 Jakie są zasady zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Dodatkową umowę ubezpieczenia zawiera z Nami Ubezpieczający za Twoją zgodą na podstawie wniosku o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia podpisanego przez Ubezpieczającego i przez Ciebie.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie Podstawowej umowy ubezpieczenia albo
   2) w trakcie trwania Podstawowej umowy ubezpieczenia, nie później niż na 14 dni przed pierwszym dniem okresu za jaki należna jest składka z tytułu Podstawowej umowy ubezpieczenia, oraz nie później niż na 60 dni przed najbliższą Rocznicą polisy.
3. Przed zawarciem Dodatkowej umowy ubezpieczenia, możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o dołączenie dodatkowych dokumentów, na podstawie których dokonamy oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować Cię na badania lekarskie lub diagnostyczne. Pokryjemy koszt tych badań.
4. Na podstawie oceny Twojego ryzyka ubezpieczeniowego możemy odmówić zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia albo zaproponować jej zawarcie na zmienionych warunkach w wariancie podstawowym albo w wariancie rozszerzonym, zgodnie z katalogiem B albo katalogiem C, wskazanym w załączniku do OWDU.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania przez Nas wniosku o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
6. Dodatkową umowę ubezpieczenia zawieramy:
   1) na 5 lat, jeśli Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest razem z Podstawową umową ubezpieczenia albo
   2) na 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy – jeśli umowa zawierana jest po zawarciu Podstawowej umowy ubezpieczenia.
7. Jeżeli do końca Okresu ubezpieczenia Podstawowej umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, Dodatkowa umowa ubezpieczenia zostanie zawarta do końca okresu, na jaki została zawarta Podstawowa umowa ubezpieczenia.
8. Dodatkową umowę ubezpieczenia zawieramy na okres nie dłuższy niż do najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ciebie 70 lat.
9. Zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz Okres ubezpieczenia potwierdzimy w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.

§ 5 Jak odstąpić od Dodatkowej umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedzieć

1. Ubezpieczający może odstąpić od Dodatkowej umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni, licząc od daty jej zawarcia.
2. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć Dodatkową umowę ubezpieczenia ze skutkiem na koniec Miesiąca polisowego, w którym otrzymaliśmy pisemne zawiadomienie.
3. Odstąpienie od Dodatkowej umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia Składki za okres udzielanej przez Nas ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
5. Rozwiązanie Dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania Umowy ubezpieczenia w pozostałym jej zakresie.

§ 6 Jaki jest wiek objęcia ochroną ubezpieczeniową

Możemy objąć Cię ochroną ubezpieczeniową, jeśli w dniu doręczenia Nam wniosku o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia masz ukończone 18 lat, ale nie masz ukończonych 65 lat.

§ 7 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania Naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność w zakresie określonym w Polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu w niej wskazanym jako początek Okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu w którym wpłynęła do nas Składka, oraz jest ograniczona w okresie 90 dni Karencji.
2. W okresie Karencji liczonej od daty początku Okresu ubezpieczenia nasza odpowiedzialność ograniczona jest do Poważnego zachorowania będącego następstwem Wypadku.

3. Nasza odpowiedzialność kończy się:
   1) na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia;
   2) z dniem wypłaty łącznej kwoty Świadczenia wskazanej w § 11;
   nie później jednak niż w najbliższą Rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez Ciebie 70 lat. W tym dniu kończy się Nasza odpowiedzialność z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8 Składka

1. Ubezpieczający wpłaca składki z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wysokości i z częstotliwością określonymi w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia zależy od:
   1) wysokości Sumy ubezpieczenia;
   2) wybranego wariantu ubezpieczenia;
   3) Twojego wieku;
   4) innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Składkę z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający wpłaca wraz ze składką wynikającą z Podstawowej umowy ubezpieczenia – na tych samych zasadach i z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji Sumy ubezpieczenia, zgodnie z zapisami Podstawowej umowy ubezpieczenia, podwyższeniu ulega również składka należna z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 9 Kiedy można obniżyć lub podwyższyć Sumę ubezpieczenia

1. Najpóźniej 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna Składka, ale nie później niż na 60 dni przed najbliższą Rocznicą polisy, Ubezpieczający może złożyć wniosek o podwyższenie lub obniżenie Sumy Twojego ubezpieczenia w ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku złożenia wniosku o podwyższenie Sumy ubezpieczenia możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o dołączenie dodatkowych dokumentów, na podstawie których dokonamy oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować Cię na badania lekarskie lub diagnostyczne. Pokryjemy koszt tych badań.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia skutkuje zmianą wysokości Składki.
4. Możemy odmówić podwyższenia lub obniżenia Sumy ubezpieczenia, o czym poinformujemy Ubezpieczającego.
5. Jeśli Ubezpieczający podwyższy Sumę ubezpieczenia, to Nasza odpowiedzialność jest ograniczona w ciągu 90 dni Karencji, liczonych od daty tej zmiany.
6. W okresie Karencji wypłacimy Ci Świadczenie za Poważne zachorowanie powstałe w wyniku Choroby w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed zmianą. Za Poważne zachorowanie, które jest następstwem Wypadku wyższa Suma ubezpieczenia obowiązuje od daty jej podwyższenia.
7. Potwierdzimy podwyższenie lub obniżenie Sumy ubezpieczenia dodatkowego w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.

§ 10 Jakie są zasady przedłużenia Dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Dodatkową umowę ubezpieczenia przedłużymy na kolejne 5 lat, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o jej nieprzedłużeniu, jednak nie dłużej niż do Rocznicy polisy po ukończeniu przez Ciebie 70 lat – w tym dniu wygasa Nasza odpowiedzialność.
2. Jeżeli do końca Okresu ubezpieczenia Podstawowej umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, przedłużymy Dodatkową umowę ubezpieczenia do końca okresu, na jaki została zawarta Podstawowa umowa ubezpieczenia.
3. Przed przedłużeniem Dodatkowej umowy ubezpieczenia możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o dołączenie dodatkowych dokumentów, na podstawie których dokonamy oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować Cię na badania lekarskie lub diagnostyczne. Pokryjemy koszt tych badań.
4. Oświadczenie o nieprzedłużeniu Dodatkowej umowy ubezpieczenia może zostać złożone drugiej stronie najpóźniej na miesiąc przed końcem jej Okresu ubezpieczenia.

§ 11 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Osobą uprawnioną do otrzymania Świadczenia jesteś Ty.
2. Za Poważne zachorowanie wymienione w Katalogu poważnych zachorowań, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia
3. Za Poważne zachorowanie z Katalogu otwartego wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości wskazanej w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia
4. W przypadku Wystąpienia poważnego zachorowania w okresie trwania Naszej odpowiedzialności z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia, w ramach wariantu:
   1) podstawowego albo rozszerzonego – możesz otrzymać maksymalnie 3 Świadczenia, czyli maksymalnie 300% Sumy ubezpieczenia;
   2) rozszerzonego plus – w ramach Katalogu rozszerzonego możesz otrzymać maksymalnie 3 Świadczenia, czyli maksymalnie 300% Sumy ubezpieczenia oraz w ramach Katalogu otwartego – maksymalnie 3 Świadczenia.

5. Jeżeli w ramach wariantu rozszerzonego plus w pierwszej kolejności wypłacimy Ci Świadczenie z Katalogu otwartego, a następnie zachorowanie spełni definicję określoną w Katalogu poważnych zachorowań, wypłacimy Ci różnicę do pełnej kwoty, czyli do 100% Sumy ubezpieczenia, za dane Poważne zachorowanie z Katalogu poważnych zachorowań.
6. W przypadku zaistnienia sytuacji opisanej w ust. 5 powyżej wypłata Świadczenia z Katalogu otwartego nie będzie zaliczana do limitu 3 wypłat przysługujących w ramach Katalogu otwartego.
7. Jeśli w okresie trwania Naszej odpowiedzialności z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia zachorujesz więcej niż raz na to samo Poważne zachorowanie, wypłacimy tylko jedno Świadczenie, za pierwsze zachorowanie. Jednak jeśli każde z tych zachorowań było wynikiem różnych Wypadków, przysługuje Ci Świadczenie za każde z nich.
8. Jeśli okresie trwania Naszej odpowiedzialności z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia zachorujesz na co najmniej dwa Poważne zachorowania różnego rodzaju, nie wypłacimy Świadczenia za te z nich, które pozostają w związku przyczynowo-skutkowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogenetycznym związanym z Chorobą, za którą już wcześniej wypłaciliśmy Świadczenie.
9. W przypadku wystąpienia u Ciebie co najmniej dwóch nowotworów złośliwych o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji, wypłacimy tylko jedno Świadczenie z tytułu Wystąpienia poważnego zachorowania.
10. Świadczenie wypłacimy Ci na podstawie:
    1) wniosku o wypłatę Świadczenia / zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego;
    2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
    3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej Wystąpienie poważnego zachorowania;
    4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.
11. Możemy poprosić o inne dodatkowe dokumenty, jeśli dotychczas dostarczone nie wystarczą do ustalenia Naszej odpowiedzialności, lub skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, które mogą zostać wykonane przez Komisję lekarską. Pokryjemy koszt tych badań.

§ 12 W jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

1. Nie wypłacimy Ci Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
    1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
    2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
    3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
    4) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub wspinaczka skałkowa, wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (karabinków, uprzęży, lin wspinaczkowych), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie (ang. *bungee jumping*);
    5) wypadkiem lotniczym, jeżeli byłeś pasażerem lub członkiem załogi samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych;
    6) Twoim działaniem po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm^3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm^3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
    7) zatruciem się przez Ciebie alkoholem lub nieprzestrzeganiem przez Ciebie zaleceń lekarza lub jeżeli zażyjesz niezalecone przez lekarza: leki, narkotyki, środki odurzające lub psychotropowe oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji;
    8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę, przy jej współudziale lub za jej namową;
    9) rozpoznanymi u Ciebie chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami.
2. Nie wypłacimy Ci Świadczenia z Katalogu otwartego, jeżeli Twoje Poważne zachorowanie skutkowało wyłącznie pobytem w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym lub na oddziale psychiatrycznym.

§ 13 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest integralną częścią Umowy ubezpieczenia.
3. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 177/2025 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadziliśmy w życie z dniem 14 września 2025 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczących leczenia specjalistycznego ubezpieczonego

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 11 ust. 1–2 i ust. 7, Katalog metod leczenia specjalistycznego
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 2, § 4 ust. 4, § 7, § 9 ust. 4–5, § 11 ust. 3–6, § 12, Katalog metod eczenia specjalistycznego

Ogólne warunki dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczące leczenia specjalistycznego ubezpieczonego

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących Leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez Nas zwroty

1. Użyte przez Nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia i w OWDU, stosujemy definicję, która jest w OWDU.
2. Użyte przez Nas w OWDU zwroty oznaczają:
   1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu Twojego organizmu, niezależne od Twojej woli, uzasadniające konieczność zastosowania Leczenia specjalistycznego;
   2) **Dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana na podstawie OWDU;
   3) **Katalog metod leczenia specjalistycznego** – wykaz metod Leczenia specjalistycznego wraz z ich definicjami oraz odpowiadającymi im wysokościami Świadczeń wyrażonymi jako procent Sumy ubezpieczenia, stanowiący załącznik do Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
   4) **Leczenie specjalistyczne** – jedna z metod leczenia zastosowana u Ciebie, wymieniona i zdefiniowana w Katalogu metod leczenia specjalistycznego;
   5) **Okres ubezpieczenia** – okres, na jaki zawarta jest Dodatkowa umowa ubezpieczenia;
   6) **OWU** – ogólne warunki Podstawowej umowy ubezpieczenia, na podstawie których zawarta została przez Ubezpieczającego Podstawowa umowa ubezpieczenia;
   7) **OWDU** – ogólne warunki Dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczące Leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego;
   8) **Podstawowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Nami a Ubezpieczającym na podstawie OWU;
   9) **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości Twojego Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
   10) **Ubezpieczający** – podmiot zawierający Umowę ubezpieczenia;
   11) **Ubezpieczony (Ty)** – wskazana w Umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;
   12) **Warta (My)** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna.

§ 3 Co obejmujemy ochroną w ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest Twoje zdrowie.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest przeprowadzenie u Ciebie Leczenia specjalistycznego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4 Jakie są zasady zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Dodatkową umowę ubezpieczenia zawiera z Nami Ubezpieczający za Twoją zgodą na podstawie wniosku o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia podpisanego przez Ubezpieczającego i przez Ciebie.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie Podstawowej umowy ubezpieczenia albo
   2) w trakcie trwania Podstawowej umowy ubezpieczenia, nie później niż na 14 dni przed pierwszym dniem okresu za jaki należna jest składka z tytułu Podstawowej umowy ubezpieczenia, oraz nie później niż na 60 dni przed najbliższą Rocznicą polisy.
3. Przed zawarciem Dodatkowej umowy ubezpieczenia możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o dołączenie dodatkowych dokumentów, na podstawie których dokonamy oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować Cię na badania lekarskie lub diagnostyczne. Pokryjemy koszt tych badań.
4. Na podstawie oceny Twojego ryzyka ubezpieczeniowego możemy odmówić zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia albo zaproponować jej zawarcie na zmienionych warunkach, o czym poinformujemy Ubezpieczającego.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania przez Nas wniosku o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
6. Dodatkową umowę ubezpieczenia zawieramy:
   1) na 5 lat, jeśli Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest razem z Podstawową umową ubezpieczenia albo
   2) na 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy – jeśli umowa zawierana jest po zawarciu Podstawowej umowy ubezpieczenia.
7. Jeżeli do końca Okresu ubezpieczenia Podstawowej umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, Dodatkowa umowa ubezpieczenia zostanie zawarta do końca okresu, na jaki została zawarta Podstawowa umowa ubezpieczenia.
8. Dodatkową umowę ubezpieczenia zawieramy na okres nie dłuższy niż do najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ciebie 70 lat.

9. Zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz Okres ubezpieczenia potwierdzimy w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.

§ 5 Jak odstąpić od Dodatkowej umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedzieć

1. Ubezpieczający może odstąpić od Dodatkowej umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni, licząc od daty jej zawarcia.
2. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć Dodatkową umowę ubezpieczenia ze skutkiem na koniec Miesiąca polisowego, w którym otrzymaliśmy pisemne zawiadomienie.
3. Odstąpienie od Dodatkowej umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia Składki za okres udzielanej przez Nas ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
5. Rozwiązanie Dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania Umowy ubezpieczenia w pozostałym jej zakresie.

§ 6 Jaki jest wiek objęcia ochroną ubezpieczeniową

Możemy objąć Cię ochroną ubezpieczeniową, jeśli w dniu doręczenia Nam wniosku o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia masz ukończone 18 lat, ale nie masz ukończonych 65 lat.

§ 7 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania Naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność w zakresie określonym w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu w niej wskazanym jako początek Okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do Nas wpłacona Składka.
2. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą Rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez Ciebie 70 lat. W tym dniu kończy się Nasza odpowiedzialność z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8 Składka

1. Ubezpieczający wpłaca składki z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wysokości i z częstotliwością określonymi w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia zależy od:
   1) wysokości Sumy ubezpieczenia;
   2) Twojego wieku;
   3) innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Składkę z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający wpłaca wraz ze składką wynikającą z Podstawowej umowy ubezpieczenia – na tych samych zasadach i z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji Sumy ubezpieczenia, zgodnie z zapisami Podstawowej umowy ubezpieczenia, podwyższeniu ulega również składka należna z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 9 Kiedy można obniżyć lub podwyższyć Sumę ubezpieczenia

1. Najpóźniej 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna Składka, ale nie później niż na 60 dni przed najbliższą Rocznicą polisy Ubezpieczający może złożyć wniosek o podwyższenie lub obniżenie Sumy Twojego ubezpieczenia w ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku złożenia wniosku o podwyższenie Sumy ubezpieczenia możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o dołączenie dodatkowych dokumentów, na podstawie których dokonamy oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować Cię na badania lekarskie lub diagnostyczne. Pokryjemy koszt tych badań.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia skutkuje zmianą wysokości Składki.
4. Możemy odmówić podwyższenia lub obniżenia Sumy ubezpieczenia, o czym poinformujemy Ubezpieczającego.
5. Jeżeli Ubezpieczający podwyższy Sumę ubezpieczenia, to w ciągu 90 dni Karencji liczonych od daty tej zmiany wypłacimy Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed zmianą.
6. Potwierdzimy podwyższenie lub obniżenie Sumy ubezpieczenia w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.

§ 10 Jakie są zasady przedłużenia Dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Dodatkową umowę ubezpieczenia przedłużymy na kolejne 5 lat, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o jej nieprzedłużeniu, jednak nie dłużej niż do Rocznicy polisy po ukończeniu przez Ciebie 70 lat – w tym dniu wygasa Nasza odpowiedzialność.

2. Jeżeli do końca Okresu ubezpieczenia Podstawowej umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, przedłużymy Dodatkową umowę ubezpieczenia do końca okresu, na jaki została zawarta Podstawowa umowa ubezpieczenia.
3. Przed przedłużeniem Dodatkowej umowy ubezpieczenia możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o dołączenie dodatkowych dokumentów, na podstawie których dokonamy oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować Cię na badania lekarskie lub diagnostyczne. Pokryjemy koszt tych badań.
4. Oświadczenie o nieprzedłużeniu Dodatkowej umowy ubezpieczenia może zostać złożone drugiej stronie najpóźniej na miesiąc przed końcem jej Okresu ubezpieczenia.

§ 11 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Osobą uprawnioną do otrzymania Świadczenia jesteś Ty.
2. Jeżeli zostanie u Ciebie przeprowadzone Leczenie specjalistyczne, otrzymasz od Nas Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na dzień przeprowadzenia Leczenia specjalistycznego. Wykaz metod Leczenia specjalistycznego oraz odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia wskazane są w Katalogu metod Leczenia specjalistycznego.
3. Wypłacimy Ci tylko jedno Świadczenie z tytułu tej samej zastosowanej u Ciebie metody Leczenia specjalistycznego w okresie trwania Naszej odpowiedzialności z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
4. W okresie trwania Naszej odpowiedzialności z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia wypłacimy Ci Świadczenie wyłącznie za metody Leczenia specjalistycznego, które nie są powiązane przyczynowo z wcześniej zastosowanymi u Ciebie metodami Leczenia specjalistycznego, za które wypłaciliśmy Świadczenie, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego czynnika patogennego.
5. W przypadku zastosowania u Ciebie w okresie trwania Naszej odpowiedzialności z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia radioterapii i chemioterapii wypłacimy Ci Świadczenie wyłącznie za jedną ze wskazanych metod – tę, która została zastosowana jako pierwsza.
6. W przypadku zastosowania u Ciebie w okresie trwania Naszej odpowiedzialności z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia ablacji wypłacimy wyłącznie jedno Świadczenie za metodę, która została zastosowana jako pierwsza, niezależnie od tego, jaką metodę zastosowano, tj. użycie prądu o częstotliwości radiowej, krioablacja punktowa lub krioablacja balonowa.
7. Świadczenie wypłacimy Ci na podstawie:
   1) wniosku o wypłatę Świadczenia / zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego;
   2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
   3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie Leczenia specjalistycznego;
   4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 12 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Ci Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
   4) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub wspinaczka skałkowa, wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (karabinków, uprzęży, lin wspinaczkowych), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie (ang. *bungee jumping*);
   5) zatruciem się przez Ciebie alkoholem lub nieprzestrzeganiem przez Ciebie zaleceń lekarza lub jeżeli zażyjesz niezalecone przez lekarza: leki, narkotyki, środki odurzające lub psychotropowe oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji;
   6) rozpoznanymi u Ciebie chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami.
2. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia w przypadku Leczenia specjalistycznego przeprowadzonego w wyniku Choroby:
   1) która została zdiagnozowana przed początkiem Okresu ubezpieczenia
   2) i wobec której postępowanie diagnostyczno-lecznicze, prowadzące do jej rozpoznania, zostało rozpoczęte przed początkiem Okresu ubezpieczenia.

   Za postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozumie się postępowanie medyczne mające na celu zdiagnozowanie Choroby, składające się z badania przedmiotowego, badań obrazowych oraz innych badań dodatkowych.

   Za datę rozpoczęcia procesu diagnostyczno-leczniczego przyjmujemy datę wizyty u lekarza, podczas której otrzymasz wskazanie do przeprowadzenia postępowania medycznego, o którym mowa powyżej.

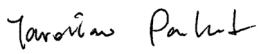
§ 13 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.

2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest integralną częścią Umowy ubezpieczenia.
3. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 177/2025 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadziliśmy w życie z dniem 14 września 2025 r.



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia ubezpieczonego za granicą, zatwierdzonych Uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 30 października 2022 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 OWU § 1 § 3 § 6 - § 9 § 10 Zał. 1 do OWUD
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 - § 9 § 11 § 14 ust. 13 OWU Zał. 1 do OWUD

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA LECZENIA UBEZPIECZONEGO ZA GRANICĄ

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia ubezpieczonego za granicą mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
   1) **certyfikat leczenia za granicą** – dokument wydany przez Further, w imieniu ubezpieczyciela, na organizację i pokrycie kosztów leczenia za granicą oraz innych świadczeń i usług, które są objęte ochroną ubezpieczeniową. Certyfikat jest ważny 3 miesiące od daty wystawienia;
   2) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
   3) **dawca** – żywa osoba, od której pobierane są komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu dla ubezpieczonego;
   4) **Druga opinia medyczna** – pisemna opinia lekarza konsultanta, wydawana na wniosek ubezpieczonego, która oparta jest na analizie dokumentacji medycznej dotyczącej ubezpieczonego, w zakresie poprawności ustalonej przez lekarza prowadzącego diagnozy poważnego stanu chorobowego, podjętego leczenia oraz rokowania co do możliwości wyleczenia, zawierająca propozycję planu leczenia;
   5) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze szpitala;
   6) **dzień wystąpienia poważnego stanu chorobowego**:
      a) w odniesieniu do pierwszego modułu ochrony – dzień w okresie odpowiedzialności, w którym według dokumentacji medycznej pobrano materiał do badania histopatologicznego (lub alternatywnie przeprowadzono badanie: lekarskie, obrazowe, laboratoryjne), na podstawie którego zdiagnozowano: nowotwór złośliwy, nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ), ciężką dysplazję nowotworową, lub
      b) w odniesieniu do modułu ochrony od numeru dwa do cztery – dzień w okresie odpowiedzialności, w którym po raz pierwszy lekarz pisemnie zalecił: operację pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), operację zastawki serca, operację mózgu, operację łagodnego guza rdzenia kręgowego, przeszczepienie narządów od żywego dawcy, przeszczepienie szpiku kostnego;
   7) **Further** – Further Underwriting International SLU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii, za pośrednictwem którego ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz realizację usług i świadczeń objętych ochroną ubezpieczeniową, w tym nadzór nad organizacją procesu leczenia ubezpieczonego. Ilekroć w niniejszych OWUD jest wskazane, że określone czynności wykonuje Further należy przez to rozumieć, że wykonuje je ubezpieczyciel za pośrednictwem Further;
   8) **infolinia** – infolinia ubezpieczyciela, obsługująca przyjmowanie zgłoszeń, rejestrację wniosków o wypłatę świadczenia, zapytania klientów i korespondencję; numer telefonu infolinii znajduje się na polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia;
   9) **inżynieria tkankowa** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek zmodyfikowanych tak, by mogły być zastosowane do naprawy, regeneracji lub zamiany z tkankami ludzkimi;
   10) **katalog poważnych stanów chorobowych** – katalog poważnych stanów chorobowych Warta stanowiący załącznik nr 1 do niniejszych OWUD;
   11) **kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą** – świadczenie obejmujące kontrolę stanu zdrowia ubezpieczonego po powrocie do Polski, która została zaplanowana przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą. Kontrola ta obejmuje badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz konsultacje lekarskie z nimi związane, realizowane wyłącznie w rekomendowanych lub zaakceptowanych przez Further placówkach medycznych w Polsce lub placówkach medycznych za granicą. Celem kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą jest ustalenie, czy ubezpieczony może w przyszłości cierpieć na poważny stan chorobowy oraz zapobieganie poważnym stanom chorobowym lub ich nawrotom;
   12) **leczenie alternatywne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt medyczny albo farmaceutyczny, które nie są uważane za część medycyny konwencjonalnej lub za standardowe zabiegi tj.: akupunktura, aromaterapia, medycyna chiropraktyczna, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna;
   13) **leczenie eksperymentalne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt, których skuteczność i bezpieczeństwo nie zostało potwierdzone naukowo i medycznie, lub które są w trakcie badań lub testów, niezależnie od tego, na jakim etapie są te badania lub testy;
   14) **leczenie za granicą** – leczenie poważnego stanu chorobowego, zorganizowane przez Further w trakcie obowiązującego okresu realizacji świadczeń, które:
      a) odbywa się poza Polską, w placówce medycznej wybranej przez ubezpieczonego spośród placówek rekomendowanych przez Further,
      b) jest konieczne z medycznego punktu widzenia w celu poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego w związku z wystąpieniem poważnego stanu chorobowego,
      c) jest uznawane za efektywne w poprawie stanu zdrowia ubezpieczonego, na podstawie opinii lekarza konsultanta lub Further we współpracy z lekarzem prowadzącym leczenie za granicą, na temat danego poważnego stanu chorobowego. Leczenie poważnego stanu chorobowego, które uwzględnia aktualną

wiedzę medyczną (w szczególności wytyczne organizacji NCCN (National Comprehensive Cancer Network) w zakresie leczenia nowotworu);

15) **lek wydawany na receptę** – substancja lub połączenie substancji, która jest wydawana wyłącznie na receptę i jest dopuszczona do obrotu w danym kraju. Recepta na lek jest ważna także dla odpowiednika tego leku, o tych samych składnikach aktywnych i sile dawkowania;
16) **lekarz** – osoba, która posiada formalnie potwierdzone kwalifikacje do leczenia ludzi, zgodnie z prawem państwa, w którym prowadzi praktykę zawodową i wykonuje zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji;
17) **lekarz konsultant** – lekarz medycyny, praktykujący poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, o specjalności lekarskiej i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danego poważnego stanu chorobowego, który sporządza drugą opinię medyczną. Kwalifikacje lekarza powinny być potwierdzone zgodnie z prawem obowiązującym w kraju, w którym będzie świadczona usługa leczenia;
18) **moduł ochrony** – jeden z czterech modułów, wskazany w § 3 ust. 3 w Tabeli 1 oraz w Katalogu poważnych stanów chorobowych Warta, obejmujący swoim zakresem określone rodzaje poważnych stanów chorobowych objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela;
19) **miejsce zamieszkania** – miejsce stałego pobytu ubezpieczonego/dawcy, na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu;
20) **okres realizacji świadczeń** – trwający w nieprzerwany sposób okres nie dłuższy niż 36 miesięcy, który liczony jest od pierwszego dnia pierwszej podróży rozpoczynającej leczenie za granicą pierwszego z poważnych stanów chorobowych, wymienionych w Katalogu poważnych stanów chorobowych Warta, w ramach danego modułu ochrony i dotyczy wszystkich poważnych stanów chorobowych z tego modułu, które wystąpiły w tym okresie. Na wszystkie poważne stany chorobowe występujące w ramach danego modułu ochrony przypada wyłącznie jeden, ten sam okres realizacji świadczeń, z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
21) **opieka medyczna za granicą** – świadczenie obejmujące organizację i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego, zakwaterowania podczas leczenia za granicą, kosztów medycznych w trakcie leczenia za granicą, dzienne świadczenie szpitalne, zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę po powrocie z leczenia za granicą, a w przypadku śmierci ubezpieczonego lub dawcy organizację i pokrycie kosztów repatriacji zwłok;
22) **osoba towarzysząca** – osoba wskazana przez ubezpieczonego, która towarzyszy mu podczas realizacji świadczeń wynikających z umowy dodatkowego ubezpieczenia;
23) **okres ubezpieczenia wynikający z umowy dodatkowego ubezpieczenia** - okres, którego dzień początkowy i czas trwania wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu:
    a) wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia albo
    b) pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna zgodnie z częstotliwością opłacania, wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia,

    i kończący się z końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 4 - 6;
24) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona;
25) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia ubezpieczonego za granicą, stanowiące załącznik do OWU;
26) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, działające zgodnie z wymogami prawnymi dla tego typu placówek w państwie, w którym się znajduje, jak również praktyka lekarska prowadzona zgodnie z wymogami prawnymi dla tego typu placówek w państwie, w którym jest prowadzona;
27) **pobyt w szpitalu** – pobyt ubezpieczonego w placówce medycznej lub szpitalu za granicą, w trakcie opieki medycznej za granicą, trwający nieprzerwanie dłużej niż:
    a) 1 dzień – w przypadku dziennego świadczenia szpitalnego,
    b) 3 dni – w przypadku zwrotu kosztów medycznych opłaconych po powrocie z leczenia za granicą;
28) **poważny stan chorobowy** – rodzaj poważnego stanu chorobowego wymieniony i zdefiniowany w Katalogu poważnych stanów chorobowych Warta, w odniesieniu do którego, w okresie odpowiedzialności, rozpoczęto proces diagnostyczno-leczniczy oraz postawiono diagnozę:
    a) w ramach pierwszego modułu ochrony – nowotworu złośliwego, nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (in situ), ciężkiej dysplazji przednowotworowej, lub
    b) w ramach modułu ochrony od numeru dwa do cztery – choroby lub wystąpił uraz, wymagające przeprowadzenia przeszczepu narządów od żywego dawcy, przeszczepu szpiku kostnego lub operacji pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), operacji zastawki serca, operacji mózgu, operacji łagodnego guza rdzenia kręgowego;
29) **siła wyższa** – zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia, którego skutkom nie można było zapobiec;
30) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowej ubezpieczenia, a także w § 4 ust. 4 w Tabeli 2, stanowiąca górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela, do wysokości której realizowane są wszystkie świadczenia w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz ubezpieczonego, bez względu na liczbę występujących rodzajów poważnych stanów chorobowych, z zastrzeżeniem limitów w ramach poszczególnych świadczeń wskazanych w § 4 ust. 4 w Tabeli 2;
31) **szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z wymogami prawa państwa, w którym się znajduje, odpowiedzialny za leczenie i zapewnienie całodobowej opieki medycznej przez wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia;
32) **terapia genowa** – terapia, która dotyczy genów powodujących efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny i polega na wprowadzeniu do organizmu fragmentów genów (DNA lub RNA) stworzonych

w laboratorium, w celu leczenia różnego rodzaju chorób (w tym chorób genetycznych, nowotworów albo chorób przewlekłych);

33) **terapia komórkami somatycznymi** – terapia, która dotyczy komórek lub tkanek poddanych modyfikacjom w celu zmiany ich charakterystyki biologicznej lub procedury użycia komórek lub tkanek w innej roli, niż ich podstawowa rola biologiczna w organizmie. Procedury te mogą być stosowane do leczenia, diagnostyki lub zapobiegania chorobom;
34) **terapia Limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy – terapia z użyciem limfocytów T z chimerycznymi receptorami antygenowymi)** – rodzaj leczenia, w którym funkcja limfocytów T pacjenta (rodzaj komórek układu odpornościowego) została zmodyfikowana w laboratorium w taki sposób, żeby rozpoznawały i niszczyły komórki nowotworowe. Limfocyty T są pobierane z krwi pacjenta;
35) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – niniejsza umowa dodatkowego ubezpieczenia leczenia ubezpieczonego za granicą;
36) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie u ubezpieczonego poważnego stanu chorobowego objętego zakresem ubezpieczenia w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Zawarcie i czas trwania ubezpieczenia dodatkowego

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
   2) nie później niż 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, od którego umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.

   Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę dodatkowego ubezpieczenia albo odmówić zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która ma miejsce zamieszkania w Polsce oraz w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 1 rok, z zastrzeżeniem ust. 5 - 6 i 8.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejny rok, z zastrzeżeniem ust. 6 i 8.
6. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 85 lat.
7. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
   1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 lub
   2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5;

   dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
9. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w pozostałym zakresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się do realizacji świadczeń określonych w § 6 ust. 1, w przypadku wystąpienia u ubezpieczonego, w okresie odpowiedzialności:
   1) poważnego stanu chorobowego,
   2) każdego kolejnego poważnego stanu chorobowego z tego samego modułu ochrony, w okresie realizacji świadczeń, z zastrzeżeniem § 6 ust. 3.
3. Moduły ochrony i rodzaje poważnych stanów chorobowych, objętych odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ramach danego modułu:

Tabela 1 Moduły ochrony i rodzaje poważnych stanów chorobowych

Nr	Moduł ochrony	Rodzaj poważnego stanu chorobowego
1	NOWOTWORY	1) nowotwór złośliwy
		2) nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ)
		3) ciężka dysplazja nowotworowa
2	CHIRURGIA SERCOWO-NACZYNIOWA	4) operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)
		5) operacja zastawki serca
3	NEUROCHIRURGIA	6) operacja mózgu
		7) operacja łagodnego guza rdzenia kręgowego

Nr	Moduł ochrony	Rodzaj poważnego stanu chorobowego
4	PRZESZCZEPY	8) przeszczep narządów od żywego dawcy
		9) przeszczep szpiku kostnego

4. Uprawnionym do otrzymania świadczeń, określonych w § 6 ust 1 jest ubezpieczony.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia ubezpieczonego za granicą, której przyczyną jest:
   1) wypadek – rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia;
   2) choroba – rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia;

   nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W sytuacji zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o której mowa w § 2 ust. 2 pkt 2) odpowiedzialność ubezpieczyciela w przypadku wskazanym:
   1) w ust. 1 pkt 1) rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5;
   2) w ust. 1 pkt 2) rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka, zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.

   Pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje umowa dodatkowego ubezpieczenia, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia ubezpieczonego za granicą wygasa na zasadach określonych w § 3 ust. 11 OWU, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 85 lat.
4. Łączna wysokość wszystkich świadczeń realizowanych w ramach rozpoczętych okresów realizacji świadczeń bez względu na liczbę występujących rodzajów poważnych stanów chorobowych, nie może przekroczyć maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego (górnej granicy odpowiedzialności), określonej w Tabeli 2, w odniesieniu do danego ubezpieczonego, w ramach zawartej umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem limitów w ramach poszczególnych świadczeń.

Tabela 2 Suma ubezpieczenia dodatkowego i limity świadczeń

Wysokość sumy ubezpieczenia dodatkowego (górna granica odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia)	2 000 000 EUR
Rodzaj świadczenia	**Limity w ramach poszczególnych świadczeń**
1. Druga opinia medyczna	jedna opinia dla danego rodzaju poważnego stanu chorobowego
2. Opieka medyczna za granicą:	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
1) Organizacja i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego	
2) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania	
3) Organizacja i pokrycie kosztów leczenia za granicą	
4) Dzienne świadczenie szpitalne	100 EUR za dzień pobytu w szpitalu, maksymalnie 6 000 EUR na każdy poważny stan chorobowy leczony za granicą w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego ubezpieczonego
5) Zwrot kosztów medycznych opłaconych po powrocie z leczenia za granicą – zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę	maksymalnie 50 000 EUR w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego ubezpieczonego (bez względu na liczbę poważnych stanów chorobowych leczonych za granicą)
6) Organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
3. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą	

5. Każdy koszt związany z organizacją i realizacją świadczeń, o których mowa § 6 ust. 1, pokrywany przez ubezpieczyciela w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia, pomniejsza sumę ubezpieczenia dodatkowego. Wysokość aktualnej sumy ubezpieczenia dodatkowego ubezpieczony może sprawdzić kontaktując się z Infolinią.
6. Suma ubezpieczenia dodatkowego oraz limity odpowiedzialności w ramach poszczególnych świadczeń wyrażone są w EUR. Wszystkie koszty poniesione poza granicami Polski w walucie innej niż EUR przeliczane są na EUR.

Do przeliczenia używany jest średni kurs ogłoszony przez Narodowy Bank Polski z dnia, w którym ten koszt został poniesiony.

7. Zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę, zwrot kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą organizowanej w Polsce są realizowane w walucie, w której koszt poniósł ubezpieczony, na rachunek bankowy ubezpieczonego.

Składka

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.

Świadczenie

§ 6

1. Zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia:
   1) Druga opinia medyczna, zakres świadczenia określony w § 7;
   2) opieka medyczna za granicą, zakres świadczenia określony w § 8;
   3) kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą, zakres świadczenia określony w § 9.
2. Okres realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 1 dla danego modułu ochrony wskazanego w § 3 ust. 3 w Tabeli 1, jest ograniczony do okresu 36 miesięcy i liczony jest odrębnie dla każdego ze wskazanych modułów ochrony, z zastrzeżeniem ust. 3. W sytuacji, gdy 36 miesięczny okres realizacji świadczeń kończy się w trakcie leczenia za granicą, świadczenia będą realizowane na podstawie wcześniej ustalonego planu leczenia, do najbliższego ustalonego dnia powrotu do Polski.
3. Jeżeli w trakcie leczenia nowotworu (realizacji świadczeń w ramach pierwszego modułu ochrony wg. numeracji określonej w § 4 ust. 4 w Tabeli 2) w związku z leczeniem tego nowotworu, konieczne będzie przeprowadzenie operacji lub przeszczepu wskazanych w modułach ochrony od numeru dwa do cztery, to leczenie to realizowane będzie, w ramach okresu realizacji świadczeń, który rozpoczął się dla pierwszego modułu ochrony.
4. W przypadku wystąpienia poważnego stanu chorobowego, zdefiniowanego w Katalogu poważnych stanów chorobowych Warta, w ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 1)-3), ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztu usług i świadczeń, w wysokości nie przekraczającej podanych limitów i sumy ubezpieczenia dodatkowego, określonych w § 4 ust. 4 w Tabeli 2.

Druga opinia medyczna

§ 7

1. W ramach świadczenia Drugiej opinii medycznej ubezpieczyciel:
   1) informuje ubezpieczonego o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie Drugiej opinii medycznej. Na wniosek ubezpieczonego, na podstawie udzielonego przez niego pełnomocnictwa, ubezpieczyciel zapewnia pomoc w zebraniu wymaganych dokumentów;
   2) tłumaczy zebraną dokumentację na język lekarza konsultanta;
   3) przekazuje dokumentację medyczną lekarzowi konsultantowi;
   4) zapewnia sporządzenie Drugiej opinii medycznej przez lekarza konsultanta i jej przetłumaczenie na język polski, i przekazuje ją ubezpieczonemu lub wskazanemu przez niego lekarzowi.
2. Druga opinia medyczna zawiera:
   1) opinię lekarza konsultanta dotyczącą diagnozy postawionej przez lekarza prowadzącego oraz dotychczas prowadzonego leczenia;
   2) propozycję planu leczenia.
3. Ubezpieczyciel na podstawie wyników Drugiej opinii medycznej przesyła ubezpieczonemu: informacje o przysługującym uprawnieniu do opieki medycznej za granicą, przysługującym okresie realizacji świadczeń, warunkach skorzystania z pozostałych świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie, oraz informuje że w celu organizacji świadczeń opieki medycznej za granicą oraz kontroli stanu zdrowia po powrocie z zagranicy z ubezpieczonym skontaktuje się Further.
4. Ubezpieczony jest uprawniony do jednego świadczenia z tytułu Drugiej opinii medycznej w stosunku do jednego rodzaju poważnego stanu chorobowego, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W uzasadnionych medycznie przypadkach Further, po konsultacji z ubezpieczonym, może sporządzić dodatkową Drugą opinię medyczną.
6. Ubezpieczony może zrezygnować z Drugiej opinii medycznej. W takiej sytuacji o zasadności i planie leczenia za granicą rozstrzyga Further na podstawie dostarczonej przez ubezpieczonego dokumentacji. Informację w powyższym zakresie ubezpieczony otrzymuje w terminie przewidzianym na wydanie Drugiej opinii medycznej określonym w § 10 ust. 4-5.
7. Jeśli ubezpieczony zdecyduje się skorzystać z Drugiej opinii medycznej, realizacja świadczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 2) rozpocznie po wydaniu Drugiej opinii medycznej.

Opieka medyczna za granicą

§ 8

1. Po podjęciu decyzji przez ubezpieczonego o skorzystaniu ze świadczenia opieki medycznej za granicą, Further w ciągu 3 dni roboczych przedstawi ubezpieczonemu listę trzech rekomendowanych placówek medycznych za granicą, kwalifikujących się do przeprowadzenia zaleconego w Drugiej opinii medycznej dalszego leczenia poważnego stanu chorobowego poza granicami Polski.
2. Ubezpieczony ma prawo wyboru jednej z przedstawionych placówek medycznych w ciągu trzech miesięcy od daty otrzymania listy rekomendowanych placówek medycznych.
3. Po otrzymaniu od ubezpieczonego informacji o wyborze jednej z przedstawionych placówek medycznych, Further rozpoczyna proces organizacji świadczenia opieki medycznej za granicą poprzez:
   1) przekazanie ubezpieczonemu w ciągu 10 dni roboczych certyfikatu leczenia za granicą, oraz
   2) organizację podróży i zakwaterowania koniecznych do rozpoczęcia leczenia za granicą.

   Further informuje ubezpieczonego o proponowanych datach podróży z odpowiednim wyprzedzeniem, które pozwoli na ustalenie z ubezpieczonym ostatecznej daty podróży oraz niezbędne przygotowania. W przypadku, gdy ubezpieczony bez uzasadnienia medycznego, bez ważnego powodu osobistego albo bez uzgodnienia z Further zmieni ustaloną ostateczną datę podróży, Further zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do ubezpieczonego o zwrot kosztów związanych ze zmianą ustalonej ostatecznej daty podróży.
4. Jeżeli w okresie trzech miesięcy od daty otrzymania rekomendowanych placówek medycznych, ubezpieczony nie podejmie decyzji o wyborze placówki medycznej i nie rozpocznie się leczenie w wybranej placówce medycznej wskazanej w certyfikacie leczenia za granicą, lista rekomendowanych placówek medycznych oraz certyfikat leczenia za granicą zostaną przygotowane ponownie na podstawie oceny aktualnego stanu zdrowia ubezpieczonego.
5. W ramach podróży i transportu medycznego związanych z leczeniem za granicą, ubezpieczyciel, zapewnia:
   1) organizację i pokrycie kosztów podróży ubezpieczonego, osoby towarzyszącej i dawcy – do miejsca, w którym znajduje się wybrana przez ubezpieczonego placówka medyczna za granicą oraz podróży powrotnej do Polski lub do miejsca zamieszkania dawcy (jeśli znajduje się ono poza Polską) w zakresie:
      a) transportu z miejsca zamieszkania do wyznaczonego lotniska międzynarodowego lub dworca kolejowego,
      b) biletów na pociąg lub biletów lotniczych w klasie ekonomiczniej do miasta docelowego leczenia i transportu do wskazanego hotelu lub bezpośrednio do szpitala,
      c) transportu z wyznaczonego hotelu lub szpitala do wskazanego międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego,
      d) biletów na pociąg lub biletów lotniczych w klasie ekonomicznej, a następnie transportu do miejsca zamieszkania;
   2) organizację i pokrycie kosztów transportu, w tym ambulansem drogowym lub karetką powietrzną, ubezpieczonego, osoby towarzyszącej i dawcy, zaplanowanego i zaakceptowanego przez Further, jeżeli taki transport został zalecony przez lekarza konsultanta lub lekarza prowadzącego leczenie za granicą.
6. W ramach zakwaterowania podczas leczenia za granicą, ubezpieczyciel, zapewnia organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania ubezpieczonego, osoby towarzyszącej i dawcy w miejscu leczenia poważnego stanu chorobowego (poza granicami Polski), w pokoju dwuosobowym ze śniadaniem w hotelu trzy lub czterogwiazdkowym, który znajduje się najbliżej placówki medycznej za granicą wybranej przez ubezpieczonego, w odległości nie większej niż 10 km od tej placówki, z zastrzeżeniem § 11 ust. 5 pkt 1).
7. W ramach kosztów medycznych opłacanych w trakcie leczenia za granicą, ubezpieczyciel, zapewnia:
   1) organizację i pokrycie wszelkich kosztów leczenia za granicą, które wynikają z przyjętego planu leczenia lub są związane z leczeniem poważnego stanu chorobowego, do wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego oraz limitów wskazanych w § 4 ust. 4 w Tabeli 2 (z wyjątkiem usług i kosztów wyraźnie wyłączonych w niniejszych OWUD), w szczególności organizację i pokrycie kosztów:
      a) zakwaterowania i wyżywienia w szpitalu:
         a. zakwaterowania ubezpieczonego w szpitalu, które wynika z planu leczenia, oraz dodatkowego łóżka dla osoby towarzyszącej – jeśli szpital zapewnia taką usługę,
         b. posiłków dla ubezpieczonego, które są standardowo oferowane przez szpital,
      b) leczenia poważnego stanu chorobowego:
         a. opieki lekarskiej, pielęgniarskiej oraz opieki pozostałego personelu medycznego w każdym oddziale szpitala, w którym – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego i ze względu na przebieg leczenia – jest konieczne leczenie oraz w ambulatorium, zgodnie z zasadami pracy szpitala,
         b. wizyt lekarza prowadzącego leczenie za granicą, jeżeli ubezpieczony został przewieziony do innej placówki medycznej,
         c. badań diagnostycznych, które są wymagane do przygotowania leczenia lub w jego trakcie i są wykonywane na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie za granicą, w tym: badań rentgenowskich (RTG), tomografii komputerowej (CT), badań elektrokardiograficznych (EKG), elektroencefalograficznych (EEG), ultrasonograficznych (USG), badań z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, mikroskopowych badań szpiku kostnego (mielogram), kardiografii, badań elektrokardiograficznych (EKG), angiografii, rezonansu magnetycznego (MRI),
         d. leczenia metodami chemioterapii, leczenia metodami radioterapii rozumianej jako promieniowanie wysokoenergetyczne do zmniejszania guzów i niszczenia komórek nowotworowych promieniami rentgenowskimi, promieniami gamma i naładowanymi cząstkami, dostarczanymi przez urządzenie zlokalizowane poza ciałem (promieniowanie wiązką zewnętrzną) lub przez materiał radioaktywny umieszczony w organizmie w pobliżu komórek nowotworowych (wewnętrzna radioterapia),
         e. znieczulenia, jego podania przez lekarza anestezjologa oraz opieki anestezjologicznej przed, w trakcie i po zakończeniu znieczulenia,

f. korzystania z sal operacyjnych oraz wykonania operacji chirurgicznych,
g. chirurgii rekonstrukcyjnej, która polega na odbudowie lub naprawie struktury ciała w celu skorygowania funkcji uszkodzonej lub utraconej wskutek wykonanych procedur medycznych przeprowadzonych w ramach leczenia za granicą,
h. transfuzji krwi, podawania osocza i surowicy,
i. podawania tlenu, iniekcji dożylnych, podskórnych, domięśniowych,
j. leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie leczenia za granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub w innej placówce medycznej i są niezbędne, żeby ubezpieczony mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu leczenia za granicą,
k. leków i środków opatrunkowych, które są używane w placówce medycznej za granicą,
l. leków wydawanych na receptę przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą, które zostały przepisane po przeprowadzonej operacji, w ciągu 30 dni od daty zakończenia przez ubezpieczonego leczenia za granicą i tylko wtedy, gdy zostały zakupione przed powrotem do Polski,
m. transportu ambulansem drogowym lub karetką powietrzną, zaplanowanego i zaakceptowanego przez Further dla ubezpieczonego, osoby towarzyszącej i dawcy, jeśli ich użycie jest wskazane i zalecone przez lekarza konsultanta lub lekarza prowadzącego leczenie za granicą,
n. usług tłumacza medycznego w placówce medycznej za granicą; tłumacz posługuje się tym samym językiem, co ubezpieczony,
o. usług, które świadczą oddziały dzienne, pod warunkiem, że te same procedury medyczne mogłyby być wykonane w szpitalu albo placówce medycznej w ramach leczenia za granicą,

c) przeszczepu:
a. badań diagnostycznych potwierdzających zgodność tkankową przeprowadzanych w celu zidentyfikowania odpowiedniego dawcy wśród członków rodziny ubezpieczonego,
b. usług szpitalnych świadczonych na rzecz dawcy w zakresie: zakwaterowania w pokoju lub oddziale i wyżywienia podczas hospitalizacji,
c. opieki lekarskiej i pielęgniarskiej podczas hospitalizacji, obsługi pozostałego personelu medycznego, badań zleconych przez lekarza świadczonej na rzecz dawcy,
d. operacji pobrania narządu lub szpiku kostnego od dawcy dla ubezpieczonego,
e. leków i środków opatrunkowych,
f. leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie leczenia za granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub w warunkach klinicznych i są niezbędne, żeby dawca mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu procedury przeszczepu,

d) usług i materiałów na potrzeby hodowli szpiku kostnego w związku z przeszczepem tkanki u ubezpieczonego.

8. W ramach dziennego świadczenia szpitalnego, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu dzienne świadczenie szpitalne, w wysokości równowartości 100 EUR za każdy dzień pobytu w szpitalu połączony z noclegiem, poza granicami Polski, w celu leczenia poważnego stanu chorobowego na podstawie certyfikatu leczenia za granicą. Łączna wysokość świadczenia nie może przekroczyć limitu oraz sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w § 4 ust. 4 w Tabeli 2.
9. Świadczenie, o którym mowa w ust. 8, wypłacane jest na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczonego, w ciągu 14 dni po każdym zakończonym tygodniu pobytu w szpitalu za granicą.
10. W ramach repatriacji zwłok, ubezpieczyciel, zapewnia organizację i pokrycie kosztów repatriacji zwłok ubezpieczonego lub dawcy, jeśli śmierć ubezpieczonego lub dawcy nastąpiła w czasie organizowanego przez Further procesu leczenia poważnego stanu chorobowego za granicą.
11. Świadczenie, o którym mowa w ust. 10, obejmuje zakup trumny przewozowej, balsamowanie zwłok, transport na lotnisko, przelot oraz transport z lotniska do miejsca pochówku w Polsce lub w przypadku dawcy w kraju zamieszkania.
12. W ramach kosztów medycznych opłacanych po powrocie z leczenia za granicą, ubezpieczyciel zapewnia zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę po powrocie do Polski, jeżeli ubezpieczony korzystał z leczenia za granicą i jego pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 3 dni oraz jeżeli zostały spełnione łącznie następujące warunki:
    1) leki wydawane na receptę zalecił lekarz prowadzący leczenie za granicą jako niezbędną kontynuację leczenia,
    2) recepty, na podstawie zaleceń lekarza prowadzącego leczenie za granicą, wystawił lekarz w Polsce przed upływem okresu realizacji świadczeń,
    3) ilość leku na każdej recepcie, wyliczona na podstawie zaleconego sposobu dawkowania, jest niezbędna do stosowania w okresie nie dłuższym niż trzy miesiące,
    4) leki wydawane na receptę zostały zakupione w Polsce,
    5) ubezpieczony przedstawił dokumenty potwierdzające zakup leków wydawanych na receptę w Polsce.
13. Zwrot ubezpieczonemu poniesionych kosztów zakupu leków wydawanych na receptę następuje w przypadku:
    1) złożenia wniosku o zwrot kosztów, kopii recepty lub wydruku informacyjnego o e-recepcie i rachunku,
    2) wskazania we wniosku o zwrot kosztów informacji o częściowym sfinansowaniu leku przez publiczną służbę zdrowia, o ile taka sytuacja ma miejsce.
14. Dokumenty, w przypadku o którym mowa w ust. 12 pkt 5), powinny być dostarczone do ubezpieczyciela w ciągu 180 dni od dnia, w którym ubezpieczony poniósł te wydatki.
15. W przypadku, gdy leki wydawane na receptę, które zalecił lekarz prowadzący leczenie za granicą jako niezbędną kontynuację leczenia nie są dostępne w Polsce lub nie są dopuszczone do obrotu w Polsce, ubezpieczenie pokrywa również zakup tych leków za granicą. W tym przypadku ubezpieczyciel organizuje wystawienie recepty oraz organizuje i pokrywa koszty podróży i zakwaterowania ubezpieczonego oraz osoby towarzyszącej za granicą, w celu zakupu zaleconych leków, na zasadach obowiązujących dla świadczenia opieki medycznej za granicą.

Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą

§ 9

1. W przypadku wystąpienia poważnego stanu chorobowego, ubezpieczyciel zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w wysokości nie przekraczającej podanych limitów w ramach poszczególnych świadczeń i sumy ubezpieczenia dodatkowego, określonych w § 4 ust. 4 w Tabeli 2.
2. Po zakończeniu leczenia za granicą, ubezpieczyciel:
   1) potwierdza ubezpieczonemu zakończenie leczenia za granicą, gdy zgodnie z opinią lekarza prowadzącego leczenie za granicą, z medycznego punktu widzenia, nie jest już konieczne dalsze leczenie w placówce medycznej za granicą;
   2) przekazuje ubezpieczonemu przetłumaczoną na język polski dokumentację medyczną dotyczącą leczenia za granicą wraz z planem kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą w związku z przebytym poważnym stanem chorobowym, zawierającym zalecenia lekarza prowadzącego to leczenie;
   3) przedstawia ubezpieczonemu listę rekomendowanych placówek medycznych w Polsce;
   4) po zakończeniu leczenia za granicą i powrocie do Polski, zwraca ubezpieczonemu koszty wynikające z realizacji planu kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą w rekomendowanej lub zaakceptowanej przez ubezpieczyciela placówce medycznej w Polsce, z zastrzeżeniem pkt 5) oraz ust. 3 pkt 2);
   5) na wniosek ubezpieczonego kontrola stanu zdrowia może się odbyć w placówce medycznej za granicą.
3. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą, obejmuje badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz konsultacje lekarskie z nimi związane, realizowane wyłącznie w rekomendowanych lub zaakceptowanych przez ubezpieczyciela placówkach medycznych w Polsce lub placówkach medycznych za granicą;
   1) przeprowadzana w Polsce – jest organizowana i opłacana przez ubezpieczonego. Ubezpieczyciel zwraca ubezpieczonemu poniesione koszty po otrzymaniu faktur lub rachunków i dowodów płatności, z wyjątkiem kosztów kontroli stanu zdrowia finansowanych przez publiczną służbę zdrowia, z zastrzeżeniem ust. 5 - 7 lub
   2) przeprowadzana za granicą – jest organizowana i opłacana przez ubezpieczyciela na zasadach obowiązujących dla świadczenia opieki medycznej za granicą. Przeprowadzana jest przez lekarza, który prowadził leczenie za granicą lub jego zespół medyczny.
4. Ubezpieczyciel zwraca koszty poniesione w ramach kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, jeśli zostały poniesione przed upływem okresu realizacji świadczeń.
5. Rachunki, faktury lub dowody płatności w przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1), powinny być dostarczone do ubezpieczyciela w ciągu 180 dni od dnia, w którym ubezpieczony poniósł te wydatki.
6. Jeżeli kontrola stanu zdrowia jest częściowo finansowana przez publiczną służbę zdrowia, we wniosku o zwrot kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, ubezpieczony powinien określić i wykazać, które koszty zostały poniesione przez niego.
7. Jeżeli wskutek zmiany stanu zdrowia, lekarze prowadzący kontrolę stanu zdrowia w Polsce zmienią zalecenia lekarza prowadzącego leczenie za granicą, to ubezpieczyciel zwróci koszty kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, po akceptacji tych zmian przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą.

Realizacja świadczeń

§ 10

1. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego do ubezpieczyciela przez ubezpieczonego.
2. W celu uzyskania Drugiej opinii medycznej ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie z Infolinią i podać następujące dane:
   1) imię i nazwisko ubezpieczonego;
   2) miejsce zamieszkania;
   3) numer polisy ubezpieczeniowej;
   4) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
   5) adres email – poczty elektronicznej;
   6) dzień wystąpienia poważnego stanu chorobowego.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest:
   1) dostarczyć wymagane przez ubezpieczyciela dokumenty;
   2) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej zgłaszanego rozpoznania poważnego stanu chorobowego;
   3) współpracować z Further w zakresie koniecznym do właściwej realizacji świadczeń.
4. Druga opinia medyczna wraz z informacją o przysługującym ubezpieczonemu uprawnieniu do opieki medycznej za granicą zostanie sporządzona i wysłana do ubezpieczonego w sposób z nim uzgodniony (pocztą na adres zamieszkania lub na adres poczty elektronicznej) w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczyciela, zgłoszenia roszczenia/zawiadomienia o wystąpieniu poważnego stanu chorobowego.
5. Jeśli w terminie określonym w ust. 4 nie jest możliwe przygotowanie Drugiej opinii medycznej, to zostanie ona przekazana ubezpieczonemu w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności jej sporządzenie stanie się możliwe. Bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel realizuje w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu poważnego stanu chorobowego.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 11

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona, gdy poważny stan chorobowy powstał w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa;
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
   3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
   4) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
   5) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
   6) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
   7) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeśli w dniu wystąpienia poważnego stanu chorobowego ubezpieczony, nie miał miejsca zamieszkania w Polsce albo miał miejsce zamieszkania w Polsce, ale w ciągu 12 miesięcy przed wystąpieniem poważnego stanu chorobowego przebywał poza Polską dłużej niż 183 dni kalendarzowe.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, nie zrealizuje świadczenia i nie pokrywa kosztów powstałych w związku z:
   1) niezastosowaniem się przez ubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie za granicą lub do określonego planu leczenia;
   2) odmową poddania się ubezpieczonego leczeniu, dodatkowym analizom lub badaniom diagnostycznym koniecznym w celu określenia ostatecznej diagnozy lub planu leczenia;
   3) leczeniem innymi metodami, jeśli zalecanym przez lekarza konsultanta sposobem leczenia jest przeszczep określony w module czwartym;
   4) leczeniem nowotworów związanych z AIDS i infekcją wirusem HIV;
   5) leczeniem nowotworów skóry, który nie jest czerniakiem złośliwym, i który nie został sklasyfikowany histopatologicznie, histologicznie jako powodujący inwazję/naciekanie poza naskórek (zewnętrzną warstwę skóry);
   6) leczeniem z wykorzystaniem terapii Limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy);
   7) leczeniem alternatywnym, leczeniem eksperymentalnym nawet, jeśli zaleca je lekarz podczas leczenia poważnego stanu chorobowego;
   8) leczeniem z wykorzystaniem terapii genowej, terapii komórkami somatycznymi, inżynierii tkankowej;
   9) leczeniem z zastosowaniem innej techniki niż pomostowanie (by-pass) tętnic wieńcowych w przypadku operacyjnego wykonania pomostów aortalno-wieńcowych naczyniowych (by-pass), w przypadku choroby niedokrwiennej serca (choroby wieńcowej);
   10) przeszczepieniem narządów od żywego dawcy, w którym:
      a) konieczność przeprowadzenia przeszczepu wątroby wynika ze skutków alkoholowej choroby wątroby,
      b) wykonanie przeszczepu wymaga leczenia komórkami macierzystymi;
      c) narząd do przeszczepu został zakupiony od dawcy narządów;
      d) ubezpieczony jest dawcą dla osoby trzeciej;
   11) przeszczepieniem narządów szpiku kostnego z wykorzystaniem przeszczepu krwiopochodnych komórek macierzystych z krwi pępowinowej.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje pokrycia kosztów w związku z:
   1) leczeniem chorób oraz wykonywaniem procedur medycznych nieobjętych zakresem ubezpieczenia;
   2) świadczeniami, które nie zostały wskazane w Drugiej opinii medycznej przez lekarza konsultanta w celu leczenia poważnego stanu chorobowego;
   3) poniesieniem kosztów w innej placówce medycznej za granicą niż wskazana w certyfikacie leczenia za granicą, do której został skierowany ubezpieczony;
   4) leczeniem powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych zastosowanych podczas leczenia za granicą, innych niż te, które:
      a) wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub innej placówce medycznej za granicą oraz
      b) są niezbędne, żeby ubezpieczony mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu leczenia za granicą;
   5) leczeniem długotrwałych skutków ubocznych, łagodzeniem przewlekłych objawów lub rehabilitacją (w tym fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej oraz terapii logopedycznej);
   6) leczeniem lub pobytem w szpitalach uzdrowiskowych (sanatoryjnych), szpitalach rehabilitacyjnych, sanatoriach i uzdrowiskach, ośrodkach pomocy społecznej, domach opieki, ośrodkach leczenia uzależnień, hospicjach, ośrodkach opieki domowej, nawet jeśli takie leczenie lub usługi są zalecane lub konieczne w ramach leczenia poważnego stanu chorobowego;
   7) leczeniem zmian otępiennych, które wywołuje starość lub w przypadku wszelkiego rodzaju zaburzeń poznawczych, niezależnie od tego, jaka jest ich przyczyna;
   8) epidemią, którą ogłaszają władze państwowe.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje pokrycia kosztów:
   1) dodatkowych posiłków, poza śniadaniami hotelowymi zapewnionymi w ramach pobytu w hotelu oraz wszelkich innych dodatkowych kosztów pobytu w hotelu. Podwyższenie standardu hotelu nie jest objęte ubezpieczeniem;

2) przejazdów z hotelu do szpitala lub placówki medycznej lub do lekarza prowadzącego podczas leczenia za granicą;
3) rozmów telefonicznych ubezpieczonego, dawcy oraz osoby towarzyszącej;
4) tłumacza i tłumaczenia w innym zakresie niż te, które są przygotowane przez Further;
5) usług świadczonych osobie towarzyszącej, z wyjątkiem kosztów objętych ubezpieczeniem w ramach organizacji i pokrycia kosztów podróży, transportu i zakwaterowania;
6) zakwaterowania, transportu organizowanego przez ubezpieczonego, we własnym zakresie bądź przez osobę trzecią w imieniu ubezpieczonego;
7) wydatków medycznych poniesionych przed datą wystawienia certyfikatu leczenia za granicą;
8) zakupu leków lub kosztów leków podanych ubezpieczonemu wydawanych na receptę po powrocie do Polski, które są dostępne bez recepty lub zostały w całości sfinansowane przez publiczną służbę zdrowia.

6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje pokrycia kosztów powstałych w związku z zakupem lub wynajmem:
   1) sztucznych narządów lub organów ani urządzeń, które zastępują całość albo część narządu lub całość albo część funkcji tego narządu (protez), z wyjątkiem protez piersi po mastektomii, i protez zastawek serca jako skutków wykonania procedur medycznych zorganizowanych w ramach leczenia za granicą;
   2) przyrządów ortopedycznych, obuwia ortopedycznego, gorsetów, kul;
   3) okularów korekcyjnych, szkieł kontaktowych, protez zębowych, peruk;
   4) wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych i oczyszczaczy powietrza.
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za:
   1) medyczną poprawność Drugiej opinii medycznej ani za skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tej opinii;
   2) skutki wdrożenia planu leczenia w ramach leczenia za granicą, oraz leczenia za granicą, w tym jego skuteczność;
   3) skutki wdrożenia planów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w tym ich skuteczność.
8. Jeśli z powodu siły wyższej, a także ograniczeń operacyjnych czy logistycznych, które ogłaszają władze lokalne lub międzynarodowe, uniemożliwione będzie zorganizowanie i przeprowadzenie leczenia za granicą, to ubezpieczyciel zorganizuje usługi i pokryje koszty w ramach świadczenia wymienionego w § 8 ust. 7 w Polsce (z wyłączeniem świadczeń realizowanych lub finansowanych przez publiczną służbę zdrowia), o ile:
   1) te same ograniczenia nie uniemożliwiają organizacji tych usług i świadczeń w Polsce oraz
   2) istnieje możliwość realizacji leczenia w Polsce w takim samym zakresie, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. Usługi i świadczenia wskazane w ust. 8 będą realizowane w Polsce do czasu, gdy ubezpieczyciel będzie w stanie potwierdzić i zorganizować leczenie za granicą, a stan zdrowia ubezpieczonego będzie umożliwiał kontynuację leczenia poza Polską.

§ 12

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 13

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot

Załącznik nr 1 do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia ubezpieczonego za granicą (OWUD)
KATALOG POWAŻNYCH STANÓW CHOROBOWYCH WARTA

§ 1
Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych stanów chorobowych:

Nr	Moduł ochrony	Rodzaj poważnego stanu chorobowego
1	NOWOTWORY	1) nowotwór złośliwy
		2) nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ)
		3) ciężka dysplazja nowotworowa
2	CHIRURGIA SERCOWO-NACZYNIOWA	4) operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)
		5) operacja zastawki serca
3	NEUROCHIRURGIA	6) operacja mózgu
		7) operacja łagodnego guza rdzenia kręgowego
4	PRZESZCZEPY	8) przeszczep narządów od żywego dawcy
		9) przeszczep szpiku kostnego

Nowotwór (guz) złośliwy

§ 2
Za nowotwór (guz) złośliwy uważa się nowotwór (guz) o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powoduje naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek oraz posiada zdolność do tworzenia przerzutów do innych narządów. Do nowotworów złośliwych zalicza się także mięsaka, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina) i białaczkę. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ)

§ 3
Za nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ), uważa się każdy rak przedinwazyjny lub nowotwór „in situ" (Tis): nowotwór złośliwy, który ogranicza się do nabłonka (nie przekracza błony podstawnej nabłonka) i który nie nacieka podścieliska i nie daje przerzutów. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Ciężka dysplazja nowotworowa

§ 4
Za ciężką dysplazję nowotworową, uważa się wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które są cytologicznie lub histologicznie sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia (ang. high-grade dysplasia) lub ciężka dysplazja (ang. severe dysplasia).

Operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)

§ 5
Za operację pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) uważa się zabieg polegający na wszczepieniu co najmniej jednego pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej, z zastosowaniem techniki pomostowania (by-pass).

Operacja zastawki serca

§ 6
Za operację zastawki serca, uważa się zabieg polegający na wymianie lub naprawie jednej lub większej liczby zastawek serca, niezależnie od tego, czy jest wykonywana w trakcie operacji na otwartej klatce piersiowej, minimalnie inwazyjnie lub za pomocą cewnika kardiologicznego, na podstawie zalecenia wydanego przez lekarza kardiologa.

Operacja mózgu

§ 7
Za operację mózgu uważa się zabieg polegający na interwencji neurochirurgicznej w mózgu lub w pozostałych strukturach wewnątrzczaszkowych.

Operacja łagodnego guza rdzenia kręgowego

§ 8
Za operację łagodnego guza rdzenia kręgowego uważa się zabieg polegający na interwencji neurochirurgicznej mającej na celu leczenie łagodnego guza rdzenia kręgowego. Łagodny guz rdzenia kręgowego, to tylko taki guz, który jest zlokalizowany w rdzeniu kręgowym („Medula Spinalis"), a jego łagodny charakter jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.

Przeszczep narządów od żywego dawcy

§ 9

Za przeszczepienie narządów uważa się operację chirurgiczną, podczas której ubezpieczonemu jako biorcy zostaje przeszczepiona nerka, płat płuca, część wątroby lub część trzustki od innego żyjącego zgodnego antygenowo dawcy.

Przeszczep szpiku kostnego

§ 10

Za przeszczepienie szpiku kostnego uważa się przeszczep komórek szpiku kostnego lub komórek macierzystych z krwi obwodowej, które pochodzą od ubezpieczonego (przeszczep autologiczny) lub dawcy (przeszczep allogeniczny).

§ 11

Niniejszy katalog poważnych stanów chorobowych Warta został zatwierdzony uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzony w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia ubezpieczonego za granicą Plus zatwierdzonych Uchwałą nr 173/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 1 grudnia 2024 roku sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 OWU § 1 § 3 § 6 - § 14 § 15 Zał. nr 1 do OWUD
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 14 ust.13 OWU § 3 § 4 § 6 - § 14 § 16 Zał. nr 1 do OWUD

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA LECZENIA UBEZPIECZONEGO ZA GRANICĄ PLUS

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia ubezpieczonego za granicą Plus mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
   1) **badania kliniczne** – badania przeprowadzane z udziałem pacjentów w celu oceny bezpieczeństwa i skuteczności nowego protokołu leczenia, nowego leku, nowego wyrobu medycznego lub nowej procedury diagnostycznej. Pacjent z diagnozą nowotworu złośliwego w przypadkach spełniających warunki określone przez organizatora badań klinicznych zostaje zakwalifikowany do udziału w badaniu klinicznym nowego protokołu leczenia, który jest dostępny wyłącznie w fazie eksperymentalnej lub co do którego przewiduje się, że będzie bardziej skuteczny niż leczenie dostępne standardowo;
   2) **badanie mutacji germinalnych** – rodzaj testu genetycznego mającego na celu wykrycie mutacji dziedzicznych, które są obecne w każdej komórce ciała i były obecne od urodzenia. Celem tego badania jest ustalenie odziedziczonych predyspozycji do zachorowania na pewne typy nowotworów. Wyniki testu mogą pomóc w opiece onkologicznej poprzez identyfikację pacjentów z dziedzicznymi czynnikami ryzyka mogącymi wpływać na leczenie choroby nowotworowej oraz przyszłe ryzyko występowania kolejnych pierwotnych nowotworów złośliwych. Analiza może być istotna dla członków rodziny, którzy mogą dziedziczyć te same mutacje. Testowanie jest wykonywane jako analiza materiału w formie wymazu z policzka, próbki śliny lub próbki krwi;
   3) **badanie mutacji somatycznych** – rodzaj testu genetycznego, który wykrywa nabyte mutacje w określonym zestawie komórek lub tkanek w celu określenia czynników, które mogą wpłynąć na wybór metody leczenia, przeprowadzony na podstawie analizy materiału pobranego w wyniku biopsji tkankowej lub biopsji płynnej;
   4) **certyfikat leczenia za granicą** – dokument wydany przez Further, w imieniu ubezpieczyciela, na organizację i pokrycie kosztów leczenia za granicą oraz innych świadczeń i usług, które są objęte ochroną ubezpieczeniową. Certyfikat jest ważny 3 miesiące od daty wystawienia;
   5) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
   6) **dawca** – żywa osoba, od której pobierane są komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu dla ubezpieczonego;
   7) **druga opinia medyczna** – pisemna opinia lekarza konsultanta, wydawana na wniosek ubezpieczonego, która oparta jest na analizie dokumentacji medycznej dotyczącej ubezpieczonego, w zakresie poprawności ustalonej przez lekarza prowadzącego diagnozy poważnego stanu chorobowego, podjętego leczenia oraz rokowania co do możliwości wyleczenia, zawierająca propozycję planu leczenia;
   8) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze szpitala;
   9) **dzień wystąpienia poważnego stanu chorobowego**:
      a) w odniesieniu do pierwszego modułu ochrony – dzień w okresie odpowiedzialności, w którym według dokumentacji medycznej pobrano materiał do badania histopatologicznego (lub alternatywnie przeprowadzono badanie: lekarskie, obrazowe, laboratoryjne), na podstawie którego zdiagnozowano: nowotwór złośliwy, nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ), ciężką dysplazję nowotworową, lub
      b) w odniesieniu do modułu ochrony od numeru dwa do cztery – dzień w okresie odpowiedzialności, w którym po raz pierwszy lekarz pisemnie zalecił: operację pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), operację zastawki serca, operację mózgu, operację łagodnego guza rdzenia kręgowego, przeszczepienie narządów od żywego dawcy, przeszczepienie szpiku kostnego;
   10) **ekspercki raport medyczny** – dokument medyczny przygotowany przez jednego eksperta lub radę ekspertów medycznych, który przekłada wyniki testów genetycznych na rekomendacje kliniczne;
   11) **Further** – Further Underwriting International SLU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii, za pośrednictwem którego ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz realizację usług i świadczeń objętych ochroną ubezpieczeniową, w tym nadzór nad organizacją procesu leczenia ubezpieczonego. Ilekroć w niniejszych OWUD jest wskazane, że określone czynności wykonuje Further należy przez to rozumieć, że wykonuje je ubezpieczyciel za pośrednictwem Further;
   12) **infolinia** – infolinia ubezpieczyciela, obsługująca przyjmowanie zgłoszeń, rejestrację wniosków o wypłatę świadczenia, zapytania klientów i korespondencję. Numer telefonu infolinii znajduje się na polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia;
   13) **inżynieria tkankowa** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek zmodyfikowanych tak, by mogły być zastosowane do naprawy, regeneracji lub zamiany z tkankami ludzkimi;
   14) **katalog poważnych stanów chorobowych** – Katalog poważnych stanów chorobowych Warta stanowiący załącznik nr 1 do niniejszych OWUD;
   15) **kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą** – świadczenie obejmujące kontrolę stanu zdrowia ubezpieczonego po powrocie do Polski, która została zaplanowana przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą. Kontrola ta obejmuje badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz konsultacje lekarskie z nimi związane, realizowane wyłącznie w rekomendowanych lub zaakceptowanych przez Further placówkach medycznych w Polsce lub placówkach medycznych za granicą. Celem kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą jest ustalenie, czy ubezpieczony może w przyszłości cierpieć na poważny stan chorobowy

oraz zapobieganie poważnym stanom chorobowym lub ich nawrotom;

16) **leczenie alternatywne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt medyczny albo farmaceutyczny, które nie są uważane za część medycyny konwencjonalnej lub za standardowe zabiegi tj.: akupunktura, aromaterapia, medycyna chiropraktyczna, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna;
17) **leczenie eksperymentalne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt, których skuteczność i bezpieczeństwo nie zostało potwierdzone naukowo i medycznie, lub które są w trakcie badań lub testów, niezależnie od tego, na jakim etapie są te badania lub testy;
18) **leczenie za granicą** – leczenie poważnego stanu chorobowego, zorganizowane przez Further w trakcie obowiązującego okresu realizacji świadczeń, które:
    a) odbywa się poza Polską, w placówce medycznej wybranej przez ubezpieczonego spośród placówek rekomendowanych przez Further,
    b) jest konieczne z medycznego punktu widzenia w celu poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego, w związku z wystąpieniem poważnego stanu chorobowego,
    c) jest uznawane za efektywne w poprawie stanu zdrowia ubezpieczonego, na podstawie opinii lekarza konsultanta lub Further we współpracy z lekarzem prowadzącym leczenie za granicą, na temat danego poważnego stanu chorobowego. Leczenie poważnego stanu chorobowego, które uwzględnia aktualną wiedzę medyczną (w szczególności wytyczne organizacji NCCN (National Comprehensive Cancer Network) w zakresie leczenia nowotworu);
19) **lek wydawany na receptę** – substancja lub połączenie substancji, która jest wydawana wyłącznie na receptę i jest dopuszczona do obrotu w danym kraju. Recepta na lek jest ważna także dla odpowiednika tego leku, o tych samych składnikach aktywnych i sile dawkowania;
20) **lekarz** – osoba, która posiada formalnie potwierdzone kwalifikacje do leczenia ludzi, zgodnie z prawem państwa, w którym prowadzi praktykę zawodową i wykonuje zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji;
21) **lekarz konsultant** – lekarz medycyny, praktykujący poza terytorium Polski, o specjalności lekarskiej i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danego poważnego stanu chorobowego, który sporządza drugą opinię medyczną. Kwalifikacje lekarza powinny być potwierdzone zgodnie z prawem obowiązującym w kraju, w którym będzie świadczona usługa leczenia;
22) **moduł ochrony** – jeden z czterech modułów, wskazany w § 3 ust. 3 w Tabeli 1 oraz w Katalogu poważnych stanów chorobowych Warta, obejmujący swoim zakresem określone rodzaje poważnych stanów chorobowych objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela;
23) **miejsce zamieszkania** – miejsce stałego pobytu ubezpieczonego/dawcy, na terytorium Polski, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu;
24) **nowotwór rzadki** – nowotwór złośliwy występujący z częstością < 6/100.000, zamieszczony w wykazie nowotworów rzadkich w Europie (RARECAR), publikowanym na stronie https://www.rarecarenet.eu;
25) **okres realizacji świadczeń** – trwający w nieprzerwany sposób okres nie dłuższy niż 36 miesięcy, który liczony jest od pierwszego dnia pierwszej podróży rozpoczynającej leczenie za granicą pierwszego z poważnych stanów chorobowych, wymienionych w Katalogu poważnych stanów chorobowych Warta, w ramach danego modułu ochrony i dotyczy wszystkich poważnych stanów chorobowych z tego modułu, które wystąpiły w tym okresie. Na wszystkie poważne stany chorobowe występujące w ramach danego modułu ochrony przypada wyłącznie jeden, ten sam okres realizacji świadczeń, z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
26) **okres ubezpieczenia wynikający z umowy dodatkowego ubezpieczenia** - okres, którego dzień początkowy i czas trwania wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu:
    a) wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia albo
    b) pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna zgodnie z częstotliwością opłacania, wskazaną w polisie albo innym dokumencie ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia

    i kończący się z końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 4-6
27) **opieka medyczna za granicą** – świadczenie obejmujące organizację i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego, zakwaterowania podczas leczenia za granicą, kosztów medycznych w trakcie leczenia za granicą, dzienne świadczenie szpitalne, zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę po powrocie z leczenia za granicą, a w przypadku śmierci ubezpieczonego lub dawcy organizację i pokrycie kosztów repatriacji zwłok;
28) **organizator badań klinicznych** – podmiot odpowiedzialny za inicjowanie, prowadzenie i zarządzanie badaniami klinicznymi zgodnie z obowiązującymi przepisami i standardami etycznymi;
29) **osoba towarzysząca** – osoba wskazana przez ubezpieczonego, która towarzyszy mu podczas realizacji świadczeń wynikających z umowy dodatkowego ubezpieczenia;
30) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona;
31) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia ubezpieczonego za granicą Plus, stanowiące załącznik do OWU;
32) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, działające zgodnie z wymogami prawnymi dla tego typu placówek w państwie, w którym się znajduje, jak również praktyka lekarska prowadzona zgodnie z wymogami prawnymi dla tego typu placówek w państwie, w którym jest prowadzona w przypadku badań klinicznych – podmiot, w którym przeprowadzane są badania kliniczne;
33) **pobyt w szpitalu** – pobyt ubezpieczonego w placówce medycznej lub szpitalu za granicą, w trakcie opieki medycznej za granicą, trwający nieprzerwanie dłużej niż:
    a) 1 dzień – w przypadku dziennego świadczenia szpitalnego,

b) 3 dni – w przypadku zwrotu kosztów medycznych opłaconych po powrocie z leczenia za granicą;

34) **postępowanie profilaktyczne** – jakakolwiek procedura medyczna albo przyjęcie leku mająca wyłącznie na celu obniżenie ryzyka zachorowania na nowotwór złośliwy. Przykładem postępowania profilaktycznego jest profilaktyczna operacja chirurgiczna, która polega na usunięciu tkanki lub organu, o zwiększonym ryzyku zachorowania na nowotwór złośliwy, w którym obecnie nie potwierdzono występowania komórek nowotworowych;
35) **poważny stan chorobowy** – rodzaj poważnego stanu chorobowego wymieniony i zdefiniowany w Katalogu poważnych stanów chorobowych Warta, w odniesieniu do którego, w okresie odpowiedzialności, rozpoczęto proces diagnostyczno-leczniczy oraz postawiono diagnozę:
   a) w ramach pierwszego modułu ochrony – nowotworu złośliwego, nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (in situ), ciężkiej dysplazji nowotworowej, lub
   b) w ramach modułu ochrony od numeru dwa do cztery – choroby lub wystąpił uraz, wymagające przeprowadzenia przeszczepu narządów od żywego dawcy, przeszczepu szpiku kostnego lub operacji pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), operacji zastawki serca, operacji mózgu, operacji łagodnego guza rdzenia kręgowego;
36) **siła wyższa** – zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia, którego skutkom nie można było zapobiec;
37) **spersonalizowana terapia onkologiczna (medycyna precyzyjna)** – świadczenie w ramach umowy ubezpieczenia dodatkowego, w ramach którego Further wykonuje dodatkowe badanie molekularne mające na celu dokładne zdiagnozowanie choroby umożliwiające spersonalizowanie leczenia, w tym oceny oporności, oraz określenie rokowania pacjenta. Świadczenie może zawierać ocenę możliwości uczestnictwa w badaniach klinicznych;
38) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowej ubezpieczenia, a także w § 4 ust. 4 w Tabeli 2, stanowiąca górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela, do wysokości której realizowane są wszystkie świadczenia w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz ubezpieczonego, bez względu na liczbę występujących rodzajów poważnych stanów chorobowych, z zastrzeżeniem limitów w ramach poszczególnych świadczeń wskazanych w § 4 ust. 4 w Tabeli 2;
39) **szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z wymogami prawa państwa, w którym się znajduje, odpowiedzialny za leczenie i zapewnienie całodobowej opieki medycznej przez wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia;
40) **terapia genowa** – terapia, która dotyczy genów powodujących efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny i polega na wprowadzeniu do organizmu fragmentów genów (DNA lub RNA) stworzonych w laboratorium, w celu leczenia różnego rodzaju chorób (w tym chorób genetycznych, nowotworów albo chorób przewlekłych);
41) **terapia komórkami somatycznymi** – terapia, która dotyczy komórek lub tkanek poddanych modyfikacjom w celu zmiany ich charakterystyki biologicznej lub procedury użycia komórek lub tkanek w innej roli, niż ich podstawowa rola biologiczna w organizmie. Procedury te mogą być stosowane do leczenia, diagnostyki lub zapobiegania chorobom;
42) **terapia Limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy – terapia z użyciem limfocytów T z chimerycznymi receptorami antygenowymi)** – rodzaj leczenia, w którym funkcja limfocytów T pacjenta (rodzaj komórek układu odpornościowego) została zmodyfikowana w laboratorium w taki sposób, żeby rozpoznawały i niszczyły komórki nowotworowe. Limfocyty T są pobierane z krwi pacjenta;
43) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – niniejsza umowa dodatkowego ubezpieczenia leczenia ubezpieczonego za granicą Plus;
44) **uprawnieni członkowie rodziny** – naturalne rodzeństwo i naturalne dzieci ubezpieczonego, ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na nowotwór złośliwy;
45) **zaaprobowany protokół terapii CAR-T** – zastosowanie terapii Limfocytami CAR-T obejmującej pojedynczą infuzję leku oraz etapy leczenia przygotowawczego (wstępnego) wraz z podaniem leków przygotowujących do infuzji (premedykacja), jak również monitorowanie stanu pacjenta po infuzji przeprowadzone ściśle z protokołem leczenia określonym w licencji farmaceutycznej opracowanej przez upoważnione do tego podmioty w kraju, gdzie dana procedura jest przeprowadzana;
46) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie u ubezpieczonego poważnego stanu chorobowego objętego zakresem ubezpieczenia w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Zawarcie i czas trwania ubezpieczenia dodatkowego

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
   2) nie później niż 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo innym dokumencie ubezpieczenia, od którego umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.

   Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę dodatkowego ubezpieczenia albo odmówić jej zawarcia.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która ma miejsce zamieszkania w Polsce oraz w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 1 rok, z zastrzeżeniem ust. 5-6 i 8.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia

wynikajacego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejny rok, z zastrzeżeniem ust. 6 i 8.

6. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 85 lat.
7. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
   1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 lub
   2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5;

   dokumentów, na podstawie których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
9. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w pozostałym zakresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się do realizacji świadczeń określonych w § 6 ust.1, w przypadku wystąpienia u ubezpieczonego, w okresie odpowiedzialności:
   1) poważnego stanu chorobowego,
   2) każdego kolejnego poważnego stanu chorobowego z tego samego modułu ochrony, w okresie realizacji świadczeń, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4.
3. Moduły ochrony i rodzaje poważnych stanów chorobowych, objętych odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ramach danego modułu:

Tabela 1 Moduły ochrony i rodzaje poważnych stanów chorobowych

Nr	Moduł ochrony	Rodzaj poważnego stanu chorobowego	Rodzaj poważnego stanu chorobowego upoważniającego do spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej)
1	NOWOTWORY	1) nowotwór złośliwy	Nowotwór złośliwy sklasyfikowany jako spełniający co najmniej jedno z poniższych kryteriów: a) nowotwór złośliwy, który nie odpowiada na leczenie pierwszej linii (zgodnie z opinią lekarza onkologa prowadzącego leczenie) b) nowotwory złośliwe zdiagnozowane w stadium III lub IV c) nowotwory o nieznanym punkcie wyjścia (brak jasno stwierdzonego ogniska pierwotnego nowotworu złośliwego) d) nowotwory rzadkie
		2) nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ)	nie dotyczy
		3) ciężka dysplazja nowotworowa	
2	CHIRURGIA SERCOWO-NACZYNIOWA	4) operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)	nie dotyczy
		5) operacja zastawki serca	
3	NEUROCHIRURGIA	6) operacja mózgu	nie dotyczy
		7) operacja łagodnego guza rdzenia kręgowego	
4	PRZESZCZEPY	8) przeszczep narządów od żywego dawcy	nie dotyczy
		9) przeszczep szpiku kostnego	

4. Uprawnionym do otrzymania świadczeń, określonych w § 6 ust. 1 jest ubezpieczony.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia ubezpieczonego za granicą Plus, której przyczyną jest:

1) wypadek – rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia;
2) choroba – rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia;

nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W sytuacji zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o której mowa w § 2 ust. 2 pkt 2) odpowiedzialność ubezpieczyciela w przypadku wskazanym:
   1) w ust. 1 pkt 1) rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5;
   2) w ust. 1 pkt 2) rozpoczyna się po upływie 90 dni liczonych od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.

   Pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje umowa dodatkowego ubezpieczenia wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia ubezpieczonego za granicą Plus wygasa na zasadach określonych w § 3 ust. 11 OWU, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 85 lat.
4. Łączna wysokość wszystkich świadczeń realizowanych w ramach rozpoczętych okresów realizacji świadczeń bez względu na liczbę występujących rodzajów poważnych stanów chorobowych, nie może przekroczyć maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego (górnej granicy odpowiedzialności), określonej w Tabeli 2, w odniesieniu do danego ubezpieczonego, w ramach zawartej umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem limitów w ramach poszczególnych świadczeń.

Tabela 2 Suma ubezpieczenia dodatkowego i limity świadczeń

Wysokość sumy ubezpieczenia dodatkowego (górna granica odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia)	2 000 000 EUR
Rodzaj świadczenia	Limity w ramach poszczególnych świadczeń
1. Druga opinia medyczna	jedna opinia dla danego rodzaju poważnego stanu chorobowego
2. Opieka medyczna za granicą (bez spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej)):	
1) Organizacja i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
2) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania	
3) Organizacja i pokrycie kosztów leczenia za granicą	
4) Dzienne świadczenie szpitalne	100 EUR za dzień pobytu w szpitalu, maksymalnie 6 000 EUR na każdy poważny stan chorobowy leczony za granicą w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego ubezpieczonego
5) Zwrot kosztów medycznych opłaconych po powrocie z leczenia za granicą – zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę	maksymalnie 50 000 EUR w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego ubezpieczonego (bez względu na liczbę poważnych stanów chorobowych leczonych za granicą)
6) Organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
3. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą	
4. Spersonalizowana terapia onkologiczna (medycyna precyzyjna):	
1) Badanie mutacji somatycznych	Pojedyncze badanie profilowania molekularnego i odpowiedni ekspercki raport medyczny dla każdego unikalnego rozpoznania (diagnozy) choroby nowotworowej
2) Opieka medyczna za granicą wynikająca z rekomendacji zawartych w eksperckim raporcie medycznym obejmująca protokoły leczenia zgodnie ze wskazaniami rejestracyjnymi leków i poza wskazaniami rejestracyjnymi leków:	
a) Organizacja i pokrycie kosztów podróży i transportu medycznego	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
b) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania	
c) Organizacja i pokrycie kosztów leczenia za granicą	

d) Dzienne świadczenie szpitalne	100 EUR za dzień pobytu w szpitalu, maksymalnie 6 000 EUR na każdy poważny stan chorobowy leczony za granicą w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego ubezpieczonego
e) Zwrot kosztów medycznych opłaconych po powrocie z leczenia za granicą – zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę	maksymalnie 50 000 EUR w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego ubezpieczonego (bez względu na liczbę poważnych stanów chorobowych leczonych za granicą)
f) Organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
3) Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą na podstawie rekomendacji z eksperckiego raportu medycznego (protokoły leczenia zgodne ze wskazaniami rejestracyjnymi leków i poza wskazaniami rejestracyjnymi leków)	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
4) Badania kliniczne w Polsce:	
a) Organizacja i pokrycie kosztów podróży i transportu medycznego	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
b) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania	
c) Dzienne świadczenie dla badań klinicznych	100 EUR za dzień pobytu w szpitalu, w którym ubezpieczony przyjmował lek w ramach badania lub był testowany w wyznaczonym szpitalu lub placówce medycznej, w ramach protokołu badania klinicznego, maksymalnie: 6 000 EUR
d) Organizacja i pokrycie kosztów transportu zwłok do miejsca pochówku	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
5) Badania kliniczne poza Polską:	
a) Organizacja i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
b) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania	
c) Organizacja i pokrycie kosztów medycznych (pod warunkiem, że leczenie i badania kliniczne są przeprowadzane w tym samym szpitalu lub placówce medycznej)	
d) Dzienne świadczenie dla badań klinicznych	100 EUR za dzień pobytu w szpitalu, w którym ubezpieczony przyjmował lek w ramach badania lub był testowany w wyznaczonym szpitalu lub placówce medycznej, w ramach protokołu badania klinicznego, maksymalnie: 6 000 EUR
e) Organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
f) Kontrola stanu zdrowia po badaniach klinicznych poza Polską	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
6) Testy genetyczne dla rodziny	uprawnieni członkowie rodziny

5. Każdy koszt związany z organizacją i realizacją świadczeń, o których mowa w § 6 ust.1, pokrywany przez ubezpieczyciela w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia, pomniejsza sumę ubezpieczenia dodatkowego. Wysokość aktualnej sumy ubezpieczenia dodatkowego ubezpieczony może sprawdzić kontaktując się z infolinią.
6. Suma ubezpieczenia dodatkowego oraz limity odpowiedzialności w ramach poszczególnych świadczeń wyrażone są w EUR. Wszystkie koszty poniesione w walucie innej niż EUR przeliczane są na EUR. Do przeliczenia używany jest średni kurs ogłoszony przez Narodowy Bank Polski z dnia, w którym ten koszt został poniesiony.
7. Zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę, zwrot kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą organizowanej w Polsce są realizowane w walucie, w której koszt poniósł ubezpieczony, na rachunek bankowy ubezpieczonego.

Składka

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.

Świadczenia

§ 6

1. Zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia:
   1) bez wykorzystania spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej):
      a) druga opinia medyczna, zakres świadczenia określony w § 7;
      b) opieka medyczna za granicą, zakres świadczenia określony w § 8;
      c) kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą, zakres świadczenia określony w § 9.
   2) przy wykorzystaniu spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej):
      a) profilowanie molekularne i ocena jego wyników zawarta w eksperckim raporcie medycznym, zakres świadczenia określony w § 10;
      b) przegląd badań klinicznych, zakres świadczenia określony w § 11;
      c) pokrycie wydatków wynikających z zaleceń spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej), zakres świadczeń określony w § 12-13;
      d) testy genetyczne dla rodziny, zakres świadczenia określony w § 14.

   W przypadku jeśli diagnoza nowotworu złośliwego nie kwalifikowała ubezpieczonego do skorzystania ze spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej) - to późniejszy rozwój nowotworu złośliwego do stadium III lub IV albo potwierdzona nieskuteczność leczenia pierwszej linii upoważnia do późniejszego skorzystania z spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej).
2. Świadczenia z zakresu spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej) są realizowane pod warunkiem, że łącznie spełnione są poniższe wymagania:
   1) ubezpieczony jest w trakcie terapii nowotworowej lub otrzymał zalecenie natychmiastowego rozpoczęcia leczenia onkologicznego;
   2) diagnoza nowotworu potwierdza wystąpienie nowotworu złośliwego spełniającego jedno z kryteriów określonych w Tabeli 1;
   3) materiał do testów jest dostępny w formie próbki z biopsji spełniającej kryteria wyznaczone przez laboratorium, które umożliwiają mu ich prawidłowe przeprowadzenie. Jeśli próbka nie zawiera wystarczającej liczby komórek nowotworu – w uzasadnionych medycznie przypadkach możliwe jest wykorzystanie płynnej biopsji (próbki krwi).

   Jeśli dany przypadek upoważnia ubezpieczonego do skorzystania ze spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej), ubezpieczony decyduje czy skorzystać ze świadczeń z wykorzystaniem spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej), czy też bez niej i informuje o tym Further.
3. Okres realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 1 dla danego modułu ochrony wskazanego w § 3 ust. 3 w Tabeli 1, jest ograniczony do okresu 36 miesięcy i liczony jest odrębnie dla każdego ze wskazanych modułów ochrony, z zastrzeżeniem ust. 4. W sytuacji, gdy 36-miesięczny okres realizacji świadczeń kończy się w trakcie leczenia za granicą, świadczenia będą realizowane na podstawie wcześniej ustalonego planu leczenia, do najbliższego ustalonego dnia powrotu do Polski.
4. Jeżeli w trakcie leczenia nowotworu (realizacji świadczeń w ramach pierwszego modułu ochrony wg. numeracji określonej w § 3 ust. 3 w Tabeli 1) w związku z leczeniem tego nowotworu, konieczne będzie przeprowadzenie operacji lub przeszczepu wskazanych w modułach ochrony od numeru dwa do cztery, to leczenie to realizowane będzie w ramach okresu realizacji świadczeń, który rozpoczął się dla pierwszego modułu ochrony.
5. W przypadku wystąpienia poważnego stanu chorobowego, zdefiniowanego w Katalogu poważnych stanów chorobowych Warta, w ramach świadczeń wymienionych w ust. 1, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztu usług i świadczeń, w wysokości nie przekraczającej podanych limitów i sumy ubezpieczenia dodatkowego, określonych w § 4 ust. 4 w Tabeli 2.

Druga opinia medyczna

§ 7

1. W ramach świadczenia drugiej opinii medycznej ubezpieczyciel:
   1) informuje ubezpieczonego o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie drugiej opinii medycznej. Na wniosek ubezpieczonego, na podstawie udzielonego przez niego pełnomocnictwa, ubezpieczyciel zapewnia pomoc w zebraniu wymaganych dokumentów;
   2) tłumaczy zebraną dokumentację na język lekarza konsultanta;
   3) przekazuje dokumentację medyczną lekarzowi konsultantowi;
   4) zapewnia sporządzenie drugiej opinii medycznej przez lekarza konsultanta i jej przetłumaczenie na język polski, i przekazuje ją ubezpieczonemu lub wskazanemu przez niego lekarzowi.
2. Druga opinia medyczna zawiera:
   1) opinię lekarza konsultanta dotyczącą diagnozy postawionej przez lekarza prowadzącego oraz dotychczas prowadzonego leczenia;
   2) propozycję planu leczenia.
3. Ubezpieczyciel na podstawie wyników drugiej opinii medycznej przesyła ubezpieczonemu: informacje o przysługującym uprawnieniu do opieki medycznej za granicą, przysługującym okresie realizacji świadczeń, warunkach skorzystania z pozostałych świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie oraz informuje, że w celu organizacji świadczeń opieki medycznej za granicą oraz kontroli stanu zdrowia po powrocie z zagranicy z ubezpieczonym skontaktuje się Further.
4. Ubezpieczony jest uprawniony do jednego świadczenia z tytułu drugiej opinii medycznej w stosunku do jednego rodzaju poważnego stanu chorobowego, z zastrzeżeniem ust. 5.

5. W uzasadnionych medycznie przypadkach Further, po konsultacji z ubezpieczonym, może sporządzić dodatkową drugą opinię medyczną.
6. Ubezpieczony może zrezygnować z drugiej opinii medycznej. W takiej sytuacji o zasadności i planie leczenia za granicą rozstrzyga Further na podstawie dostarczonej przez ubezpieczonego dokumentacji. Informację w powyższym zakresie ubezpieczony otrzymuje w terminie przewidzianym na wydanie drugiej opinii medycznej określonym w § 15 ust. 4-5.
7. Jeśli ubezpieczony zdecyduje się skorzystać z drugiej opinii medycznej, realizacja świadczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 2) rozpocznie po wydaniu drugiej opinii medycznej.
8. Nie można skorzystać z drugiej opinii medycznej, jeśli w danym przypadku rozpoczęto procedurę z wykorzystaniem spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej) zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 2).

Opieka medyczna za granicą

§ 8

1. Po podjęciu decyzji przez ubezpieczonego o skorzystaniu ze świadczenia opieki medycznej za granicą, Further w ciągu 3 dni roboczych przedstawi ubezpieczonemu listę trzech rekomendowanych placówek medycznych za granicą, kwalifikujących się do przeprowadzenia zaleconego w drugiej opinii medycznej dalszego leczenia poważnego stanu chorobowego poza granicami Polski.
2. Ubezpieczony ma prawo wyboru jednej z przedstawionych placówek medycznych w ciągu trzech miesięcy od daty otrzymania listy rekomendowanych placówek medycznych.
3. Po otrzymaniu od ubezpieczonego informacji o wyborze jednej z przedstawionych placówek medycznych, Further rozpoczyna proces organizacji świadczenia opieki medycznej za granicą poprzez:
   1) przekazanie ubezpieczonemu w ciągu 10 dni roboczych certyfikatu leczenia za granicą, oraz
   2) organizację podróży i zakwaterowania, które są konieczne do rozpoczęcia leczenia za granicą.

   Further informuje ubezpieczonego o proponowanych datach podróży z odpowiednim wyprzedzeniem, które pozwoli na ustalenie z ubezpieczonym ostatecznej daty podróży oraz niezbędne przygotowania. W przypadku, gdy ubezpieczony bez uzasadnienia medycznego, bez ważnego powodu osobistego albo bez uzgodnienia z Further zmieni ustaloną ostateczną datę podróży, Further zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do ubezpieczonego o zwrot kosztów związanych ze zmianą ustalonej ostatecznej daty podróży.
4. Jeżeli w okresie trzech miesięcy od daty otrzymania rekomendowanych placówek medycznych, ubezpieczony nie podejmie decyzji o wyborze placówki medycznej i nie rozpocznie się leczenie w wybranej placówce medycznej wskazanej w certyfikacie leczenia za granicą, lista rekomendowanych placówek medycznych oraz certyfikat leczenia za granicą zostaną przygotowane ponownie na podstawie oceny aktualnego stanu zdrowia ubezpieczonego.
5. W ramach podróży i transportu medycznego związanych z leczeniem za granicą, ubezpieczyciel, zapewnia:
   1) organizację i pokrycie kosztów podróży ubezpieczonego, osoby towarzyszącej i dawcy – do miejsca, w którym znajduje się wybrana przez ubezpieczonego placówka medyczna za granicą oraz podróży powrotnej do Polski lub do miejsca zamieszkania dawcy (jeśli znajduje się ono poza Polską) w zakresie:
      a) transportu z miejsca zamieszkania do wyznaczonego lotniska międzynarodowego lub dworca kolejowego,
      b) biletów na pociąg lub biletów lotniczych w klasie ekonomiczniej do miasta docelowego leczenia i transportu do wskazanego hotelu lub bezpośrednio do szpitala,
      c) transportu z wyznaczonego hotelu lub szpitala do wskazanego międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego,
      d) biletów na pociąg lub biletów lotniczych w klasie ekonomicznej, a następnie transportu do miejsca zamieszkania;
   2) organizację i pokrycie kosztów transportu, w tym ambulansem drogowym lub karetką powietrzną, ubezpieczonego, osoby towarzyszącej i dawcy, zaplanowanego i zaakceptowanego przez Further, jeżeli taki transport został zalecony przez lekarza konsultanta lub lekarza prowadzącego leczenie za granicą.
6. W ramach zakwaterowania podczas leczenia za granicą ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania ubezpieczonego, osoby towarzyszącej i dawcy w miejscu leczenia poważnego stanu chorobowego (poza granicami Polski), w pokoju dwuosobowym ze śniadaniem w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym, który znajduje się najbliżej placówki medycznej za granicą wybranej przez ubezpieczonego, w odległości nie większej niż 10 km od tej placówki, z zastrzeżeniem § 16 ust. 5 pkt. 1).
7. W ramach kosztów medycznych opłacanych w trakcie leczenia za granicą, ubezpieczyciel, zapewnia:
   1) organizację i pokrycie wszelkich kosztów leczenia za granicą, które wynikają z przyjętego planu leczenia lub są związane z leczeniem poważnego stanu chorobowego, do wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego oraz limitów wskazanych w § 4 ust. 4 w Tabeli 2 (z wyjątkiem usług i kosztów wyraźnie wyłączonych w niniejszych OWUD), w szczególności organizację i pokrycie kosztów:
      a) zakwaterowania i wyżywienia w szpitalu:
         a. zakwaterowania ubezpieczonego w szpitalu, które wynika z planu leczenia, oraz dodatkowego łóżka dla osoby towarzyszącej – jeśli szpital zapewnia taką usługę,
         b. posiłków dla ubezpieczonego, które są standardowo oferowane przez szpital,
      b) leczenia poważnego stanu chorobowego:
         a. opieki lekarskiej, pielęgniarskiej oraz opieki pozostałego personelu medycznego w każdym oddziale szpitala, w którym – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego i ze względu na przebieg leczenia – jest konieczne leczenie oraz w ambulatorium, zgodnie z zasadami pracy szpitala,
         b. wizyt lekarza prowadzącego leczenie za granicą, jeżeli ubezpieczony został przewieziony do innej placówki medycznej,
         c. badań diagnostycznych, które są wymagane do przygotowania leczenia lub w jego trakcie

i są wykonywane na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie za granicą, w tym: badań rentgenowskich (RTG), tomografii komputerowej (CT), badań elektrokardiograficznych (EKG), elektroencefalograficznych (EEG), ultrasonograficznych (USG), badań z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, mikroskopowych badań szpiku kostnego (mielogram), kardiografii, angiografii, rezonansu magnetycznego (MRI),

d. leczenia metodami chemioterapii, leczenia metodami radioterapii rozumianej jako promieniowanie wysokoenergetyczne do zmniejszania guzów i niszczenia komórek nowotworowych promieniami rentgenowskimi, promieniami gamma i naładowanymi cząstkami, dostarczanymi przez urządzenie zlokalizowane poza ciałem (promieniowanie wiązką zewnętrzną) lub przez materiał radioaktywny umieszczony w organizmie w pobliżu komórek nowotworowych (wewnętrzna radioterapia),
e. znieczulenia, jego podania przez lekarza anestezjologa oraz opieki anestezjologicznej przed, w trakcie i po zakończeniu znieczulenia,
f. korzystania z sal operacyjnych oraz wykonania operacji chirurgicznych,
g. chirurgii rekonstrukcyjnej, która polega na odbudowie lub naprawie struktury ciała w celu skorygowania funkcji uszkodzonej lub utraconej wskutek wykonanych procedur medycznych przeprowadzonych w ramach leczenia za granicą,
h. transfuzji krwi, podawania osocza i surowicy,
i. podawania tlenu, iniekcji dożylnych, podskórnych, domięśniowych,
j. leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie leczenia za granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub w innej placówce medycznej i są niezbędne, żeby ubezpieczony mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu leczenia za granicą,
k. leków i środków opatrunkowych, które są używane w placówce medycznej za granicą,
l. leków wydawanych na receptę przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą, które zostały przepisane po przeprowadzonej operacji, w ciągu 30 dni od daty zakończenia przez ubezpieczonego leczenia za granicą i tylko wtedy, gdy zostały zakupione przed powrotem do Polski,
m. transportu ambulansem drogowym lub karetką powietrzną, zaplanowanego i zaakceptowanego przez Further dla ubezpieczonego, osoby towarzyszącej i dawcy, jeśli ich użycie jest wskazane i zalecone przez lekarza konsultanta lub lekarza prowadzącego leczenie za granicą,
n. usług tłumacza medycznego w placówce medycznej za granicą; tłumacz posługuje się tym samym językiem, co ubezpieczony,
o. usług, które świadczą oddziały dzienne, pod warunkiem, że te same procedury medyczne mogłyby być wykonane w szpitalu albo placówce medycznej w ramach leczenia za granicą,

c) przeszczepu:
a. badań diagnostycznych potwierdzających zgodność tkankową przeprowadzanych w celu zidentyfikowania odpowiedniego dawcy wśród członków rodziny ubezpieczonego,
b. usług szpitalnych świadczonych na rzecz dawcy w zakresie: zakwaterowania w pokoju lub oddziale i wyżywienia podczas hospitalizacji,
c. opieki lekarskiej i pielęgniarskiej podczas hospitalizacji, obsługi pozostałego personelu medycznego, badań zleconych przez lekarza świadczonej na rzecz dawcy,
d. operacji pobrania narządu lub szpiku kostnego od dawcy dla ubezpieczonego,
e. leków i środków opatrunkowych,
f. leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie leczenia za granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub w warunkach klinicznych i są niezbędne, żeby dawca mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu procedury przeszczepu,

d) usług i materiałów na potrzeby hodowli szpiku kostnego w związku z przeszczepem tkanki u ubezpieczonego.

8. W ramach dziennego świadczenia szpitalnego, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu dzienne świadczenie szpitalne, w wysokości równowartości 100 EUR za każdy dzień pobytu w szpitalu połączony z noclegiem, poza granicami Polski, w celu leczenia poważnego stanu chorobowego na podstawie certyfikatu leczenia za granicą. Łączna wysokość świadczenia nie może przekroczyć limitu oraz sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w § 4 ust. 4 w Tabeli 2.
9. Świadczenie, o którym mowa w ust. 8 wypłacane jest na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczonego, w ciągu 14 dni po każdym zakończonym tygodniu pobytu w szpitalu za granicą.
10. W ramach repatriacji zwłok ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów repatriacji zwłok ubezpieczonego lub dawcy, jeśli śmierć ubezpieczonego lub dawcy nastąpiła w czasie organizowanego przez Further procesu leczenia poważnego stanu chorobowego za granicą.
11. Świadczenie, o którym mowa w ust. 10 obejmuje zakup trumny przewozowej, balsamowanie zwłok, transport na lotnisko, przelot oraz transport z lotniska do miejsca pochówku w Polsce lub w przypadku dawcy w kraju zamieszkania.
12. W ramach kosztów medycznych opłacanych po powrocie z leczenia za granicą, ubezpieczyciel zapewnia zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę po powrocie do Polski, jeżeli ubezpieczony korzystał z leczenia za granicą i jego pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 3 dni oraz jeżeli zostały spełnione łącznie następujące warunki:
    1) leki wydawane na receptę zalecił lekarz prowadzący leczenie za granicą jako niezbędną kontynuację leczenia,
    2) recepty, na podstawie zaleceń lekarza prowadzącego leczenie za granicą, wystawił lekarz w Polsce przed upływem okresu realizacji świadczeń,
    3) ilość leku na każdej recepcie, wyliczona na podstawie zaleconego sposobu dawkowania, jest niezbędna do stosowania w okresie nie dłuższym niż trzy miesiące,
    4) leki wydawane na receptę zostały zakupione w Polsce,

5) ubezpieczony przedstawił dokumenty potwierdzające zakup leków wydawanych na receptę w Polsce.

13. Zwrot ubezpieczonemu poniesionych kosztów zakupu leków wydawanych na receptę następuje w przypadku:
    1) złożenia wniosku o zwrot kosztów, kopii recepty lub wydruku informacyjnego o e-recepcie i rachunku,
    2) wskazania we wniosku o zwrot kosztów informacji o częściowym sfinansowaniu leku przez publiczną służbę zdrowia, o ile taka sytuacja ma miejsce.
14. Dokumenty, o których mowa w ust.12 pkt 5), powinny być dostarczone do ubezpieczyciela w ciągu 180 dni od dnia, w którym ubezpieczony poniósł te wydatki.
15. W przypadku, gdy leki wydawane na receptę, które zalecił lekarz prowadzący leczenie za granicą jako niezbędną kontynuację leczenia nie są dostępne w Polsce lub nie są dopuszczone do obrotu w Polsce, ubezpieczenie pokrywa również zakup tych leków za granicą. W tym przypadku ubezpieczyciel organizuje wystawienie recepty oraz organizuje i pokrywa koszty podróży i zakwaterowania ubezpieczonego oraz osoby towarzyszącej za granicą, w celu zakupu zaleconych leków, na zasadach obowiązujących dla świadczenia opieki medycznej za granicą.

Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą

§ 9

1. W przypadku wystąpienia poważnego stanu chorobowego, ubezpieczyciel zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w wysokości nie przekraczającej podanych limitów w ramach poszczególnych świadczeń i sumy ubezpieczenia dodatkowego, określonych w § 4 ust. 4 w Tabeli 2.
2. Po zakończeniu leczenia za granicą, ubezpieczyciel:
    1) potwierdza ubezpieczonemu zakończenie leczenia za granicą, gdy zgodnie z opinią lekarza prowadzącego leczenie za granicą, z medycznego punktu widzenia, nie jest już konieczne dalsze leczenie w placówce medycznej za granicą;
    2) przekazuje ubezpieczonemu przetłumaczoną na język polski dokumentację medyczną dotyczącą leczenia za granicą wraz z planem kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w związku z przebytym poważnym stanem chorobowym, zawierającym zalecenia lekarza prowadzącego to leczenie;
    3) przedstawia ubezpieczonemu listę rekomendowanych placówek medycznych w Polsce;
    4) po zakończeniu leczenia za granicą i powrocie do Polski, zwraca ubezpieczonemu koszty wynikające z realizacji planu kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą w rekomendowanej lub zaakceptowanej przez ubezpieczyciela placówce medycznej w Polsce, z zastrzeżeniem pkt 5) oraz ust. 3 pkt 2);
    5) na wniosek ubezpieczonego kontrola stanu zdrowia może się odbyć w placówce medycznej za granicą.
3. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą obejmuje badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz konsultacje lekarskie z nimi związane, które są realizowane wyłącznie w rekomendowanych lub zaakceptowanych przez ubezpieczyciela placówkach medycznych w Polsce lub placówkach medycznych za granicą zgodnie z poniższym:
    1) kontrola przeprowadzana w Polsce – jest organizowana i opłacana przez ubezpieczonego. Ubezpieczyciel zwraca ubezpieczonemu poniesione koszty po otrzymaniu faktur lub rachunków i dowodów płatności, z wyjątkiem kosztów kontroli stanu zdrowia finansowanych przez publiczną służbę zdrowia, z zastrzeżeniem ust. 5-7 lub
    2) kontrola przeprowadzana za granicą – jest organizowana i opłacana przez ubezpieczyciela na zasadach obowiązujących dla świadczenia opieki medycznej za granicą. Przeprowadzana jest przez lekarza, który prowadził leczenie za granicą lub jego zespół medyczny.
4. Ubezpieczyciel zwraca koszty poniesione w ramach kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, jeśli zostały poniesione przed upływem okresu realizacji świadczeń.
5. Rachunki, faktury lub dowody płatności w przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1), powinny być dostarczone do ubezpieczyciela w ciągu 180 dni od dnia, w którym ubezpieczony poniósł te wydatki.
6. Jeżeli kontrola stanu zdrowia jest częściowo finansowana przez publiczną służbę zdrowia, we wniosku o zwrot kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, ubezpieczony powinien określić i wykazać, które koszty zostały poniesione przez niego.
7. Jeżeli wskutek zmiany stanu zdrowia, lekarze prowadzący kontrolę stanu zdrowia w Polsce zmienią zalecenia lekarza prowadzącego leczenie za granicą, ubezpieczyciel zwróci koszty kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, po akceptacji tych zmian przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą.

Profilowanie molekularne

§ 10

1. W ramach spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej) Further przeprowadza badanie mutacji somatycznych zakończone eksperckim raportem medycznym, zgodnie z procesem określonym poniżej:
    1) Further infomuje ubezpieczonego o zakresie informacji medycznych niezbędnych do oceny przydatności i kompletności dokumentacji (diagnoza ubezpieczonego, dostępność próbki biologicznej, dotychczasowy przebieg leczenia itd.) oraz sporządza listę brakujących dokumentów oraz plan działania w celu określenia rodzaju badania oraz wymaganego materiału diagnostycznego. Ubezpieczonego wspiera w tym procesie zespół Further;
    2) Further wybiera najbardziej odpowiednie laboratorium oraz organizuje odbiór próbki od ubezpieczonego. Koszt dostarczenia próbki do laboratorium pokrywany jest przez Further;
    3) Laboratorium w ciągu 15 dni roboczych wykonuje test wraz z podsumowaniem i raportem dotyczącym profilu molekularnego nowotworu złośliwego. Jeśli leczenie onkologiczne rozpoczęło się przed wykonaniem badania mutacji somatycznych ubezpieczony nie powienien przerywać leczenia w oczekiwaniu na wyniki testu;
    4) W wyniku współpracy Further z radą ekspertów medycznych, którą tworzą zewnętrzni specjaliści w zakresie

onkologii, genetyki i patomorfologii w ciągu 10 dni roboczych powstaje ekspercki raport medyczny, dokument medyczny, który przekłada wyniki badania mutacji somatycznych na rekomendacje kliniczne.

2. Rada ekspertów medycznych udziela wyczerpujących informacji i doradza w zakresie wniosków z profilowania molekularnego, w formie eksperckiego raportu medycznego, który obejmuje:
   1) kliniczne podsumowanie stanu zdrowia ubezpieczonego;
   2) wnioski z badań mutacji somatycznych;
   3) zalecenia dotyczące leczenia o najwyższym potencjale klinicznym;
   4) ocenę oporności lub toksyczności pewnych metod terapeutycznych, które mogą mieć wpływ na dalsze rekomendacje terapeutyczne;
   5) dostępność badań klinicznych (o ile mają zastosowanie);
   6) wnioski odnośnie możliwych mutacji dziedzicznych i nowotworów dziedziczonych (jeśli ma zastosowanie). W przypadku gdyby ekspercki raport medyczny zidentyfikował potencjalne dziedziczone mutacje genów u ubezpieczonego, ubezpieczony będzie mógł skorzystać również z badania mutacji germinalnych.
3. Po dostarczeniu eksperckiego raportu medycznego, Further kontaktuje się z ubezpieczonym w celu pełnego omówienia i wyjaśnienia wyników raportu. Za zgodą ubezpieczonego, lekarz onkolog prowadzący leczenie może wziąć udział w konsultacji specjalistycznej z członkiem rady ekspertów medycznych, który brał udział w przygotowaniu eksperckiego raportu medycznego.
4. Jeśli ubezpieczony korzysta ze spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej), nie może jednocześnie wnioskować o wykonanie drugiej opinii medycznej dla tej samej diagnozy nowotworu złośliwego.
5. Dla każdej unikalnej diagnozy nowotworu złośliwego, w zakresie spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej) wykonywany jest jeden zestaw badań mutacji somatycznych i powiązane z nim opracowanie przypadku (jeden ekspercki raport medyczny). Unikalna diagnoza nowotworu zlośliwego odnosi się do określonego kodu przypisanego do danego nowotworu zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Ze świadczenia spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej) można skorzystać ponownie w przypadku nowego nowotworu złośliwego, niezwiązanego z poprzednim nowotworem złośliwym, zdiagnozowanym pod innym kodem ICD-10.

Przegląd badań klinicznych

§ 11

1. Jeśli zgodnie z zaleceniami eksperckiego raportu medycznego ubezpieczony może rozważyć możliwość udziału w leczeniu w ramach badań klinicznych, i jeśli ubezpieczony podejmie taką decyzję, Further zapewni wsparcie w zakresie:
   1) informacji o badaniach klinicznych;
   2) przeszukiwania baz danych badań klinicznych;
   3) kontaktu z ośrodkami badań klinicznych przeprowadzającymi badania kliniczne w zakresie odpowiedniego leczenia do przypadku ubezpieczonego w Polsce oraz, w razie konieczności, poszerzenia zakresu poszukiwań poza Polskę;
   4) weryfikacji, czy ubezpieczony spełnia kryteria udziału w danym badaniu klinicznym.

   Further dostarcza przegląd badań klinicznych zawierający powyższe informacje w ciągu 30 dni od daty wniosku ubezpieczonego.
2. Further dołoży wszelkich starań w celu znalezienia odpowiedniego badania klinicznego dla przypadku medycznego ubezpieczonego, jednak nie może tego zagwarantować. Decyzję o udziale w badaniach klinicznych podejmuje ubezpieczony.
3. Jeśli poszukiwania badań klinicznych odpowiednich do przypadku ubezpieczonego nie powiodą się lub jeśli ubezpieczony nie zdecyduje się na udział w wybranych badaniach klinicznych, Further na wniosek ubezpieczonego przeprowadzi drugą i ostateczną próbę znalezienia odpowiednich badań klinicznych. W zależności od tego, jak dużo czasu upłynęło od poprzedniego przeglądu badań, niektóre etapy procesu mogą zostać powtórzone (np. zebranie zaktualizowanej dokumentacji medycznej).
4. Ubezpieczony powinien skonsultować decyzję w sprawie udziału w badaniach klinicznych z lekarzem onkologiem prowadzącym leczenie.
5. Jeśli ubezpieczony potwierdzi wolę udziału w jednym z wybranych badań klinicznych, Further zapewni:
   1) wsparcie administracyjne w wypełnieniu dokumentów, w tym, o ile to będzie konieczne, ich tłumaczenia;
   2) informacje dotyczące szczegółów podróży i zakwaterowania, o ile to konieczne, w zależności od miejsca, w którym będzie przeprowadzone leczenie w ramach badania klinicznego;
   3) informacje o zakresie pokrycia kosztow podróży, zakwaterowania oraz dziennego świadczenia dla badań klinicznych, zgodnie z § 13.
6. W ramach spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej) ubezpieczony ma prawo do jednokrotnego skorzystania z przeglądu badań klinicznych dla każdej unikalnej diagnozy nowotworu złośliwego.

Leczenie w ramach spersonalizowanej terapii onkologicznej (Medycyny precyzyjnej)

§ 12

1. W następstwie procesu określonego w § 10-11, w ramach spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej) powstaje lista rekomendacji klinicznych opracowanych w ramach eksperckiego raportu medycznego i lista prowadzonych badań klinicznych dotyczących konkretnej jednostki onkologicznej. Terapie te dzielą się na 3 grupy, w zależności od ich medycznej specyfiki:
   1) protokoły leczenia zgodne ze wskazaniami rejestracyjnymi leków („on label”);
   2) protokoły leczenia poza wskazaniami rejestracyjnymi leków („off label”);

3) badania kliniczne.

2. Terapiom, wymienionym w ust. 1 odpowiada poniższy zakres świadczeń:
   1) protokoły leczenia zgodne ze wskazaniami rejestracyjnymi leków („on label"):
      a) rekomendacja jest sporządzona w formie protokołu, który obejmuje leczenie onkologiczne zgodnie z zakresem, dawką i zaleceniami dotyczącymi metody przyjmowania leku zaakceptowanymi w wskazaniach rejestracyjnych wydanych przez odpowiedni do tego organ;
      b) zakres opieki medycznej za granicą obejmuje świadczenia określone w § 8-9 z uwzględnieniem § 16;
      c) zakres świadczeń nie obejmuje leczenia w Polsce.
   2) protokoły leczenia poza wskazaniami rejestracyjnymi leków („off label"):
      a) rekomendacja jest sporządzona w formie protokołu, który obejmuje terapie nowotworowe, które nie spełniają wskazań rejestracyjnych wydanych przez odpowiedni do tego organ. Odstępstwo może dotyczyć wskazania do leczenia innego nowotworu złośliwego, stosowania innej dawki lub zaleceń dotyczących metody przyjmowania leku;
      b) zakres opieki medycznej za granicą obejmuje świadczenia określone w § 8-9 z uwzględnieniem § 16;
      c) certyfikat leczenia za granicą obejmuje leczenie onkologiczne poza wskazaniami rejestracyjnymi w wybranym szpitalu za granicą, który oferuje świadczenia wymienione w eksperckim raporcie medycznym.
      d) zakres świadczeń nie obejmuje:
         a. leczenia przeprowadzonego w Polsce:
         b. jakiegokolwiek protokołu CAR-T innego niż zaaprobowany protokół terapii CAR-T:
         c. jakiegokolwiek protokołu nie zarekomendowanego w eksperckim raporcie medycznym.
   3) badania kliniczne:
      a) rekomendacja jest zawarta w eksperckim raporcie medycznym, a w przeglądzie badań klinicznych znajduje się propozycja stosownego badania klinicznego;
      b) zakres świadczeń jest określony w § 13.

Badania kliniczne

§ 13

1. Jeśli ubezpieczony na podstawie przeglądu badań klinicznych zdecyduje się na udział w badaniach klinicznych w szpitalu lub w placówce medycznej w Polsce, znajdującej się w odległości większej niż 100 km, od miejsca zamieszkania, w zakresie świadczeń są:
   1) Koszty podróży i zakwaterowania ubezpieczonego oraz osoby towarzyszącej – zgodnie z zakresem określonym w § 8 ust. 5-6 obejmującym podróż w klasie ekonomicznej i rezerwację pokoju dwuosobowego ze śniadaniem w trzy- lub czterogwiazdkowym hotelu znajdującym się w odległości nie większej niż 10 km od miejsca przeprowadzania badań klinicznych,
   2) Dzienne świadczenie dla badań klinicznych – ubezpieczony otrzymuje 100 EUR za każdy dzień, w którym bierze udział w badaniu klinicznym w wyznaczonym szpitalu lub placówce medycznej w ramach protokołu badań klinicznych zgodnie z ustaleniami z organizatorem badań klinicznych. Świadczenie realizowane jest stosując odpowiednio zasady określone w § 8 ust. 9.
   3) Transport zwłok – w przypadku śmierci ubezpieczonego w trakcie udziału w badaniach klinicznych w Polsce. Świadczenie realizowane jest stosując odpowiednio zasady określone w § 8 ust. 10-11.
2. Jeśli ubezpieczony na podstawie przeglądu badań klinicznych zdecyduje się na udział w badaniach klinicznych w szpitalu lub w placówce medycznej poza Polską, w zakresie świadczeń są:
   1) Koszty medyczne – zakres świadczeń w ramach spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej) obejmuje leczenie za granicą zgodne ze standardem opieki medycznej określonym w ust. 5 oraz w § 8 ust. 5-15, pod warunkiem, że leczenie jest przeprowadzane w tym samym szpitalu lub placówce medycznej, w którym jest przeprowadzane badanie kliniczne. Po zakończeniu badania klinicznego za granicą ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczeń określonych w § 9.
   2) Koszty podróży i zakwaterowania – dla ubezpieczonego oraz osoby towarzyszącej, zgodnie z zakresem określonym w § 8 ust. 5-6 obejmującym podróż w klasie ekonomicznej i rezerwację pokoju dwuosobowego ze śniadaniem w trzy- lub czterogwiazdkowym hotelu w odległości nie większej niż 10 km od miejsca przeprowadzania badań klinicznych,
   3) Dzienne świadczenie dla badań klinicznych – ubezpieczony otrzymuje 100 EUR dziennie za każdy dzień, w którym bierze udział w badaniu klinicznym w wyznaczonym szpitalu lub placówce medycznej w ramach protokołu badań klinicznych zgodnie z ustaleniami z organizatorem badań klinicznych. Świadczenie to nie jest wypłacane za dni, za które ubezpieczonemu przysługuje dzienne świadczenie szpitalne określone w § 8 ust. 8-9,
   4) Repatriacja zwłok – w przypadku śmierci ubezpieczonego w trakcie udziału w badaniach klinicznych poza Polską. Świadczenie realizowane jest stosując odpowiednio zasady określone w § 8 ust. 10 11.
3. Organizator badań klinicznych wskazuje ubezpieczonemu zakres kosztów medycznych, które zostaną pokryte w ramach badania klinicznego.
4. Koszt leków stanowiących przedmiot badania klinicznego oraz koszt bieżącego monitorowania wyników tych badań jest poza zakresem ubezpieczenia.
5. Badania kliniczne zazwyczaj odbywają się w połączeniu lub równolegle z aktualnie przyjętym standardem leczenia danej diagnozy nowotworu (zgodnie ze „standardem opieki medycznej") - jeżeli organizator badania klinicznego nie pokryje kosztów leczenia zgodnie z wyżej wspomnianym aktualnie przyjętym standardem leczenia danej diagnozy nowotworu, zostaną one pokryte w ramach ubezpieczenia w zakresie określonym w § 13.

Testy genetyczne dla rodziny

§ 14

1. Jeśli ekspercki raport medyczny potwierdza wykrycie potencjalnie dziedzicznych mutacji genów, Further zaproponuje ubezpieczonemu badanie mutacji germinalnych i pokryje jego koszty.
2. Jeśli wynik badania mutacji germinalnych ubezpieczonego jest dodatni, Further zaproponuje badanie mutacji germinalnych uprawnionym członkom rodziny ubezpieczonego w celu ustalenia obecności mutacji genów u tych osób. Testy odbywają się za zgodą osoby poddawanej testowi.
3. Further w oparciu o przesłanki medyczne podejmuje decyzję, kto z członków rodziny ubezpieczonego zostanie poddany badaniu mutacji germinalnych.
4. Further organizuje pobranie próbki i dostarcza ją do laboratorium. Laboratorium przeprowadza badanie oraz podaje wyniki.
5. W przypadku, jeśli wyniki testu są pozytywne, ekspert w zakresie genetyki współpracujący z Further przekazuje raport z wytycznymi uprawnionemu członkowi rodziny, a następnie kontaktuje się z uprawnionym członkiem rodziny ubezpieczonego w celu omówienia jego wyników.

Realizacja świadczeń

§ 15

1. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego do ubezpieczyciela przez ubezpieczonego.
2. W celu uzyskania świadczenia ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie z Infolinią i podać następujące dane:
   1) imię i nazwisko ubezpieczonego;
   2) miejsce zamieszkania;
   3) numer polisy ubezpieczeniowej;
   4) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
   5) adres email – poczty elektronicznej;
   6) dzień wystąpienia poważnego stanu chorobowego.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest:
   1) dostarczyć wymagane przez ubezpieczyciela dokumenty;
   2) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej zgłaszanego rozpoznania poważnego stanu chorobowego;
   3) współpracować z Further w zakresie koniecznym do właściwej realizacji świadczeń.
4. Druga opinia medyczna wraz z informacją o przysługującym ubezpieczonemu uprawnieniu do opieki medycznej za granicą zostanie sporządzona i wysłana do ubezpieczonego w sposób z nim uzgodniony (pocztą na adres zamieszkania lub na adres poczty elektronicznej) w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczyciela zgłoszenia roszczenia/zawiadomienia o wystąpieniu poważnego stanu chorobowego.
5. Jeśli w terminie określonym w ust. 4 nie jest możliwe przygotowanie drugiej opinii medycznej, zostanie ona przekazana ubezpieczonemu w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności jej sporządzenie stanie się możliwe. Bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel realizuje w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu poważnego stanu chorobowego.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 16

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona, gdy poważny stan chorobowy powstał w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
   3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
   4) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
   5) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
   6) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
   7) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeśli w dniu wystąpienia poważnego stanu chorobowego ubezpieczony nie posiadał miejsca zamieszkania w Polsce albo posiadał miejsce zamieszkania w Polsce, ale w ciągu 12 miesięcy przed wystąpieniem poważnego stanu chorobowego przebywał poza Polską dłużej niż 183 dni kalendarzowe.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, nie zrealizuje świadczenia i nie pokrywa kosztów powstałych w związku z:
   1) niezastosowaniem się przez ubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie za granicą lub do określonego planu leczenia;

2) odmową poddania się ubezpieczonego leczeniu, dodatkowym analizom lub badaniom diagnostycznym koniecznym w celu określenia ostatecznej diagnozy lub planu leczenia;
3) leczeniem innymi metodami, jeśli zalecanym przez lekarza konsultanta sposobem leczenia jest przeszczep określony w module czwartym;
4) leczeniem nowotworów związanych z AIDS i infekcją wirusem HIV;
5) leczeniem nowotworów skóry, który nie jest czerniakiem złośliwym, i który nie został sklasyfikowany histopatologicznie, histologicznie jako powodujący inwazję/naciekanie poza naskórek (zewnętrzną warstwę skóry);
6) postępowaniem profilaktycznym;
7) leczeniem alternatywnym;
8) leczeniem eksperymentalnym nawet, jeśli zaleca je lekarz podczas leczenia poważnego stanu chorobowego, jak również te procedury diagnostyczne, terapeutyczne i/lub chirurgiczne, których bezpieczeństwo i wiarygodność nie zostały uznane przez międzynarodową społeczność naukową za wyjątkiem:
   a) leczenia poza wskazaniami rejestracyjnymi leków („off label"),
   b) badań klinicznych realizowanych zgodnie z §12-13.
9) leczeniem z wykorzystaniem terapii genowej, terapii komórkami somatycznymi, inżynierii tkankowej, za wyjątkiem terapii Limfocytami CAR-T jeśli:
   a) leczenie jest przeprowadzane na podstawie rekomendacji z eksperckiego raportu medycznego
   i
   b) jest prowadzone zgodnie z zaaprobowanym protokołem terapii CAR-T;
10) leczeniem z zastosowaniem innej techniki niż pomostowanie (by-pass) tętnic wieńcowych w przypadku operacyjnego wykonania pomostów aortalno-wieńcowych naczyniowych (by-pass), w przypadku choroby niedokrwiennej serca (choroby wieńcowej);
11) przeszczepieniem narządów od żywego dawcy, w którym:
   a) konieczność przeprowadzenia przeszczepu wątroby wynika ze skutków alkoholowej choroby wątroby,
   b) wykonanie przeszczepu wymaga leczenia komórkami macierzystymi,
   c) narząd do przeszczepu został zakupiony od dawcy narządów,
   d) ubezpieczony jest dawcą dla osoby trzeciej;
12) przeszczepieniem narządów szpiku kostnego z wykorzystaniem przeszczepu krwiopochodnych komórek macierzystych z krwi pępowinowej.

4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje pokrycia kosztów w związku z:
   1) leczeniem chorób oraz wykonywaniem procedur medycznych nieobjętych zakresem ubezpieczenia;
   2) świadczeniami, które nie zostały wskazane w drugiej opinii medycznej przez lekarza konsultanta w celu leczenia poważnego stanu chorobowego;
   3) poniesieniem kosztów w innej placówce medycznej za granicą niż wskazana w certyfikacie leczenia za granicą, do której został skierowany ubezpieczony;
   4) leczeniem powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych zastosowanych podczas leczenia za granicą, innych niż te, które:
      a) wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub innej placówce medycznej za granicą oraz
      b) są niezbędne, żeby ubezpieczony mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu leczenia za granicą;
   5) leczeniem długotrwałych skutków ubocznych, łagodzeniem przewlekłych objawów lub rehabilitacją (w tym fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej oraz terapii logopedycznej);
   6) leczeniem lub pobytem w szpitalach uzdrowiskowych (sanatoryjnych), szpitalach rehabilitacyjnych, sanatoriach i uzdrowiskach, ośrodkach pomocy społecznej, domach opieki, ośrodkach leczenia uzależnień, hospicjach, ośrodkach opieki domowej, nawet jeśli takie leczenie lub usługi są zalecane lub konieczne w ramach leczenia poważnego stanu chorobowego;
   7) leczeniem zmian otępiennych, które wywołuje starość lub w przypadku wszelkiego rodzaju zaburzeń poznawczych, niezależnie od tego, jaka jest ich przyczyna;
   8) epidemią, którą ogłaszają władze państwowe.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje pokrycia kosztów:
   1) dodatkowych posiłków, poza śniadaniami hotelowymi zapewnionymi w ramach pobytu w hotelu oraz wszelkich innych dodatkowych kosztów pobytu w hotelu. Podwyższenie standardu hotelu nie jest objęte ubezpieczeniem;
   2) przejazdów z hotelu do szpitala lub placówki medycznej lub do lekarza prowadzącego podczas leczenia za granicą;
   3) rozmów telefonicznych ubezpieczonego, dawcy oraz osoby towarzyszącej;
   4) tłumacza i tłumaczenia w innym zakresie niż te, które są przygotowane przez Further;
   5) usług świadczonych osobie towarzyszącej, z wyjątkiem kosztów objętych ubezpieczeniem w ramach organizacji i pokrycia kosztów podróży, transportu i zakwaterowania;
   6) zakwaterowania, transportu organizowanego przez ubezpieczonego, we własnym zakresie bądź przez osobę trzecią w imieniu ubezpieczonego;
   7) wydatków medycznych poniesionych przez ubezpieczonego przed datą wystawienia certyfikatu leczenia za granicą;
   8) zakupu leków lub kosztów leków podanych ubezpieczonemu wydawanych na receptę po powrocie do Polski, które są dostępne bez recepty lub zostały w całości sfinansowane przez publiczną służbę zdrowia.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje pokrycia kosztów powstałych w związku z zakupem lub wynajmem:
   1) sztucznych narządów lub organów ani urządzeń, które zastępują całość albo część narządu lub całość albo część funkcji tego narządu (protez), z wyjątkiem protez piersi po mastektomii, i protez zastawek serca jako skutków wykonania procedur medycznych zorganizowanych w ramach leczenia za granicą;

2) przyrządów ortopedycznych, obuwia ortopedycznego, gorsetów, kul;
3) okularów korekcyjnych, szkieł kontaktowych, protez zębowych, peruk;
4) wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych i oczyszczaczy powietrza.

7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za:
   1) medyczną poprawność drugiej opinii medycznej ani za skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tej opinii;
   2) skutki wdrożenia planu leczenia w ramach leczenia za granicą, oraz leczenia za granicą, w tym jego skuteczność;
   3) skutki wdrożenia planów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w tym ich skuteczność.
8. Jeśli z powodu siły wyższej, a także ograniczeń operacyjnych czy logistycznych, które ogłaszają władze lokalne lub międzynarodowe, uniemożliwione będzie zorganizowanie i przeprowadzenie leczenia za granicą, to ubezpieczyciel zorganizuje usługi i pokryje koszty w ramach świadczenia wymienionego w § 8 ust. 7 w Polsce (z wyłączeniem świadczeń realizowanych lub finansowanych przez publiczną służbę zdrowia), o ile:
   1) te same ograniczenia nie uniemożliwiają organizacji tych usług i świadczeń w Polsce oraz
   2) istnieje możliwość realizacji leczenia w Polsce w takim samym zakresie, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. Usługi i świadczenia wskazane w ust. 8 będą realizowane w Polsce do czasu, gdy ubezpieczyciel będzie w stanie potwierdzić i zorganizować leczenie za granicą, a stan zdrowia ubezpieczonego będzie umożliwiał kontynuację leczenia poza Polską.
10. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej) jest ograniczona lub wyłączona w poniższym zakresie:
    1) kosztu wykonania biopsji – świadczenie nie obejmuje kosztów biopsji wykonanej w celu wycięcia tkanki lub pobrania płynu, który będzie źródłem próbki niezbędnej do profilowania molekularnego za wyjątkiem pobrania krwi do płynnej biopsji, zgodnie z § 6 ust. 2.
    2) wydatków medycznych dotyczących badań klinicznych:
       a) jakiekolwiek wydatki medyczne w przypadku, gdy badania kliniczne odbywają się w Polsce, zgodnie z § 13;
       b) w przypadku, gdy badania kliniczne przeprowadzane są poza Polską – jakiekolwiek wydatki medyczne w przypadku, gdy leczenie zgodnie ze standardem opieki medycznej odbywa się w innym szpitalu lub placówce medycznej niż ta, w której przeprowadzane jest badanie kliniczne, zgodnie z § 13;
       c) leczenia niezamierzonych efektów ubocznych lub komplikacji medycznych związanych z leczeniem nowotworowym w ramach badania klinicznego.
    3) Świadczenie nie obejmują następujących niemedycznych wydatków:
       a) jakichkolwiek kosztów związanych z podróżą lub zakwaterowaniem ubezpieczonego lub jego/jej członków rodziny w celu pobrania lub wycięcia materiału do badań,
       b) jakichkolwiek opłat lub kosztów związanych z przystąpieniem do badania klinicznego.

§ 17

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 18

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 173/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 1 grudnia 2024 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot

Załącznik nr 1 do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia ubezpieczonego za granicą Plus (OWUD)

Katalog poważnych stanów chorobowych warta

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych stanów chorobowych:

Nr	Moduł ochrony	Rodzaj poważnego stanu chorobowego
1	NOWOTWORY	1) nowotwór złośliwy
		2) nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ)
		3) ciężka dysplazja nowotworowa
2	CHIRURGIA SERCOWO-NACZYNIOWA	4) operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)
		5) operacja zastawki serca
3	NEUROCHIRURGIA	6) operacja mózgu
		7) operacja łagodnego guza rdzenia kręgowego
4	PRZESZCZEPY	8) przeszczep narządów od żywego dawcy
		9) przeszczep szpiku kostnego

Nowotwór (guz) złośliwy

§ 2

Za nowotwór (guz) złośliwy uważa się nowotwór (guz) o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powoduje naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek oraz posiada zdolność do tworzenia przerzutów do innych narządów. Do nowotworów złośliwych zalicza się także mięsaka, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina) i białaczkę. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ)

§ 3

Za nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ), uważa się każdy rak przedinwazyjny lub nowotwór „in situ" (Tis): nowotwór złośliwy, który ogranicza się do nabłonka (nie przekracza błony podstawnej nabłonka) i który nie nacieka podścieliska i nie daje przerzutów. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Ciężka dysplazja nowotworowa

§ 4

Za ciężką dysplazję nowotworową, uważa się wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które są cytologicznie lub histologicznie sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia (ang. high-grade dysplasia) lub ciężka dysplazja (ang. severe dysplasia).

Operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)

§ 5

Za operację pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) uważa się zabieg polegający na wszczepieniu co najmniej jednego pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej, z zastosowaniem techniki pomostowania (by-pass).

Operacja zastawki serca

§ 6

Za operację zastawki serca, uważa się zabieg polegający na wymianie lub naprawie jednej lub większej liczby zastawek serca, niezależnie od tego, czy jest wykonywana w trakcie operacji na otwartej klatce piersiowej, minimalnie inwazyjnie lub za pomocą cewnika kardiologicznego, na podstawie zalecenia wydanego przez lekarza kardiologa.

Operacja mózgu

§ 7

Za operację mózgu uważa się zabieg polegający na interwencji neurochirurgicznej w mózgu lub w pozostałych strukturach wewnątrzczaszkowych.

Operacja łagodnego guza rdzenia kręgowego

§ 8

Za operację łagodnego guza rdzenia kręgowego uważa się zabieg polegający na interwencji neurochirurgicznej mającej na celu leczenie łagodnego guza rdzenia kręgowego. Łagodny guz rdzenia kręgowego, to tylko taki guz, który jest zlokalizowany w rdzeniu kręgowym („Medula Spinalis"), a jego łagodny charakter jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.

Przeszczep narządów od żywego dawcy

§ 9

Za przeszczepienie narządów uważa się operację chirurgiczną, podczas której ubezpieczonemu jako biorcy zostaje przeszczepiona nerka, płat płuca, część wątroby lub część trzustki od innego żyjącego zgodnego antygenowo dawcy.

Przeszczep Szpiku Kostnego

§ 10

Za przeszczepienie szpiku kostnego uważa się przeszczep komórek szpiku kostnego lub komórek macierzystych z krwi obwodowej, które pochodzą od ubezpieczonego (przeszczep autologiczny) lub dawcy (przeszczep allogeniczny).

Niniejszy katalog poważnych stanów chorobowych Warta został zatwierdzony uchwałą nr 173/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzony w życie z dniem 1 grudnia 2024 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia Sposób na raka, zatwierdzonych Uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 30 października 2022 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 OWU § 1 § 3 § 6 § 7 § 9 § 11 - § 13 Zał. 1 do OWUD
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 1 § 3 § 4 § 8 - § 10 § 11 ust. 6 - 10 § 12 ust. 4 - 7 § 13 ust. 4 - 10 § 14 ust. 13 OWU Zał. 2 do OWUD

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA SPOSÓB NA RAKA

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia Sposób na raka mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
   1) **centrum** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu, numer telefonu do centrum operacyjnego znajduje się na polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia;
   2) **cykl chemioterapii przeciwnowotworowej** – systemowe leczenie przeciwnowotworowe polegające na podawaniu odpowiednich leków przeciwnowotworowych w celu radykalnego leczenia nowotworu rozpoznanego w okresie odpowiedzialności, zgodnie z ustalonymi schematami terapeutycznymi;
   3) **cykl radioterapii przeciwnowotworowej** – leczenie przeciwnowotworowe polegające na kontrolowanym zastosowaniu promieniowania jonizującego w celu radykalnego leczenia nowotworu rozpoznanego w okresie odpowiedzialności, zgodnie z ustalonymi schematami terapeutycznymi; ubezpieczenie obejmuje teleradioterapię oraz brachyterapię. Użycie izotopów promieniotwórczych w postaci preparatów doustnych lub iniekcji nie jest uważane za radioterapię;
   4) **nowotwór w ramach świadczenia Drugiej opinii medycznej** - nowotwór sklasyfikowany w „Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych", zdiagnozowany po raz pierwszy przez lekarza prowadzącego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   5) **Druga opinia medyczna** – wydana na piśmie opinia lekarza konsultanta, która oparta jest na analizie dokumentacji medycznej dotyczącej ubezpieczonego, w zakresie poprawności ustalonej przez lekarza prowadzącego: diagnozy, podjętego leczenia oraz rokowania co do możliwości wyleczenia w przypadku wyrażenia stosownej prośby ubezpieczonego we wniosku o wydanie Drugiej opinii medycznej;
   6) **dziecko ubezpieczonego** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo), które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, nie ukończyło 18 roku życia;
   7) **ICD 10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowana przez Światową Organizację Zdrowia (klasyfikacja chorób według ICD 10 jest to system kategorii, do których przypisuje się jednostki chorobowe zgodnie z ustalonymi kryteriami);
   8) **komisja lekarska** – lekarz lub zespół lekarzy powołany przez ubezpieczyciela wydający opinię w sprawie świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
   9) **lekarz konsultant** – lekarz medycyny praktykujący poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, który w środowisku medycznym jest uznany za specjalistę w zakresie swojej wiedzy i umiejętności lekarskich;
   10) **lekarz prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie ubezpieczonego w związku z rozpoznaniem u ubezpieczonego nowotworu objętego ochroną ubezpieczeniową, nie będący lekarzem uprawnionym;
   11) **lekarz uprawniony** – lekarz konsultant centrum operacyjnego;
   12) **łagodny nowotwór mózgu** - wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny, zakwalifikowany według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 w części D33.0, D33.1, D33.2 - Niezłośliwy nowotwór mózgu. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje: oponiaków, krwiaków, ziarniniaków, cyst, guzów przysadki mózgowej, malformacji naczyń mózgowych;
   13) **miejsce zamieszkania** – miejsce stałego pobytu ubezpieczonego, osoby uprawnionej na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu; za miejsce zamieszkania uważa się miejsce pobytu;
   14) **nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym** – (wymieniony w części A wykazu nowotworów objętych ochroną ubezpieczeniową: nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ) oraz inne nowotwory złośliwe wymienione w części A tego wykazu – stanowiący załącznik nr 1 do OWUD) - ogniskowy, niekontrolowany, miejscowy rozrost komórek nowotworowych ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i niepowodujący naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym; w przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego skóry w stadium przedinwazyjnym ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie nowotwory złośliwe skóry w stadium przedinwazyjnym (poza czerniakiem in situ), które zostały chirurgicznie usunięte w całości;
   15) **nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym** – (wymieniony w części B wykazu nowotworów objętych ochroną ubezpieczeniową – stanowiący załącznik nr 1 do OWUD) - nowotwór złośliwy inwazyjny, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek oraz zdolnością do tworzenia przerzutów do węzłów chłonnych lub narządów odległych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym;
   16) **operacja** – jest to leczenie nowotworu rozpoznanego w okresie odpowiedzialności z zastosowaniem (manualnych i instrumentalnych) procedur chirurgicznych w celu usunięcia nowotworu. Procedura musi być wykonywana przez wykwalifikowanego chirurga w obecności anestezjologa. Procedura musi być niezbędna z medycznego punktu widzenia i zalecona przez lekarza jako prawidłowe leczenie zdiagnozowanego nowotworu. Procedura musi być zgodna z aktualnymi standardami leczenia i musi mieć udowodnioną skuteczność (wartość) terapeutyczną. Wszelkie procedury diagnostyczne lub badawcze są wykluczone;

17) **okres ubezpieczenia wynikający z umowy dodatkowego ubezpieczenia** - okres, którego dzień początkowy i czas trwania wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu:
    a) wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia albo
    b) pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna zgodnie z częstotliwością opłacania, wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia

    i kończący się z końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 4 - 7;
18) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona;
19) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia Sposób na raka;
20) **Wariant ubezpieczenia** – wybrany przez ubezpieczającego:
    a) wariant podstawowy obejmujący swoim zakresem:
        a. rozpoznanie u ubezpieczonego nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym,
        b. rozpoznanie u ubezpieczonego łagodnego nowotworu mózgu,
        c. rozpoznanie u ubezpieczonego nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym,
        d. Drugą opinię medyczną – Sposób na raka,

    albo
    b) wariant rozszerzony obejmujący swoim zakresem:
        a. rozpoznanie u ubezpieczonego nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym,
        b. rozpoznanie u ubezpieczonego łagodnego nowotworu mózgu,
        c. rozpoznanie u ubezpieczonego nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym,
        d. operację ubezpieczonego,
        e. chemioterapię ubezpieczonego,
        f. radioterapię ubezpieczonego,
        g. Pomoc medyczną – Sposób na raka
        h. Drugą opinię medyczną – Sposób na raka;
21) **opiekun dziecka ubezpieczonego** – ubezpieczony, drugi rodzic dziecka ubezpieczonego lub inna osoba wyznaczona przez ubezpieczonego do pobytu wraz z dzieckiem ubezpieczonego w szpitalu lub hotelu przyszpitalnym, w ramach świadczenia, o którym mowa w Tabeli nr 1 pkt 10);
22) **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkała w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać samodzielnie swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki;
23) **osoba uprawniona do opieki** – wyznaczona przez ubezpieczonego do opieki osoba zamieszkała na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej; wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad dziećmi ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi;
24) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub inny podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą (za wyjątkiem sanatorium i uzdrowiska), działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej;
25) **rozpoznanie nowotworu** – rozpoznanie nowotworu objętego zakresem ochrony ubezpieczeniowej, udokumentowane wynikiem badania histopatologicznego, a w przypadku łagodnego nowotworu mózgu potwierdzone na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wyników badań histopatologicznych lub obrazowych. Za datę rozpoznania nowotworu przyjmuje się datę wyniku badania histopatologicznego potwierdzającego rozpoznanie. W przypadku łagodnego nowotworu mózgu za datę rozpoznania przyjmuje się datę wskazaną w dokumentacji medycznej potwierdzającej w sposób jednoznaczny rozpoznanie łagodnego nowotworu mózgu;
26) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie, do którego zalicza się: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne, w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (m.in. sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy;
27) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalania wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
28) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł z ubezpieczycielem umowę dotyczącą realizacji świadczeń i usług w ramach Pomocy medycznej – Sposób na raka oraz organizacji świadczeń w ramach Drugiej opinii medycznej – Sposób na raka, określonych w umowie dodatkowego ubezpieczenia;
29) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – niniejsza umowa dodatkowego ubezpieczenia Sposób na raka w wariancie podstawowym albo rozszerzonym;
30) **wykaz nowotworów objętych ochroną ubezpieczeniową** – wykaz nowotworów objętych ochroną ubezpieczeniową według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, zawierający w części A wykazu: nowotwory złośliwe w stadium przedinwazyjnym - in situ oraz inne wymienione nowotwory złośliwe, oraz w części B wykazu: nowotwory złośliwe w stadium inwazyjnym, stanowiący załącznik nr 1 do OWUD;

31) **wykaz nowotworów złośliwych w stadium inwazyjnym nieobjętych ochroną ubezpieczeniową** – wykaz nowotworów złośliwych w stadium inwazyjnym nieobjętych ochroną ubezpieczeniową według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, stanowiący załącznik nr 2 do OWUD;
32) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie zaistniałe w okresie ubezpieczenia, objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela, na podstawie umowy dodatkowego ubezpieczenia, polegające na:
   a) rozpoznaniu u ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela:
      a. nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym,
      b. nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym,
      c. łagodnego nowotworu mózgu;
   b) w ramach świadczeń Pomocy medycznej – Sposób na raka rozpoznaniu u ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności nowotworu objętego ochroną ubezpieczeniową - w przypadku świadczeń wskazanych w pkt 1-13 w Tabeli nr 1;
   c) w ramach Drugiej opinii medycznej – Sposób na raka rozpoznaniu w okresie ubezpieczenia u ubezpieczonego nowotworu.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia w wariancie podstawowym albo rozszerzonym:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
   2) nie później niż 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia od którego umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.

   Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę dodatkowego ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 60 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 5 - 7 i 10.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6 - 7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat.
8. Najpóźniej 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie lub obniżenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia. W trakcie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający nie ma możliwości zmiany wariantu.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia w wybranym wariancie ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
    1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
    2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5;

    dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w pozostałym zakresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w ramach wariantu podstawowego oraz rozszerzonego w zakresie:
   1) rozpoznania u ubezpieczonego nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym – wymienionego w części A wykazu nowotworów objętych ochroną ubezpieczeniową;
   2) rozpoznania u ubezpieczonego łagodnego nowotworu mózgu;
   3) rozpoznania u ubezpieczonego nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym – wymienionego w części B wykazu nowotworów objętych ochroną ubezpieczeniową.

3. W ramach wariantu rozszerzonego w przypadku rozpoznania u ubezpieczonego nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym w okresie odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
   1) operacji ubezpieczonego;
   2) radioterapii przeciwnowotworowej;
   3) chemioterapii przeciwnowotworowej.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zdarzeń wskazanych w ust. 2 i 3, polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczeń wskazanych w § 6 oraz:
   1) w przypadku wariantu podstawowego - na realizacji świadczenia Drugiej opinii medycznej – Sposób na raka określonego w § 12;
   2) w przypadku wariantu rozszerzonego na:
      a) realizacji świadczeń i usług w ramach Pomocy medycznej – Sposób na raka określonych w § 9 oraz
      b) realizacji świadczenia Drugiej opinii medycznej – Sposób na raka określonego w § 12,

      z zastrzeżeniem § 4.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się po upływie 180 dni od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2 - 6.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu rozpoznania u ubezpieczonego nowotworu złośliwego: oka – C69 (wg ICD 10), pęcherzyka żółciowego – C23 (wg ICD 10), serca – C38 (wg ICD 10), rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5. W sytuacji, o której mowa w zdaniu poprzednim ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem ust. 4.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu świadczeń i usług w ramach Pomocy medycznej wskazanych w § 9 oraz świadczenia Drugiej opinii medycznej w zakresie wskazanym w § 12 rozpoczyna się w dniu określonym w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa, w § 5, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W sytuacji zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o której mowa w § 2 ust. 2 pkt 2) odpowiedzialność ubezpieczyciela w przypadku wskazanym:
   1) w ust. 1 rozpoczyna się po upływie 180 dni liczonych od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka, zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5;
   2) w ust. 2 oraz 3 rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.

   Pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje umowa dodatkowego ubezpieczenia, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia Sposób na raka wygasa:
   1) na zasadach określonych w § 3 ust. 11 OWU;
   2) z dniem wypłaty świadczenia z tytułu rozpoznania u ubezpieczonego nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym,

   nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Wygaśnięcie odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia Sposób na raka z dniem wypłaty świadczenia z tytułu rozpoznania u ubezpieczonego nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym, nie pozbawia ubezpieczonego praw do świadczeń wskazanych w § 3 ust. 3 oraz § 3 ust. 4 pkt 2) a) w ramach wariantu rozszerzonego, o ile przeprowadzona operacja, poddanie się cyklowi leczenia przeciwnowotworowego (chemioterapii, radioterapii) oraz korzystanie ze świadczeń w ramach Pomocy medycznej miało miejsce w okresie 120 miesięcy od daty wygaśnięcia odpowiedzialności, o której mowa w ust. 5 pkt 2).

Składka

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki zależna jest od: sumy ubezpieczenia dodatkowego, aktualnego wieku ubezpieczonego, wybranego wariantu ubezpieczenia oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

Świadczenie

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia Sposób na raka polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia, z tytułu rozpoznanego w okresie odpowiedzialności nowotworu objętego ochroną ubezpieczeniową, w wysokości ustalonej jako procent sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia w przypadku:
   1) rozpoznania u ubezpieczonego nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (nowotwór złośliwy wymieniony w części A wykazu nowotworów objętych ochroną ubezpieczeniową - załącznik nr 1 do OWUD) - 10% sumy ubezpieczenia dodatkowego;
   2) rozpoznania u ubezpieczonego łagodnego nowotworu mózgu - 40% sumy ubezpieczenia dodatkowego;
   3) rozpoznania u ubezpieczonego nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym (nowotwór złośliwy wymieniony w części B wykazu nowotworów objętych ochroną ubezpieczeniową - załącznik nr 1 do OWUD) – 100% sumy; ubezpieczenia dodatkowego;

   z zastrzeżeniem ust. 4 - 8.
2. W przypadku wariantu rozszerzonego w stosunku do tego samego rozpoznania u ubezpieczonego nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym, z zastrzeżeniem ust. 3, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, w wysokości ustalonej jako procent sumy ubezpieczenia dodatkowego, aktualnej na dzień zajścia zdarzenia w przypadku:
   1) przeprowadzonej operacji u ubezpieczonego - 50% sumy ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem że należne jest wyłącznie jedno świadczenie z tytułu operacji;
   2) cyklu radioterapii przeciwnowotworowej, któremu ubezpieczony został poddany - 5% sumy ubezpieczenia dodatkowego za każdy cykl, jednak nie więcej niż za pięć cykli radioterapii przeciwnowotworowej;
   3) cyklu chemioterapii przeciwnowotworowej, któremu ubezpieczony został poddany - 5% sumy ubezpieczenia dodatkowego za każdy cykl, jednak nie więcej niż za pięć cykli chemioterapii przeciwnowotworowej.
3. Świadczenia, o których mowa w ust. 2 przysługują tylko wtedy gdy zostanie uznane roszczenie z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym wymienionego w części B wykazu nowotworów objętych ochroną ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W przypadku wygaśnięcia odpowiedzialności ubezpieczyciela, o którym mowa w § 4 ust. 5 pkt 2) ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, o których mowa w ust. 2, o ile przeprowadzona operacja, poddanie się cyklowi leczenia przeciwnowotworowego (chemioterapii, radioterapii) w związku z rozpoznanym w okresie odpowiedzialności nowotworem złośliwym w stadium inwazyjnym, miało miejsce nie później niż w okresie 120 miesięcy od daty wygaśnięcia odpowiedzialności, o którym mowa w § 4 ust. 5 pkt 2).
5. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 2 ust. 8 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia dla wyższej sumy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się po upływie 180 dni liczonych od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka w podwyższonej wysokości, zgodnie z częstotliwością opłacania, wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia. Pierwszy dzień okresu, od którego obowiązuje podwyższona suma ubezpieczenia, o której mowa powyżej, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zmianę sumy ubezpieczenia dodatkowego.
6. Zakres udzielanej ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest uzależniony od wariantu wybranego przez ubezpieczającego w momencie składania wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
7. Łączna kwota wypłaconych świadczeń z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w zależności od wybranego wariantu nie może przekroczyć:
   1) w przypadku wariantu podstawowego: 150% sumy ubezpieczenia dodatkowego;
   2) w przypadku wariantu rozszerzonego: 250% sumy ubezpieczenia dodatkowego.
8. W okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia może być wypłacone wyłącznie jedno świadczenie z tytułu każdego z typów nowotworów wskazanych w ust.1.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
3. Świadczenia, o których mowa w § 6 ust. 1 - 2 wypłacane są w terminie 21 dni od dnia otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
4. Świadczenia z tytułu kolejnego cyklu radioterapii przeciwnowotworowej lub cyklu chemioterapii przeciwnowotworowej, któremu ubezpieczony został poddany wypłacane są w terminie 14 dni od daty przedstawienia ubezpieczycielowi:
   1) potwierdzenia odbycia przez ubezpieczonego odpowiednio poprzedniego cyklu radioterapii przeciwnowotworowej lub poprzedniego cyklu chemioterapii przeciwnowotworowej, z tytułu których ubezpieczyciel wypłacił ostatnie świadczenie, oraz
   2) skierowania ubezpieczonego na kolejny cykl radioterapii przeciwnowotworowej lub kolejny cykl chemioterapii przeciwnowotworowej.
5. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 8

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu rozpoznania u ubezpieczonego:
   1) łagodnego nowotworu mózgu, nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym, nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym - nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania;
   2) nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym - nie są objęte wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
2. W przypadku nowotworów złośliwych w stadium inwazyjnym odpowiedzialnością ubezpieczyciela nie są objęte:
   1) nowotwory złośliwe w stadium inwazyjnym wymienione w wykazie nowotworów złosliwych w stadium inwazyjnym nieobjętych ochroną ubezpieczeniową - załącznik nr 2 do OWUD;
   2) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

Pomoc medyczna – sposób na raka

§ 9

1. W ramach Pomocy medycznej ubezpieczyciel zobowiązuje się do realizacji świadczeń określonych w Tabeli nr 1, wykonywane wyłącznie na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczeń w ramach Pomocy medycznej, określonych w Tabeli nr 1 jest ubezpieczony.
3. Zakres świadczeń w ramach Pomocy medycznej, obejmuje następujące świadczenia pomocy medycznej wykonywane wyłącznie na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej:
   1) świadczenia wymienione w pkt 1)-12) Tabeli nr 1 w przypadku rozpoznania w okresie ubezpieczenia u ubezpieczonego nowotworu objętego zakresem ochrony ubezpieczeniowej lub;
   2) zdrowotne usługi informacyjne wymienione w pkt 13) Tabeli nr 1, które przysługują ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia.

Tabela nr 1 Zakres świadczeń Pomoc medyczna – Sposób na raka

Lp.	Zakres świadczeń/opis	Limit świadczeń na zdarzenie ubezpieczeniowe	Zdarzenie ubezpieczeniowe
1).	**Transport medyczny** a) z miejsca pobytu do placówki medycznej b) z placówki medycznej do innej placówki medycznej c) z placówki medycznej do miejsca pobytu Opis: Jeśli ubezpieczony wymaga transportu medycznego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa ich koszty do określonego limitu; transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego.	do łącznej kwoty 1 000 zł na jeden transport medyczny (jeden transport medyczny liczony jest jako transport z danego miejsca do wskazanego danego miejsca)	rozpoznanie w okresie ubezpieczenia u ubezpieczonego nowotworu objętego ochroną ubezpieczeniową
2).	**Dostawa leków** Opis: Jeśli zgodnie pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczony wymaga leżenia, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu do określonego limitu; ubezpieczyciel nie odpowiada za braki w asortymencie leków w aptekach; koszty leków pokrywane są przez ubezpieczonego.	do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie	
3).	**Rehabilitacja** Opis: Jeśli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczony wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel zapewnia organizację proces rehabilitacji i pokrywa koszty rehabilitanta, koszty zleconych zabiegów do określonego limitu.	do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie	
4).	**Zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego** Opis: Jeśli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do określonego limitu.	do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie	
5).	**Dostawa sprzętu rehabilitacyjnego** Opis: Jeśli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu wypożyczonego lub zakupionego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu oraz odbiór wypożyczonego sprzętu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa ich koszty do określonego limitu.	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	
6).	**Opieka domowa po hospitalizacji** Opis: Jeśli ubezpieczony jest hospitalizowany przez okres powyżej 7 dni i jednocześnie z uwagi na stan zdrowia konieczna jest po zakończeniu hospitalizacji, pomoc w prowadzeniu domu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty opieki domowej do określonego limitu; usługa opieki domowej obejmuje pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobieniu drobnych zakupów, utrzymaniu czystości w domu: sprzątaniu podłóg na sucho i na mokro, ścieraniu kurzy z mebli i parapetów, odkurzaniu dywanów i wykładzin, sprzątaniu łazienki, zmywaniu naczyń, czyszczeniu zlewu, czyszczeniu płyty kuchennej, wyrzucaniu śmieci, podlewaniu kwiatów przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez ubezpieczonego; koszty zakupów realizowanych na zlecenie ubezpieczonego pokrywa ubezpieczony.	do łącznej kwoty 500 zł maksymalnie przez okres 5 dni	
7).	**Opieka pielęgniarska po hospitalizacji** Opis: Jeśli ubezpieczony jest hospitalizowany przez okres powyżej 5 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie istnieje konieczność opieki pielęgniarskiej, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty pomocy pielęgniarki do określonego limitu.	do łącznej kwoty 1500 zł maksymalnie przez okres 5 dni	
8).	**Wizyta pielęgniarki** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki do określonego limitu.	do łącznej kwoty - 1000 zł na jedno zdarzenie	
9).	**Pomoc psychoonkologa** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia ubezpieczonemu organizację wizyty u Psychoonkologa albo u Psychologa specjalizującego się w pracy z osobami chorymi onkologicznie oraz pokrywa jej koszty do określonego limitu.	do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	

10).	**Opieka nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi** Opis: Jeśli zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony będzie hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty do określonego limitu: a) przewozu dzieci/osób niesamodzielnych w towarzystwie osoby uprawnionej do opieki do miejsca pobytu osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu, albo b) przewozu osoby uprawnionej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca pobytu do miejsca pobytu dzieci/osoby niesamodzielnej i jej powrotu. W przypadku braku możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt a) albo b), w związku z brakiem możliwości skontaktowania się ubezpieczyciela z osobą uprawnioną do opieki, ubezpieczyciel na wniosek ubezpieczonego wykona usługę polegającą na organizacji i pokryciu kosztów do danego limitu opieki nad dziećmi/ osobami niesamodzielnymi w miejscu pobytu.	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie a) przewóz dzieci/osoby niesamodzielnej do osoby uprawnionej do opieki albo b) przewóz osoby uprawnionej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi, albo c) do kwoty 300 zł/dzień (max przez 5 dni) na jedno zdarzenie w przypadku organizacji opieki w miejscu zamieszkania;	rozpoznanie w okresie ubezpieczenia u ubezpieczonego nowotworu objętego ochroną ubezpieczeniową
11).	**Zwrot kosztów peruk lub protezy (w przypadku amputacji)** Opis: Jeśli wystąpi konieczność zakupu peruki lub protezy ubezpieczyciel dokona zwrotu kosztów zakupu peruki lub protezy	do łącznej kwoty 3000 zł	
12).	**Konsultacje telefoniczne z lekarzem pierwszego kontaktu** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty telekonsultacji lekarskich do określonego limitu.	maksymalnie 2 konsultacje na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	
13).	**Zdrowotne usługi informacyjne w zakresie:** a) danych teleadresowych placówek medycznych i aptek b) informacji na temat: a. działania leków, skutków ubocznych ich działania, interakcji z innymi lekami, b. przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami, c. diet, zdrowego odżywiania się. Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej dostęp do zdrowotnych usług informacyjnych.	nielimitowany dostęp	

4. W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel w ramach świadczeń wymienionych w pkt 1)-13) Tabeli nr 1, zapewnia organizację usług i pokrycie ich kosztów do wysokości nie przekraczającej podanych w Tabeli nr 1 limitów w ramach zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W przypadku wygaśnięcia odpowiedzialności ubezpieczyciela, o którym mowa w § 4 ust. 5 pkt 2), świadczenia w ramach Pomocy medycznej przysługują ubezpieczonemu w okresie do 120 miesięcy od daty wygaśnięcia odpowiedzialności, o którym mowa w § 4 ust. 5 pkt 2), z zastrzeżeniem limitów określonych w Tabeli nr 1.

§ 10

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pomocy medycznej w zakresie świadczeń wskazanych w Tabeli nr 1 jest wyłączona w przypadku:
   1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej;
   2) kosztów zakupu leków (ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach),
   3) świadczeń i usług powstałych w wyniku:
      a) epidemii lub pandemii, katastrof naturalnych, wycieków, zanieczyszczeń lub skażeń,
      b) leczenia osoby uprawionej wynikającego lub będącego konsekwencją wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków,
      c) poddania się przez osobę uprawioną leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
      d) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,
      e) chorób związanych z wirusem HIV.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub za brak możliwości realizacji świadczeń, jeżeli są one spowodowane decyzjami władz administracyjnych.

Realizacja świadczeń

§ 11

1. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego, w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń w ramach Pomocy medycznej. Ubezpieczony, jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę.
2. Ubezpieczony kontaktujący się z centrum operacyjnym, powinien podać następujące informacje:
   1) nr PESEL ubezpieczonego;
   2) imię i nazwisko ubezpieczonego, uprawnionego;
   3) adres miejsca zamieszkania/pobytu;
   4) numer polisy;
   5) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
   6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
   7) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.

3. Ubezpieczony, zobowiązany jest na wniosek centrum operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą zaświadczenia i skierowania lekarskie, karty wypisowe ze szpitala recepty, faktury i rachunki dokumentujące poniesione koszty.
4. Ubezpieczony zobowiązany jest przekazać ubezpieczycielowi dokumenty potwierdzające rozpoznanie u ubezpieczonego nowotworu objętego zakresem ochrony ubezpieczeniowej.
5. Jeżeli ubezpieczony, z przyczyn niezależnych od siebie nie mógł skontaktować się z centrum operacyjnym w sposób, o którym mowa w ust. 1 w celu uzyskania pomocy w ramach świadczeń wskazanych w Tabeli nr 1, zobowiązany jest w ciągu 7 dni od dnia, w którym skontaktowanie się z centrum operacyjnym stało się możliwe, powiadomić o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Ponadto ubezpieczony zobowiązany jest podać przyczynę niemożności skontaktowania się z centrum operacyjnym.
6. Jeżeli ubezpieczony, wskutek niemożności skontaktowania się z centrum operacyjnym, o której mowa w ust. 5, we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty usług, o których mowa w Tabeli nr 1, ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrotu ubezpieczonemu poniesionych przez niego ww. kosztów do wysokości faktycznie poniesionych kosztów, nie więcej jednak niż do wysokości limitu kwotowego odpowiedzialności ustalonego dla danej usługi.
7. Zwrot kosztów, o którym mowa w ust. 6, będzie następował na podstawie dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego i poniesienie kosztów, tj. dokumentu stwierdzającego przyczyny i zakres udzielonej pomocy oraz rachunków i dowodów ich zapłaty. Zwrot kosztów następuje w takim zakresie, w jakim zostały one udokumentowane przez ubezpieczonego, w granicach limitów określonych w Tabeli nr 1.
8. W razie naruszenia z winy umyślnej lub z rażącego niedbalstwa obowiązku powiadomienia o zaistniałym zdarzeniu ubezpieczeniowym w terminie określonym w ust. 5, ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie to uniemożliwiło ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.

Druga opiniia medyczna sposób na raka

§ 12

1. W okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczonemu przysługuje prawo do skorzystania z Drugiej opinii medycznej w przypadku rozpoznania nowotworu u ubezpieczonego.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia obejmuje:
   1) wydanie opinii dotyczącej postawionej przez lekarza prowadzącego diagnozy i dotychczas prowadzonego leczenia;
   2) udzielenie odpowiedzi na pytania zadane przez ubezpieczonego w związku z opiniowaną chorobą i stanem zdrowia ubezpieczonego;
   3) propozycję planu leczenia, jeśli zdaniem lekarza konsultanta zastosowany sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony;
   4) opinię w zakresie rokowania co do możliwości wyleczenia - w przypadku wyrażenia takiej woli ubezpieczonego we wniosku o wydanie Drugiej opinii medycznej.
3. W ramach Drugiej opinii medycznej ubezpieczonego, ubezpieczyciel za pośrednictwem świadczeniodawcy:
   1) poinformuje ubezpieczonego o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie Drugiej opinii medycznej i w razie potrzeby zobowiązuje się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów;
   2) przetłumaczy zebraną dokumentację na język angielski;
   3) prześle zebraną dokumentację do lekarza konsultanta, specjalizującego się w danym schorzeniu dotyczącym rozpoznania nowotworu;
   4) zapewni sporządzenie Drugiej opinii medycznej przez lekarza konsultanta i jej przetłumaczenie na język polski;
   5) dostarczy Drugą opinię medyczną ubezpieczonemu lub na pisemny wniosek ubezpieczonego – lekarzowi prowadzącemu.
4. Ubezpieczony ma prawo do jednego świadczenia z tytułu Drugiej opinii medycznej w stosunku do tego samego rozpoznania. W przypadku pogorszenia stanu zdrowia potwierdzonymi nowymi wynikami badań diagnostycznych, ubezpieczonemu na jego wniosek przysługuje kolejna Druga opinia medyczna.
5. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w zakresie Drugiej opinii medycznej, jeżeli w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej u ubezpieczonego ustalono rozpoznanie nowotworu u ubezpieczonego.
6. Informacje zawarte w Drugiej opinii medycznej są opinią uzupełniającą w stosunku do opinii wydanej przez lekarza prowadzącego, a zakres wykorzystania Drugiej opinii medycznej wymaga uzgodnienia przez ubezpieczonego z lekarzem prowadzącym leczenie.
7. Ubezpieczyciel i świadczeniodawca nie odpowiada za skutki jakichkolwiek działań lub zaniechania działań w oparciu o informacje zawarte w Drugiej opinii medycznej oraz za skutki wdrożenia proponowanych przez lekarzy konsultantów planów leczenia, a także ich skuteczność.

§ 13

1. W celu uzyskania Drugiej opinii medycznej ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie ze świadczeniodawcą i podać następujące dane:
   1) nr PESEL ubezpieczonego;
   2) imię i nazwisko ubezpieczonego;
   3) miejsce zamieszkania;
   4) numer polisy ubezpieczeniowej;
   5) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
   6) adres email - poczty elektronicznej;
   7) krótki opis dotyczący rozpoznania nowotworu.
2. Warunkiem uzyskania przez ubezpieczonego Drugiej opinii medycznej jest dostarczenie do świadczeniodawcy wszystkich wymaganych dokumentów do spełnienia świadczenia, w szczególności ubezpieczony zobowiązany jest:

1) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej zgłaszanego rozpoznania nowotworu;
2) dostarczyć do świadczeniodawcy formularze, o których wypełnienie zwrócił się świadczeniodawca.

3. Ubezpieczony zobowiązany jest udzielić ubezpieczycielowi oraz świadczeniodawcy pisemnej zgody na:
   1) zasięganie informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu w zakresie nowotworu;
   2) przekazywanie danych medycznych dotyczących ubezpieczonego, o których mowa w pkt 1) powyżej, do lekarza konsultanta w celu uzyskania Drugiej opinii medycznej.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje kosztu wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych w Drugiej opinii medycznej lub niezbędnych do jej sporządzenia.
5. Świadczeniodawca pokrywa koszt sporządzenia i wydania dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia ubezpieczonego przez lekarza prowadzącego.
6. Świadczeniodawca przekaże informację o trzech placówkach medycznych działających poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, specjalizujących się w danej jednostce chorobowej. Ubezpieczony powinien wybrać preferowaną placówkę medyczną, której lekarz konsultant wyda Drugą opinię medyczną.
7. Świadczeniodawca przetłumaczy na język angielski dokumentację medyczną dostarczoną przez ubezpieczonego lub lekarza prowadzącego oraz przekaże przetłumaczoną dokumentację medyczną do lekarza konsultanta, a także zapewnieni tłumaczenie sporządzonej przez lekarza konsultanta Drugiej opinii medycznej na język polski przed jej przekazaniem ubezpieczonemu.
8. Druga opinia medyczna zostanie sporządzona i wysłana do ubezpieczonego w sposób z nim uzgodniony (pocztą na adres zamieszkania lub na adres poczty elektronicznej) w terminie czternastu dni roboczych od daty dostarczenia kompletnej dokumentacji medycznej do wybranej placówki medycznej, o której mowa w ust. 6.
9. W przypadku, gdy do sporządzenia Drugiej opinii medycznej niezbędne jest uzyskanie dodatkowych informacji medycznych, Druga opinia medyczna zostanie sporządzona w ciągu czternastu dni roboczych od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności uzyskanie brakujących informacji medycznych było możliwe.
10. Ubezpieczyciel oraz świadczeniodawca nie są zobowiązani do dostarczenia Drugiej opinii medycznej, w przypadku gdy lekarz prowadzący nie udostępni kopii dokumentacji medycznej i wyników badań dotyczących rozpoznananego nowotworu u ubezpieczonego. W przypadku, gdy świadczeniodawca nie będzie w stanie zebrać dokumentacji medycznej dotyczącej rozpoznanego nowotworu u ubezpieczonego od lekarza prowadzącego lub podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych, ubezpieczony będzie zobowiązany do samodzielnego dostarczenia tej dokumentacji i wyników badań.

§ 14

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 15

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A., wprowadzone w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Załącznik nr 1 do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia Sposób na raka

WYKAZ NOWOTWORÓW OBJĘTYCH OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ (WEDŁUG MIĘDZYNARODOWEJ STATYSTYCZNEJ KLASYFIKACJI CHORÓB I PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH ICD-10)

Część A - Wykaz nowotworów złośliwych w stadium przedinwazyjnym (in situ) oraz innych nowotworów złośliwych objętych ochroną ubezpieczeniową:

D00 Rak in situ jamy ustnej przełyku i żołądka
D00.0 Rak in situ wargi, jamy ustnej i gardła
D00.1 Rak in situ przełyku
D00.2 Rak in situ żołądka

D01 Rak in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego
D01.0 Rak in situ okrężnicy
D01.1 Rak in situ zgięcia esiczo-odbytniczego
D01.2 Rak in situ odbytnicy
D01.3 Rak in situ odbytu i kanału odbytu
D01.4 Rak in situ innych i nieokreślonych części jelita
D01.5 Rak in situ pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych
D01.7 Rak in situ innych określonych narządów układu pokarmowego
D01.9 Rak in situ narządów układu pokarmowego, nieokreślone

D02 Rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego
D02.0 Rak in situ krtani
D02.1 Rak in situ tchawicy
D02.2 Rak in situ oskrzela i płuca
D02.3 Rak in situ innych części układu oddechowego
D02.4 Rak in situ układu oddechowego, umiejscowienie nieokreślone

D03 Czerniak in situ
D03.0 Czerniak in situ wargi
D03.1 Czerniak in situ powieki łącznie z kątem oka
D03.2 Czerniak in situ ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego
D03.3 Czerniak in situ innych i nieokreślonych części twarzy
D03.4 Czerniak in situ skóry owłosionej głowy i szyi
D03.5 Czerniak in situ tułowia
D03.6 Czerniak in situ kończyny górnej łącznie z barkiem
D03.7 Czerniak in situ kończyny dolnej łącznie z biodrem
D03.8 Czerniak in situ innych umiejscowień
D03.9 Czerniak in situ, nieokreślony

D04 Rak in situ skóry
D04.0 Rak in situ skóry wargi
D04.1 Rak in situ skóry powieki, łącznie z kątem oka
D04.2 Rak in situ skóry ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego
D04.3 Rak in situ skóry innych i nieokreślonych części twarzy
D04.4 Rak in situ skóry owłosiona głowy i szyi
D04.5 Rak in situ skóry tułowia
D04.6 Rak in situ skóry kończyny górnej, łącznie z barkiem
D04.7 Rak in situ skóry kończyny dolnej, łącznie z biodrem
D04.8 Rak in situ skóry, inne umiejscowienie
D04.9 Rak in situ skóry, umiejscowienie nieokreślone

D05 Rak in situ piersi
D05.0 Rak zrazikowy in situ
D05.1 Rak wewnątrzprzewodowy in situ
D05.7 Inny rak piersi in situ
D05.9 Rak in situ piersi, nieokreślony

D06 Rak in situ szyjki macicy
D06.0 Rak in situ błony śluzowej kanału szyjki macicy
D06.1 Rak in situ błony śluzowa zewnętrznej powierzchni szyjki macicy
D06.7 Rak in situ innej część szyjki macicy
D06.9 Rak in situ szyjki macicy, umiejscowienie nieokreślone

D07 Rak in situ innych nieokreślonych narządów płciowych
D07.0 Rak in situ błony śluzowej macicy
D07.1 Rak in situ sromu

D07.2 Rak in situ pochwy
D07.3 Rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych żeńskich
D07.4 Rak in situ prącia
D07.5 Rak in situ gruczołu krokowego
D07.6 Rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych męskich

D09 Rak in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu
D09.0 Rak in situ pęcherza moczowego
D09.1 Rak in situ inne i nieokreślone części układu moczowego
D09.2 Rak in situ oka
D09.3 rak in situ tarczyca i inne gruczoły wydzielania wewnętrznego
D09.7 Rak in situ o innym określonym umiejscowieniu
D09.9 Rak in situ, umiejscowienie nieokreślone

C43 Czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania T1aN0M0 oraz T1bN0M0 lub odpowiadającym mu stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka i lub Breslowa T1

C44 Inne nowotwory złośliwe skóry
C44.0 Nowotwór złośliwy (skóra wargi)
C44.1 Nowotwór złośliwy (skóra powieki, łącznie z kątem oka)
C44.2 Nowotwór złośliwy (skóra ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego)
C44.3 Nowotwór złośliwy (skóra innych i nieokreślonych części twarzy)
C44.4 Nowotwór złośliwy (skóra owłosiona głowy i szyi)
C44.5 Nowotwór złośliwy (skóra tułowia)
C44.6 Nowotwór złośliwy (skóra kończyny górnej, łącznie z barkiem)
C44.7 Nowotwór złośliwy (skóra kończyny dolnej, łącznie z biodrem)
C44.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia na skórze)
C44.9 Nowotwór złośliwy skóry, umiejscowienie nieokreślone

C61 Pierwotny nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stadium T1a N0M0, T1b N0M0 i T1c N0M0
C67 Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego w stopniu zaawansowania T1N0M0
C73 Nowotwór złośliwy tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 i T2N0M0 w przypadku raka brodawkowatego (wliczając: T1a N0M0, T1b N0M0)

Część B - Wykaz nowotworów złośliwych w stadium inwazyjnym objętych ochroną ubezpieczeniową:
C00 Nowotwór złośliwy wargi
C00.0 Nowotwór złośliwy (powierzchnia zewnętrzna wargi górnej)
C00.1 Nowotwór złośliwy (powierzchnia zewnętrzna wargi dolnej)
C00.2 Nowotwór złośliwy (powierzchnia zewnętrzna wargi, nieokreślona)
C00.3 Nowotwór złośliwy (powierzchnia wewnętrzna wargi górnej)
C00.4 Nowotwór złośliwy (powierzchnia wewnętrzna wargi dolnej)
C00.5 Nowotwór złośliwy (powierzchnia wewnętrzna wargi nieokreślonej (górna lub dolna))
C00.6 Nowotwór złośliwy (spoidło wargi)
C00.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie wargi)
C00.9 Nowotwór złośliwy (warga, nieokreślona)

C01 Nowotwór złośliwy nasady języka

C02 Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części języka
C02.0 Nowotwór złośliwy (powierzchnia grzbietowa języka)
C02.1 Nowotwór złośliwy (brzeg języka)
C02.2 Nowotwór złośliwy (dolna powierzchnia języka)
C02.3 Nowotwór złośliwy (przednie dwie trzecie części języka, część nieokreślona)
C02.4 Nowotwór złośliwy (migdałek językowy)
C02.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie języka)
C02.9 Nowotwór złośliwy (język, nieokreślony)

C03 Nowotwór złośliwy dziąsła
C03.0 Nowotwór złośliwy (dziąsło górne)
C03.1 Nowotwór złośliwy (dziąsło dolne)
C03.9 Nowotwór złośliwy (dziąsło, nieokreślone)

C04 Nowotwór złośliwy dna jamy ustnej
C04.0 Nowotwór złośliwy (przednia część dna jamy ustnej)
C04.1 Nowotwór złośliwy (boczna część dna jamy ustnej)
C04.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie dna jamy ustnej)
C04.9 Nowotwór złośliwy (dno jamy ustnej, nieokreślone)

C05 Nowotwór złośliwy podniebienia

C05.0 Nowotwór złośliwy (podniebienie twarde)
C05.1 Nowotwór złośliwy (podniebienie miękkie)
C05.2 Nowotwór złośliwy (języczek)
C05.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie podniebienia)
C05.9 Nowotwór złośliwy (podniebienie, nieokreślone)

C06 Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części jamy ustnej
C06.0 Nowotwór złośliwy (śluzówka policzka)
C06.1 Nowotwór złośliwy (przedsionek jamy ustnej)
C06.2 Nowotwór złośliwy (przestrzeń zatrzonowa)
C06.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie innych i nieokreślonych części jamy ustnej)
C06.9 Nowotwór złośliwy (jama ustna, nieokreślona)

C07 Nowotwór złośliwy ślinianki przyusznej

C08 Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych dużych gruczołów ślinowych
C08.0 Nowotwór złośliwy (ślinianka podżuchwowa)
C08.1 Nowotwór złośliwy (ślinianka podjęzykowa)
C08.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie dużych gruczołów ślinowych)
C08.9 Nowotwór złośliwy (duże gruczoły ślinowe, nieokreślone)

C09 Nowotwór złośliwy migdałka
C09.0 Nowotwór złośliwy (dół migdałkowy)
C09.1 Nowotwór złośliwy (łuki podniebienne (podniebienno-językowy) (podniebienno-gardłowy))
C09.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie migdałka)
C09.9 Nowotwór złośliwy (migdałek, nieokreślony)

C10 Nowotwór złośliwy części ustnej gardła
C10.0 Nowotwór złośliwy (dolinka nagłośniowa)
C10.1 Nowotwór złośliwy (przednia powierzchnia nagłośni)
C10.2 Nowotwór złośliwy (ściana boczna części ustnej gardła)
C10.3 Nowotwór złośliwy (ściana tylna części ustnej gardła)
C10.4 Nowotwór złośliwy (szczelina skrzelowa)
C10.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie części ustnej gardła)
C10.9 Nowotwór złośliwy (część ustna gardła, nieokreślona)

C11 Nowotwór złośliwy części nosowej gardła
C11.0 Nowotwór złośliwy (ściana górna części nosowej gardła)
C11.1 Nowotwór złośliwy (ściana tylna części nosowej gardła)
C11.2 Nowotwór złośliwy (ściana boczna części nosowej gardła)
C11.3 Nowotwór złośliwy (ściana przednia części nosowej gardła)
C11.8 Nowotwór złośliwy (zmiany przekraczające granice jednego umiejscowienia w obrębie części nosowej gardła)
C11.9 Nowotwór złośliwy (część nosowa gardła, nieokreślona)

C12 Nowotwór złośliwy zachyłka gruszkowatego

C13 Nowotwór złośliwy części krtaniowej gardła
C13.0 Nowotwór złośliwy (okolica płytki chrząstki pierścieniowatej)
C13.1 Nowotwór złośliwy (fałd nalewkowo-nagłośniowy i powierzchnia gardłowa fałdu nalewkowo-nagłośniowego)
C13.2 Nowotwór złośliwy (tylna ściana części krtaniowej gardła)
C13.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie części krtaniowej gardła)
C13.9 Nowotwór złośliwy (część krtaniowa gardła, nieokreślona)

C14 Nowotwór złośliwy o innym i bliżej nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła
C14.0 Nowotwór złośliwy (gardło o umiejscowieniu nieokreślonym)
C14.2 Nowotwór złośliwy (pierścień chłonny gardłowy Waldeyera)
C14.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła)

C15 Nowotwór złośliwy przełyku
C15.0 Nowotwór złośliwy (szyjna część przełyku)
C15.1 Nowotwór złośliwy (piersiowa część przełyku)
C15.2 Nowotwór złośliwy (brzuszna część przełyku)
C15.3 Nowotwór złośliwy (górna trzecia część przełyku)
C15.4 Nowotwór złośliwy (środkowa trzecia część przełyku)
C15.5 Nowotwór złośliwy (dolna trzecia część przełyku)
C15.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie przełyku)
C15.9 Nowotwór złośliwy (przełyk, nieokreślony)

C16 Nowotwór złośliwy żołądka
C16.0 Nowotwór złośliwy (wpust)
C16.1 Nowotwór złośliwy (dno żołądka)
C16.2 Nowotwór złośliwy (trzon żołądka)
C16.3 Nowotwór złośliwy (ujście odźwiernika)
C16.4 Nowotwór złośliwy (odźwiernik)
C16.5 Nowotwór złośliwy (krzywizna mniejsza żołądka, nieokreślona)
C16.6 Nowotwór złośliwy (krzywizna większa żołądka, nieokreślona)
C16.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie żołądka)
C16.9 Nowotwór złośliwy (żołądek, nieokreślony)

C17 Nowotwór złośliwy jelita cienkiego
C17.0 Nowotwór złośliwy (dwunastnica)
C17.1 Nowotwór złośliwy (jelito czcze)
C17.2 Nowotwór złośliwy (jelito kręte)
C17.3 Nowotwór złośliwy (uchyłek Meckela)
C17.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie jelita cienkiego)
C17.9 Nowotwór złośliwy (jelito cienkie, nieokreślone)

C18 Nowotwór złośliwy jelita grubego
C18.0 Nowotwór złośliwy (jelito ślepe)
C18.1 Nowotwór złośliwy (wyrostek robaczkowy)
C18.2 Nowotwór złośliwy (okrężnica wstępująca)
C18.3 Nowotwór złośliwy (zgięcie wątrobowe)
C18.4 Nowotwór złośliwy (okrężnica poprzeczna)
C18.5 Nowotwór złośliwy (zgięcie śledzionowe)
C18.6 Nowotwór złośliwy (okrężnica zstępująca)
C18.7 Nowotwór złośliwy (esica)
C18.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie jelita grubego)
C18.9 Nowotwór złośliwy (okrężnica, nieokreślona)

C19 Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego

C20 Nowotwór złośliwy odbytnicy

C21 Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu
C21.0 Nowotwór złośliwy (odbyt, nieokreślony)
C21.1 Nowotwór złośliwy (kanał odbytu)
C21.2 Nowotwór złośliwy (strefa kloakogenna)
C21.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie odbytnicy, odbytu i kanału odbytu)

C22 Nowotwór złośliwy wątroby i przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych
C22.0 Nowotwór złośliwy (rak komórek wątroby)
C22.1 Nowotwór złośliwy (rak przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych)
C22.2 Nowotwór złośliwy (wątrobiak zarodkowy (hepatoblastoma))
C22.3 Nowotwór złośliwy (mięsak naczyniowy wątroby)
C22.4 Nowotwór złośliwy (inne mięsaki wątroby)
C22.7 Nowotwór złośliwy (inne nieokreślone raki wątroby)
C22.9 Nowotwór złośliwy (wątroba, nieokreślona)

C23 Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego

C24 Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części dróg żółciowych
C24.0 Nowotwór złośliwy (zewnątrzwątrobowe drogi żółciowe)
C24.1 Nowotwór złośliwy (brodawka większa dwunastnicy Vatera)
C24.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie dróg żółciowych)
C24.9 Nowotwór złośliwy (drogi żółciowe, nieokreślone)

C25 Nowotwór złośliwy trzustki
C25.0 Nowotwór złośliwy (głowa trzustki)
C25.1 Nowotwór złośliwy (trzon trzustki)
C25.2 Nowotwór złośliwy (ogon trzustki)
C25.3 Nowotwór złośliwy (przewód trzustkowy)
C25.4 Nowotwór złośliwy (część wewnątrzwydzielnicza trzustki)
C25.7 Nowotwór złośliwy (inna część trzustki)
C25.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie trzustki)
C25.9 Nowotwór złośliwy (trzustka, nieokreślona)

C26 Nowotwór złośliwy innych i niedokładnie określonych narządów trawiennych
C26.0 Nowotwór złośliwy (przewód pokarmowy, część nieokreślona)
C26.1 Nowotwór złośliwy (śledziona)
C26.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie układu pokarmowego)
C26.9 Nowotwór złośliwy (część układu trawiennego niedokładnie określona)

C30 Nowotwór złośliwy jamy nosowej i ucha środkowego
C30.0 Nowotwór złośliwy (jama nosowa)
C30.1 Nowotwór złośliwy (ucho środkowe)

C31 Nowotwór złośliwy zatok przynosowych
C31.1 Nowotwór złośliwy (komórki sitowe)
C31.2 Nowotwór złośliwy (zatoka czołowa)
C31.3 Nowotwór złośliwy (zatoka klinowa)
C31.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie zatok przynosowych)
C31.9 Nowotwór złośliwy (zatoka przynosowa, nieokreślona)

C32 Nowotwór złośliwy krtani
C32.0 Nowotwór złośliwy (głośnia)
C32.1 Nowotwór złośliwy (nagłośnia)
C32.2 Nowotwór złośliwy (jama podgłośniowa)
C32.3 Nowotwór złośliwy (chrząstki krtani)
C32.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie krtani)
C32.9 Nowotwór złośliwy (krtań, nieokreślona)

C33 Nowotwór złośliwy tchawicy

C34 Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca
C34.0 Nowotwór złośliwy (oskrzele główne)
C34.1 Nowotwór złośliwy (płat górny płuca lub oskrzele płatowe górne)
C34.2 Nowotwór złośliwy (płat środkowy płuca lub oskrzele płatowe środkowe)
C34.3 Nowotwór złośliwy (płat dolny płuca lub oskrzele płatowe dolne)
C34.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie oskrzela i płuca)
C34.9 Nowotwór złośliwy (oskrzele lub płuco, nieokreślone)

C37 Nowotwór złośliwy grasicy

C38 Nowotwór złośliwy serca, śródpiersia i opłucnej
C38.0 Nowotwór złośliwy (serce)
C38.1 Nowotwór złośliwy (śródpiersie przednie)
C38.2 Nowotwór złośliwy (śródpiersie tylne)
C38.3 Nowotwór złośliwy (śródpiersie, część nieokreślona)
C38.4 Nowotwór złośliwy (opłucna)
C38.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie serca, śródpiersia i opłucnej)

C39 Nowotwór złośliwy innych i niedokładnie określonych części układu oddechowego i narządów klatki piersiowej
C39.0 Nowotwór złośliwy (górna część dróg oddechowych, część nieokreślona)
C39.8 Nowotwór złośliwy (zmiany przekraczające granice jednego umiejscowienia w obrębie układu oddechowego i narządów klatki piersiowej)
C39.9 Nowotwór złośliwy (niedokładnie określone umiejscowienie w obrębie układu oddechowego)

C40 Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej kończyn
C40.0 Nowotwór złośliwy (łopatka i kości długie kończyny górnej)
C40.1 Nowotwór złośliwy (kości krótkie kończyny górnej)
C40.2 Nowotwór złośliwy (kości długie kończyny dolnej)
C40.3 Nowotwór złośliwy (kości krótkie kończyny dolnej)
C40.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie kości i chrząstki stawowej kończyn)
C40.9 Nowotwór złośliwy (kości i chrząstki stawowe kończyn, nieokreślone)

C41 Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej o innym i nieokreślonym umiejscowieniu
C41.0 Nowotwór złośliwy (kości czaszki i twarzy)
C41.1 Nowotwór złośliwy (żuchwa)
C41.2 Nowotwór złośliwy (kości kręgosłupa)
C41.3 Nowotwór złośliwy (kości żebra, mostka i obojczyka)
C41.4 Nowotwór złośliwy (kości miednicy, kość krzyżowa i guziczna)
C41.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie kości i chrząstek stawowych)

C41.9 Nowotwór złośliwy (kości i chrząstki stawowe, nieokreślone)

C43 Czerniak złośliwy skóry za wyjątkiem czerniaka złośliwego skóry w stopniu zaawansowania T1aN0M0 oraz T1bN0M0 lub odpowiadającym mu stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa
C43.0 Czerniak złośliwy wargi
C43.1 Czerniak złośliwy powieki, łącznie z kątem oka
C43.2 Czerniak złośliwy ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego
C43.3 Czerniak złośliwy innych i nieokreślonych części twarzy
C43.4 Czerniak złośliwy skóry owłosionej głowy i skóry szyi
C43.5 Czerniak złośliwy tułowia
C43.6 Czerniak złośliwy kończyny górnej łącznie z barkiem
C43.7 Czerniak złośliwy kończyny dolnej łącznie z biodrem
C43.8 Czerniak złośliwy skóry przekraczający wyżej określone granice
C43.9 Czerniak złośliwy skóry, nieokreślony

C45 Międzybłoniak
C45.0 Międzybłoniak opłucnej
C45.1 Międzybłoniak otrzewnej
C45.2 Międzybłoniak osierdzia
C45.7 Międzybłoniak innych umiejscowień
C45.9 Międzybłoniak, nieokreślony

C46 Mięsak Kaposi'ego
C46.0 Mięsak Kaposi'ego skóry
C46.1 Mięsak Kaposi'ego tkanki miękkiej
C46.2 Mięsak Kaposi'ego podniebienia
C46.3 Mięsak Kaposi'ego węzłów chłonnych
C46.7 Mięsak Kaposi'ego innych umiejscowień
C46.8 Mięsak Kaposi'ego licznych narządów
C46.9 Mięsak Kaposi'ego, nieokreślony

C47 Nowotwory złośliwe nerwów obwodowych i układu nerwowego wegetatywnego
C47.0 Nowotwór złośliwy (nerwy obwodowe głowy, twarzy i szyi)
C47.1 Nowotwór złośliwy (nerwy obwodowe kończyny górnej łącznie z barkiem)
C47.2 Nowotwór złośliwy (nerwy obwodowe kończyny dolnej łącznie z biodrem)
C47.3 Nowotwór złośliwy (nerwy obwodowe klatki piersiowej)
C47.4 Nowotwór złośliwy (nerwy obwodowe brzucha)
C47.5 Nowotwór złośliwy (nerwy obwodowe miednicy)
C47.6 Nowotwór złośliwy (nerwy obwodowe tułowia, nieokreślone)
C47.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie nerwów obwodowych i układu nerwowego wegetatywnego)
C47.9 Nowotwór złośliwy (nerwy obwodowe i układu nerwowego wegetatywnego, nieokreślone)

C48 Nowotwór złośliwy przestrzeni zaotrzewnowej i otrzewnej
C48.0 Nowotwór złośliwy (przestrzeń zaotrzewnowa)
C48.1 Nowotwór złośliwy (określona część otrzewnej)
C48.2 Nowotwór złośliwy (otrzewna, nieokreślona)
C48.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie przestrzeni zaotrzewnowej i otrzewnej)

C49 Nowotwory złośliwe tkanki łącznej i innych tkanek miękkich
C49.0 Nowotwór złośliwy (tkanka łączna i inne tkanki miękkie głowy, twarzy i szyi)
C49.1 Nowotwór złośliwy (tkanka łączna i tkanka miękka kończyny górnej łącznie z barkiem)
C49.2 Nowotwór złośliwy (tkanka łączna i tkanka miękka kończyny dolnej łącznie z biodrem)
C49.3 Nowotwór złośliwy (tkanka łączna i tkanka miękka klatki piersiowej)
C49.4 Nowotwór złośliwy (tkanka łączna i tkanka miękka brzucha)
C49.5 Nowotwór złośliwy (tkanka łączna i tkanka miękka miednicy)
C49.6 Nowotwór złośliwy (tkanka łączna i tkanka miękka tułowia, nieokreślona)
C49.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie tkanki łącznej i tkanek miękkich)
C49.9 Nowotwór złośliwy (tkanka łączna i tkanka miękka, nieokreślona)

C50 Nowotwór złośliwy piersi
C50.0 Nowotwór złośliwy (brodawka i otoczka brodawki sutkowej)
C50.1 Nowotwór złośliwy (centralna część piersi)
C50.2 Nowotwór złośliwy (ćwiartka górna wewnętrzna piersi)
C50.3 Nowotwór złośliwy (ćwiartka dolna wewnętrzna piersi)
C50.4 Nowotwór złośliwy (ćwiartka górna zewnętrzna piersi)
C50.5 Nowotwór złośliwy (ćwiartka dolna zewnętrzna piersi)

C50.6 Nowotwór złośliwy (część pachowa piersi)
C50.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie piersi)
C50.9 Nowotwór złośliwy (piersi, nieokreślony)

C51 Nowotwór złośliwy sromu
C51.0 Nowotwór złośliwy (wargi sromowe większe)
C51.1 Nowotwór złośliwy (wargi sromowe mniejsze)
C51.2 Nowotwór złośliwy (łechtaczka)
C51.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granicę jednego umiejscowienia w obrębie sromu)
C51.9 Nowotwór złośliwy (srom, nieokreślone)

C52 Nowotwór złośliwy pochwy

C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy
C53.0 Nowotwór złośliwy (błona śluzowa szyjki macicy)
C53.1 Nowotwór złośliwy (błona zewnętrzna szyjki macicy)
C53.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granicę jednego umiejscowienia w obrębie szyjki macicy)
C53.9 Nowotwór złośliwy (szyjka macicy, nieokreślona)

C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy
C54.0 Nowotwór złośliwy (cieśń macicy)
C54.1 Nowotwór złośliwy (błona śluzowa macicy)
C54.2 Nowotwór złośliwy (mięśniówka macicy)
C54.3 Nowotwór złośliwy (dno macicy)
C54.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie trzonu macicy)
C54.9 Nowotwór złośliwy (trzon macicy, nieokreślone)

C55 Nowotwór złośliwy nieokreślonej części macicy

C56 Nowotwór złośliwy jajnika

C57 Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych żeńskich narządów płciowych
C57.0 Nowotwór złośliwy (trąbka fallopia)
C57.1 Nowotwór złośliwy (więzadło szerokie macicy)
C57.2 Nowotwór złośliwy (więzadło obłe macicy)
C57.3 Nowotwór złośliwy (przymacicza)
C57.4 Nowotwór złośliwy (przydatki macicy, nieokreślone)
C57.7 Nowotwór złośliwy (inne określone żeńskie narządy płciowe)
C57.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie żeńskich narządów płciowych)
C57.9 Nowotwór złośliwy (żeńskie narządy płciowe, nieokreślone)

C58 Nowotwór złośliwy łożyska

C60 Nowotwór złośliwy prącia
C60.0 Nowotwór złośliwy (napletek)
C60.1 Nowotwór złośliwy (żołądź prącia)
C60.2 Nowotwór złośliwy (trzon prącia)
C60.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granicę jednego umiejscowienia w obrębie prącia)
C60.9 Nowotwór złośliwy (prącie, nieokreślone)

C61 Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego, za wyjątkiem nowotworu C61 nowotworu gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 (wliczając T1a N0M0, T1b N0M0 i T1c N0M0)

C62 Nowotwór złośliwy jądra
C62.0 Nowotwór złośliwy (jądro niezstąpione)
C62.1 Nowotwór złośliwy (jądro zstąpione)
C62.9 Nowotwór złośliwy (jądro, nieokreślone)

C63 Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych męskich narządów płciowych
C63.0 Nowotwór złośliwy (najądrze)
C63.1 Nowotwór złośliwy (powrózek nasienny)
C63.2 Nowotwór złośliwy (moszna)
C63.7 Nowotwór złośliwy (inne określone narządy płciowe męskie)
C63.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granicę jednego umiejscowienia w obrębie męskich narządów płciowych)
C63.9 Nowotwór złośliwy (męskie narządy płciowe, nieokreślone)

C64 Nowotwór złośliwy nerki za wyjątkiem miedniczki nerkowej

C65 Nowotwór złośliwy miedniczki nerkowej

C66 Nowotwór złośliwy moczowodu

C67 Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego za wyjątkiem nowotworu C67 nowotworu pęcherza moczowego w stopniu zaawansowania T1N0M0
C67.0 Nowotwór złośliwy (trójkąt pęcherza moczowego)
C67.1 Nowotwór złośliwy (szczyt pęcherza moczowego)
C67.2 Nowotwór złośliwy (ściana boczna pęcherza moczowego)
C67.3 Nowotwór złośliwy (ściana przednia pęcherza moczowego)
C67.4 Nowotwór złośliwy (ściana tylna pęcherza moczowego)
C67.5 Nowotwór złośliwy (szyja pęcherza moczowego)
C67.6 Nowotwór złośliwy (ujście moczowodu)
C67.7 Nowotwór złośliwy (moczownik)
C67.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie pęcherza moczowego)
C67.9 Nowotwór złośliwy (pęcherz moczowy, nieokreślony)

C68 Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych narządów moczowych
C68.0 Nowotwór złośliwy (cewka moczowa)
C68.1 Nowotwór złośliwy (gruczoły cewki moczowej)
C68.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie układu moczowego)
C68.9 Nowotwór złośliwy (układ moczowy, nieokreślony)

C69 Nowotwór złośliwy oka
C69.0 Nowotwór złośliwy (spojówka)
C69.1 Nowotwór złośliwy (rogówka)
C69.2 Nowotwór złośliwy (siatkówka)
C69.3 Nowotwór złośliwy (naczyniówka)
C69.4 Nowotwór złośliwy (ciało rzęskowe)
C69.5 Nowotwór złośliwy (gruczoł i drogi łzowe)
C69.6 Nowotwór złośliwy (oczodół)
C69.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie oka i przydatków oka)
C69.9 Nowotwór złośliwy (oko, nieokreślone)

C70 Nowotwór złośliwy opon mózgowo-rdzeniowych
C70.0 Nowotwór złośliwy (opony mózgowe)
C70.1 Nowotwór złośliwy (opony rdzeniowe)
C70.9 Nowotwór złośliwy (opony, nieokreślone)

C71 Nowotwór złośliwy mózgu
C71.0 Nowotwór złośliwy (mózg za wyjątkiem płatów i komór)
C71.1 Nowotwór złośliwy (płat czołowy)
C71.2 Nowotwór złośliwy (płat skroniowy)
C71.3 Nowotwór złośliwy (płat ciemieniowy)
C71.4 Nowotwór złośliwy (płat potyliczny)
C71.5 Nowotwór złośliwy (komory mózgowe)
C71.6 Nowotwór złośliwy (móżdżek)
C71.7 Nowotwór złośliwy (pień mózgu)
C71.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie mózgu)
C71.9 Nowotwór złośliwy (mózg, nieokreślony)

C72 Nowotwór złośliwy rdzenia kręgowego, nerwów czaszkowych i innych części ośrodkowego układu nerwowego
C72.0 Nowotwór złośliwy (rdzeń kręgowy)
C72.1 Nowotwór złośliwy (ogon koński)
C72.2 Nowotwór złośliwy (nerw węchowy)
C72.3 Nowotwór złośliwy (nerw wzrokowy)
C72.4 Nowotwór złośliwy (nerw przedsionkowo-ślimakowy)
C72.5 Nowotwór złośliwy (inne i nieokreślone nerwy czaszkowe)
C72.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego)
C72.9 Nowotwór złośliwy (centralny system nerwowy, nieokreślone)

C73 Nowotwór złośliwy tarczycy za wyjątkiem nowotworu tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 i T2N0M0 w przypadku raka brodawkowatego

C74 Nowotwór złośliwy nadnerczy
C74.0 Nowotwór złośliwy (kora nadnerczy)
C74.1 Nowotwór złośliwy (rdzeń nadnerczy)
C74.9 Nowotwór złośliwy (nadnercze, nieokreślone)

C75 Nowotwór złośliwy innych gruczołów wydzielania wewnętrznego i struktur pokrewnych
C75.0 Nowotwór złośliwy (gruczoł przytarczowy)
C75.1 Nowotwór złośliwy (przysadka gruczołowa)
C75.2 Nowotwór złośliwy (przewód nosowo-gardłowy)
C75.3 Nowotwór złośliwy (szyszynka)
C75.4 Nowotwór złośliwy (kłębek szyjny)
C75.5 Nowotwór złośliwy (ciała przyaortowe i inne ciała przyzwojowe)
C75.8 Nowotwór złośliwy (zajęcie wielu gruczołów wydzielania wewnętrznego, nieokreślone)
C75.9 Nowotwór złośliwy (gruczoł wydzielania wewnętrznego, nieokreślony)

C76 Nowotwór złośliwy umiejscowień innych i niedokładnie określonych
C76.0 Nowotwór złośliwy (głowa, twarz i szyja)
C76.1 Nowotwór złośliwy (klatka piersiowa)
C76.2 Nowotwór złośliwy (brzuch)
C76.3 Nowotwór złośliwy (miednica)
C76.4 Nowotwór złośliwy (kończyna górna)
C76.5 Nowotwór złośliwy (kończyna dolna)
C76.7 Nowotwór złośliwy (inne niedokładnie określone umiejscowienie)
C76.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice innych i niedokładnie określonych umiejscowień)

C80 Nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia

C81 Choroba Hodgkina (ziarnica złośliwa)
C81.0 Choroba Hodgkina (przewaga limfocytów)
C81.1 Choroba Hodgkina (stwardnienie guzkowe)
C81.2 Choroba Hodgkina (mieszanokomórkowa)
C81.3 Choroba Hodgkina (zmniejszenie limfocytów)
C81.7 Choroba Hodgkina (inna choroba Hodgkina)
C81.9 Choroba Hodgkina (choroba Hodgkina, nieokreślona)

C82 Chłoniak nieziarniczy guzkowy (grudkowy)
C82.0 Chłoniak nieziarniczy guzkowaty (z małych komórek z wpuklonym jądrem, guzkowy)
C82.1 Chłoniak nieziarniczy guzkowaty (mieszany z małych komórek z wpuklonym jądrem i z dużych komórek, guzkowy)
C82.2 Chłoniak nieziarniczy guzkowaty (z dużych komórek, guzkowy)
C82.7 Chłoniak nieziarniczy guzkowaty (inne postacie chłoniaka nieziarniczego guzkowego)
C82.9 Chłoniak nieziarniczy guzkowaty (chłoniak nieziarniczy guzkowy, nieokreślony)

C83 Chłoniak nieziarniczy rozlany
C83.0 Chłoniak nieziarniczy rozlany (z małych komórek (rozlany))
C83.1 Chłoniak nieziarniczy rozlany (z małych komórek z wpuklonym jądrem (rozlany))
C83.2 Chłoniak nieziarniczy rozlany (mieszany z małych i dużych komórek (rozlany))
C83.3 Chłoniak nieziarniczy rozlany (z dużych komórek (rozlany)))
C83.4 Chłoniak nieziarniczy rozlany (immunoblastyczny (rozlany))
C83.5 Chłoniak nieziarniczy rozlany (limfoblastyczny (rozlany))
C83.6 Chłoniak nieziarniczy rozlany (niezróżnicowany (rozlany))
C83.7 Chłoniak nieziarniczy rozlany (guz (chłoniak) Burkitta)
C83.8 Chłoniak nieziarniczy rozlany (inne postacie rozlanych chłoniaków nieziarniczych)
C83.9 Chłoniak nieziarniczy rozlany (rozlany chłoniak nieziarniczy, nieokreślony)

C84 Obwodowy i skórny chłoniak z komórek T
C84.0 Ziarniniak grzybiasty
C84.1 Choroba Sezary'ego
C84.2 Chłoniak strefy T
C84.3 Chłoniak limfoepitelioidalny
C84.4 Obwodowy chłoniak z komórek T
C84.5 Inne i nieokreślone chłoniaki T

C85 Inna i nieokreślona postać chłoniaka nieziarniczego
C85.0 Mięsak limfatyczny
C85.1 Chłoniak z komórek B, nieokreślony
C85.7 Inna określona postać chłoniaka nieziarniczego
C85.9 Chłoniak nieziarniczy, nieokreślony

C88 Złośliwe choroby immunoproliferacyjne
C88.0 Makroglobulinemia Waldenströma
C88.1 Choroba łańcuchów ciężkich alfa
C88.2 Choroba łańcuchów ciężkich gamma
C88.3 Choroba immunoproliferacyjna jelita cienkiego

C88.7 Inne złośliwe choroby immunoproliferacyjne
C88.9 Złośliwe choroby immunoproliferacyjne, nieokreślone

C90 Szpiczak mnogi i nowotwory z komórek plazmatycznych
C90.0 Szpiczak mnogi
C90.1 Białaczka plazmatycznokomórkowa
C90.2 Pozaszpikowa postać szpiczaka

C91 Białaczka limfatyczna
C91.0 Ostra białaczka limfoblastyczna
C91.1 Przewlekła białaczka limfocytowa
C91.2 Podostra białaczka limfocytowa
C91.3 Białaczka prolimfocytarna
C91.4 Białaczka włochatokomórkowa (hairy-cell)
C91.5 Białaczka dorosłych z komórek T
C91.7 Inna białaczka limfatyczna
C91.9 Białaczka limfatyczna, nieokreślona

C92 Białaczka szpikowa
C92.0 Ostra białaczka szpikowa
C92.1 Przewlekła białaczka szpikowa
C92.2 Podostra białaczka szpikowa
C92.3 Mięsak szpikowy
C92.4 Ostra białaczka promielocytowa
C92.5 Ostra białaczka szpikowo-monocytowa
C92.7 Inna białaczka szpikowa
C92.9 Białaczka szpikowa, nieokreślona

C93 Białaczka monocytowa
C93.0 Ostra białaczka monocytowa
C93.1 Przewlekła białaczka monocytowa
C93.2 Podostra białaczka monocytowa
C93.7 Inna białaczka monocytowa
C93.9 Białaczka monocytowa, nieokreślona

C94 Inne białaczki określonego rodzaju
C94.0 Ostra czerwienica i białaczka erytroblastyczna (erytroleukemia)
C94.1 Przewlekła czerwienica
C94.2 Ostra białaczka megakarioblastyczna
C94.3 Białaczka z komórek tucznych
C94.4 Ostra szpikowica uogólniona
C94.5 Ostre zwłóknienie szpiku
C94.7 Inna określona białaczka

C95 Białaczka z komórek nieokreślonego rodzaju
C95.0 Ostra białaczka z komórek nieokreślonego rodzaju
C95.1 Przewlekła białaczka z komórek nieokreślonego rodzaju
C95.2 Podostra białaczka z komórek nieokreślonego rodzaju
C95.7 Inna białaczka z komórek nieokreślonego rodzaju
C95.9 Białaczka, nieokreślona

C96 Inny i nieokreślony nowotwór złośliwy tkanki limfatycznej, krwiotwórczej i tkanek pokrewnych
C96.0 Choroba Letterera-Siwego
C96.1 Histiocytoza złośliwa
C96.2 Guzy złośliwe z komórek tucznych
C96.3 Prawdziwy chłoniak histiocytarny
C96.7 Inne określone nowotwory złośliwe tkanki limfatycznej, krwiotwórczej i tkanek pokrewnych
C96.9 Nowotwory złośliwe tkanki limfatycznej, krwiotwórczej i pokrewnych, nieokreślone

C97 Nowotwory złośliwe niezależnych (pierwotnych) mnogich umiejscowień

Niniejszy wykaz nowotworów objętych ochroną ubezpieczeniową został zatwierdzony uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzony w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Załącznik nr 2 do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia Sposób na raka

WYKAZ NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH W STADIUM INWAZYJNYM NIEOBJĘTYCH OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ (WEDŁUG MIĘDZYNARODOWEJ STATYSTYCZNEJ KLASYFIKACJI CHORÓB I PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH ICD-10)

C43 Czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania T1aN0M0 oraz T1bN0M0 lub odpowiadającym mu stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa

C44 Inne nowotwory złośliwe skóry
C44.0 Nowotwór złośliwy (skóra wargi)
C44.1 Nowotwór złośliwy (skóra powieki, łącznie z kątem oka)
C44.2 Nowotwór złośliwy (skóra ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego)
C44.3 Nowotwór złośliwy (skóra innych i nieokreślonych części twarzy)
C44.4 Nowotwór złośliwy (skóra owłosiona głowy i szyi)
C44.5 Nowotwór złośliwy (skóra tułowia)
C44.6 Nowotwór złośliwy (skóra kończyny górnej, łącznie z barkiem)
C44.7 Nowotwór złośliwy (skóra kończyny dolnej, łącznie z biodrem)
C44.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia na skórze)
C44.9 Nowotwór złośliwy skóry, umiejscowienie nieokreślone

C61 Pierwotny nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania stadium T1a N0M0, T1b N0M0 i T1c N0M0
C67 Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego w stopniu zaawansowania T1N0M0
C73 Nowotwór złośliwy tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 i T2N0M0 w przypadku raka brodawkowatego

C77 Wtórny i nieokreślony nowotwór złośliwy węzłów chłonnych
C77.0 Węzły chłonne głowy, twarzy i szyi
C77.1 Węzły chłonne wewnątrz klatki piersiowej
C77.2 Węzły chłonne wewnątrz jamy brzusznej
C77.3 Węzły chłonne kończyny górnej i pachy
C77.4 Węzły chłonne kończyny dolnej i pachwiny
C77.5 Węzły chłonne wewnątrz miednicy
C77.8 Węzły chłonne mnogich regionów
C77.9 Węzły chłonne, nieokreślone

C78 Wtórny nowotwór złośliwy układu oddechowego i pokarmowego
C78.0 Wtórny nowotwór złośliwy płuc
C78.1 Wtórny nowotwór złośliwy śródpiersia
C78.2 Wtórny nowotwór złośliwy opłucnej
C78.3 Wtórny nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych narządów układu oddechowego
C78.4 Wtórny nowotwór złośliwy jelita cienkiego
C78.5 Wtórny nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy
C78.6 Wtórny nowotwór złośliwy otrzewnej i przestrzeni zaotrzewnowej
C78.7 Wtórny nowotwór złośliwy wątroby
C78.8 Wtórny nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części przewodu pokarmowego

C79 Wtórny nowotwór złośliwy o innym umiejscowieniu
C79.0 Wtórny nowotwór złośliwy nerki i miedniczki nerkowej
C79.1 Wtórny nowotwór złośliwy pęcherza oraz innych i nieokreślonych części układu moczowego
C79.2 Wtórny nowotwór złośliwy skóry
C79.3 Wtórny nowotwór złośliwy mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych
C79.4 Wtórny nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części układu nerwowego
C79.5 Wtórny nowotwór złośliwy kości i szpiku kostnego
C79.6 Wtórny nowotwór złośliwy jajnika
C79.7 Wtórny nowotwór złośliwy nadnerczy
C79.8 Wtórny nowotwór złośliwy o innym określonym umiejscowieniu

Niniejszy wykaz nowotworów złośliwych w stadium inwazyjnym nieobjętych ochroną ubezpieczeniową został zatwierdzony uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzony w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia Drugiej opinii medycznej ubezpieczonego, zatwierdzonych Uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 30 października 2022 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 OWU § 1 § 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 1 - 2 § 7 ust. 4 i 10 § 14 ust. 13 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA DRUGIEJ OPINII MEDYCZNEJ UBEZPIECZONEGO

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia Drugiej opinii medycznej ubezpieczonego mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
   1) **centrum** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu, numer telefonu do centrum operacyjnego znajduje się na polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia;
   2) **choroba** – zaburzenie strukturalne lub funkcjonalne organizmu, powodujące wystąpienie specyficznych objawów, sklasyfikowane w „Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych", w tym również jednostka (U09) - Zdrowie pacjenta po zakończeniu COVID-19, i zdiagnozowane po raz pierwszy przez lekarza prowadzącego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia Drugiej opinii medycznej;
   3) **Druga opinia medyczna** – wydana na piśmie opinia lekarza konsultanta, która oparta jest na analizie dokumentacji medycznej dotyczącej ubezpieczonego w zakresie poprawności ustalonej przez lekarza prowadzącego diagnozy, podjętego lub zaleconego leczenia oraz rokowania co do możliwości wyleczenia w przypadku wyrażenia takiej woli ubezpieczonego we wniosku o wydanie Drugiej opinii medycznej;
   4) **lekarz konsultant** – lekarz medycyny praktykujący poza terytorium Polski, który w środowisku medycznym jest uznany za specjalistę w zakresie swojej wiedzy i umiejętności lekarskich;
   5) **lekarz prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie ubezpieczonego w związku z chorobą, o której mowa w dodatkowej umowie ubezpieczenia Drugiej opinii medycznej;
   6) **okres ubezpieczenia wynikający z umowy dodatkowego ubezpieczenia** - okres, którego dzień początkowy i czas trwania wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu:
      a) wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia albo
      b) pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna zgodnie z częstotliwością opłacania, wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia,

      i kończący się z końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 3 - 6;
   7) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona;
   8) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia Drugiej opinii medycznej ubezpieczonego, stanowiące załącznik do OWU;
   9) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą organizacji świadczeń w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia Drugiej opinii medycznej;
   10) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie Drugiej opinii medycznej ubezpieczonego.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
   2) nie później niż 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, od którego umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.

   Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę dodatkowego ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, umowy dodatkowego ubezpieczenia.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 70 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 1 rok, z zastrzeżeniem ust. 5 – 6 i 8.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejny rok, z zastrzeżeniem ust. 6 i 8.
6. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 75 lat.
7. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
   1) do wniosku, o którym mowa w ust. 1 lub
   2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5;

dokumentów na podstawie których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

9. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w pozostałym zakresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczonemu przysługuje prawo do skorzystania z Drugiej opinii medycznej w przypadku zdiagnozowania choroby w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia obejmuje:
   1) wydanie opinii dotyczącej postawionej przez lekarza prowadzącego diagnozy i dotychczas prowadzonego leczenia;
   2) udzielenie odpowiedzi na pytania zadane przez ubezpieczonego w związku z opiniowaną chorobą i stanem zdrowia ubezpieczonego;
   3) propozycję planu leczenia, jeśli zdaniem lekarza konsultanta zastosowany sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony;
   4) opinię w zakresie rokowania co do możliwości wyleczenia - w przypadku wyrażenia takiej woli ubezpieczonego we wniosku o wydanie Drugiej opinii medycznej.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu Drugiej opinii medycznej, rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu Drugiej opinii medycznej w zakresie choroby spowodowanej wypadkiem, rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W sytuacji zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o której mowa w § 2 ust. 2 pkt 2) odpowiedzialność ubezpieczyciela w przypadku wskazanym:
   1) w ust. 1 rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka, zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5;
   2) w ust. 2 rozpoczyna się, od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.

   Pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje umowa dodatkowego ubezpieczenia, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu Drugiej opinii medycznej wygasa na zasadach określonych w § 3 ust. 11 OWU, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 75 lat.

Składka

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.

Świadczenie

§ 6

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w zakresie Drugiej opinii medycznej, jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę u ubezpieczonego, a w dniu wnioskowania o świadczenie dokumentacja medyczna dotycząca choroby jest nie starsza niż 12 miesięcy.
2. Ubezpieczony ma prawo do jednego świadczenia z tytułu Drugiej opinii medycznej w stosunku do tego samego rozpoznania. W przypadku pogorszenia stanu zdrowia potwierdzonego nowymi wynikami badań diagnostycznych, ubezpieczonemu na jego wniosek przysługuje kolejna Druga opinia medyczna.
3. W ramach Drugiej opinii medycznej ubezpieczonego, ubezpieczyciel za pośrednictwem świadczeniodawcy:
   1) poinformuje ubezpieczonego o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie Drugiej opinii medycznej i w razie potrzeby zobowiązuje się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów;
   2) przetłumaczy zebraną dokumentację na język angielski;
   3) prześle zebraną dokumentację do lekarza konsultanta, specjalizującego się w danym schorzeniu;
   4) zapewni sporządzenie Drugiej opinii medycznej przez lekarza konsultanta i jej przetłumaczenie na język polski;

5) dostarczy Drugą opinię medyczną ubezpieczonemu lub na pisemny wniosek ubezpieczonego – lekarzowi prowadzącemu.

4. Informacje zawarte w Drugiej opinii medycznej są opinią uzupełniającą w stosunku do opinii wydanej przez lekarza prowadzącego, a zakres wykorzystania Drugiej opinii medycznej wymaga uzgodnienia przez ubezpieczonego z lekarzem prowadzącym leczenie.
5. Ubezpieczyciel i świadczeniodawca nie odpowiada za skutki jakichkolwiek działań lub zaniechania działań w oparciu o informacje zawarte w Drugiej opinii medycznej oraz za skutki wdrożenia proponowanych przez lekarzy konsultantów planów leczenia, a także ich skuteczność.

Realizacja świadczenia

§ 7

1. W celu uzyskania Drugiej opinii medycznej, ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie ze świadczeniodawcą i podać następujące dane:
   1) nr PESEL ubezpieczonego;
   2) imię i nazwisko ubezpieczonego;
   3) miejsce zamieszkania;
   4) numer polisy ubezpieczeniowej;
   5) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
   6) adres email – poczty elektronicznej;
   7) krótki opis dotyczący zdiagnozowania choroby.
2. Warunkiem uzyskania przez ubezpieczonego Drugiej opinii medycznej jest dostarczenie do świadczeniodawcy wszystkich wymaganych dokumentów do spełnienia świadczenia, w szczególności ubezpieczony zobowiązany jest:
   1) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej zdiagnozowania choroby;
   2) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia zdiagnozowanej choroby z ostatnich 12 miesięcy licząc od zgłoszenia świadczenia z tytułu niniejszej umowy;
   3) dostarczyć do świadczeniodawcy formularze, o których wypełnienie zwrócił się świadczeniodawca.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest udzielić ubezpieczycielowi oraz świadczeniodawcy pisemnej zgody na:
   1) zasięganie informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu w zakresie opiniowanej choroby;
   2) przekazywanie danych medycznych dotyczących ubezpieczonego, o których mowa w pkt 1) powyżej, do lekarza konsultanta w celu uzyskania Drugiej opinii medycznej.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje kosztu wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych w Drugiej opinii medycznej lub niezbędnych do jej sporządzenia.
5. Świadczeniodawca pokrywa koszt sporządzenia i wydania dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia ubezpieczonego przez lekarza prowadzącego.
6. Świadczeniodawca przekaże informację o trzech placówkach medycznych działających poza terytorium Polski, specjalizujących się w danej jednostce chorobowej. Ubezpieczony powinien wybrać preferowaną placówkę medyczną, której lekarz konsultant wyda Drugą opinię medyczną.
7. Świadczeniodawca przetłumaczy na język angielski dokumentację medyczną dostarczoną przez ubezpieczonego lub lekarza prowadzącego oraz przekaże przetłumaczoną dokumentację medyczną do lekarza konsultanta, a także zapewnieni tłumaczenie sporządzonej przez lekarza konsultanta Drugiej opinii medycznej na język polski przed jej przekazaniem ubezpieczonemu.
8. Druga opinia medyczna zostanie sporządzona i wysłana do ubezpieczonego w sposób z nim uzgodniony (pocztą na adres zamieszkania lub na adres poczty elektronicznej) w terminie czternastu dni roboczych od daty dostarczenia kompletnej dokumentacji medycznej do wybranej placówki medycznej i lekarza konsultanta.
9. W przypadku, gdy do sporządzenia Drugiej opinii medycznej niezbędne jest uzyskanie dodatkowych informacji medycznych, Druga opinia medyczna zostanie sporządzona w ciągu czternastu dni roboczych od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności uzyskanie brakujących informacji medycznych było możliwe.
10. Ubezpieczyciel oraz świadczeniodawca nie są zobowiązani do dostarczenia Drugiej opinii medycznej, w przypadku gdy lekarz prowadzący nie udostępni kopii dokumentacji medycznej i wyników badań dotyczących stanu chorobowego ubezpieczonego. W przypadku, gdy świadczeniodawca nie będzie w stanie zebrać dokumentacji medycznej dotyczącej choroby ubezpieczonego od lekarza prowadzącego lub podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych, ubezpieczony będzie zobowiązany do samodzielnego dostarczenia tej dokumentacji i wyników badań.

§ 8

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczących operacji ubezpieczonego

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 11 ust. 1–4 i ust. 8, Katalog operacji, Katalog sportów uprawianych wyczynowo
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 2, § 4 ust. 4, § 7, § 9 ust. 4–5, § 11 ust. 5–7, § 12, Katalog operacji, Katalog sportów uprawianych wyczynowo

Ogólne Warunki dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczące operacji ubezpieczonego

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących Operacji Ubezpieczonego stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez Nas zwroty

1. Użyte przez Nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia i w OWDU, stosujemy definicję, która jest w OWDU.
2. Użyte przez Nas w OWDU zwroty oznaczają:
   1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu Twojego organizmu, niezależne od Twojej woli, uzasadniające konieczność wykonania u Ciebie Operacji;
   2) **Dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana na podstawie OWDU;
   3) **Karencja** – okres, w którym Nasza odpowiedzialność jest ograniczona;
   4) **Katalog operacji** – wykaz Operacji oraz odpowiadające im wysokości Świadczeń wyrażone w poziomach w skali od 1 (Operacje najlżejsze) do 5 (Operacje najcięższe), stanowiący załącznik do Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
   5) **Katalog sportów uprawianych wyczynowo** – wykaz sportów uprawianych wyczynowo stanowiący załącznik do Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
   6) **Okres ubezpieczenia** – okres, na jaki zawarta jest Dodatkowa umowa ubezpieczenia;
   7) **Operacja** – operacja chirurgiczna wykonana w Placówce medycznej przez zespół lekarzy/lekarza o specjalności zabiegowej, niezbędna z medycznego punktu widzenia w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu: usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny, wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu albo zabieg chirurgiczny mający na celu zmniejszenie ryzyka zachorowania;
   8) **OWU** – ogólne warunki Podstawowej umowy ubezpieczenia, na podstawie których zawarta została przez Ubezpieczającego Podstawowa umowa ubezpieczenia;
   9) **OWDU** – ogólne warunki Dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczące Operacji Ubezpieczonego;
   10) **Placówka medyczna** – miejsce wykonania Operacji, spełniające kryteria medyczne i prawne dla zachowania odpowiedniego bezpieczeństwa pacjenta. Przez Placówkę medyczną rozumie się również placówkę chirurgii jednego dnia;
   11) **Podstawowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Nami a Ubezpieczającym na podstawie OWU;
   12) **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości Twojego Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
   13) **Ubezpieczający** – podmiot zawierający Umowę ubezpieczenia;
   14) **Ubezpieczony (Ty)** – wskazana w Umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;
   15) **Warta (My)** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna;
   16) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych polegające na Twoim regularnym uczestnictwie w treningach w ramach klubu, związku, organizacji, stowarzyszenia, sekcji, kół, szkółek, akademii piłkarskich, ognisk i zespołów sportowych oraz braniem przez Ciebie udziału w zawodach, meczach, turniejach sportowych, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych;
   17) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu Twojego zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną wykonania u Ciebie Operacji. Za Wypadek nie uważa się zawału serca ani udaru mózgu;
   18) **Zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie przez Ciebie dyscyplin sportowych na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej za wynagrodzeniem lub w przypadku pobierania stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub za osiągane wyniki.

§ 3 Co obejmujemy ochroną w ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest Twoje zdrowie.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest:
   1) przeprowadzenie u Ciebie Operacji, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki;
      a) Choroba zostanie zdiagnozowana lub Wypadek nastąpi w Okresie ubezpieczenia;
      b) Operacja zostanie przeprowadzona w Okresie ubezpieczenia;
   2) przeprowadzenie u Ciebie Operacji prewencyjnej określonej w sekcji R Katalogu operacji, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
      a) wskazanie do przeprowadzenia Operacji prewencyjnej zostanie zlecone w Okresie ubezpieczenia;
      b) Operacja zostanie przeprowadzona w Okresie ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający wybiera 1 z 3 wariantów ubezpieczenia:
   1) **Operacje** – obejmuje Operacje wskazane w Katalogu operacji;
   2) **Operacje plus** – obejmuje Operacje wskazane w Katalogu operacji oraz Operacje niewymienione w Katalogu operacji;

3) **Operacje dla aktywnych** – obejmuje Operacje wskazane w Katalogu operacji, w tym Operacje przeprowadzone w wyniku Wypadku w związku z uprawianiem przez Ciebie sportów wskazanych w Katalogu sportów uprawianych wyczynowo.

4. Zakres ubezpieczenia potwierdzimy w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.

§ 4 Jakie są zasady zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Dodatkową umowę ubezpieczenia zawiera z Nami Ubezpieczający za Twoją zgodą na podstawie wniosku o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia podpisanego przez Ubezpieczającego i przez Ciebie.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie Podstawowej umowy ubezpieczenia albo
   2) w trakcie trwania Podstawowej umowy ubezpieczenia, nie później niż na 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za jaki należna jest składka z tytułu Podstawowej umowy ubezpieczenia, oraz nie później niż na 60 dni przed najbliższą Rocznicą polisy.
3. Przed zawarciem Dodatkowej umowy ubezpieczenia możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o dołączenie dodatkowych dokumentów, na podstawie których dokonamy oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować Cię na badania lekarskie lub diagnostyczne. Pokryjemy koszt tych badań.
4. Na podstawie oceny Twojego ryzyka ubezpieczeniowego możemy odmówić zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia albo zaproponować jej zawarcie na zmienionych warunkach, o czym poinformujemy Ubezpieczającego.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania przez Nas wniosku o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
6. Dodatkową umowę ubezpieczenia zawieramy:
   1) na 5 lat, jeśli Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest razem z Podstawową umową ubezpieczenia albo
   2) na 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy – jeśli umowa zawierana jest po zawarciu Podstawowej umowy ubezpieczenia.
7. Jeżeli do końca Okresu ubezpieczenia Podstawowej umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, Dodatkowa umowa ubezpieczenia zostanie zawarta do końca okresu, na jaki została zawarta Podstawowa umowa ubezpieczenia.
8. Dodatkową umowę ubezpieczenia zawieramy na okres nie dłuższy niż do najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ciebie 70 lat.
9. Zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz Okres ubezpieczenia potwierdzimy w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.

§ 5 Jak odstąpić od Dodatkowej umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedzieć

1. Ubezpieczający może odstąpić od Dodatkowej umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni, licząc od daty jej zawarcia.
2. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć Dodatkową umowę ubezpieczenia ze skutkiem na koniec Miesiąca polisowego, w którym otrzymaliśmy pisemne zawiadomienie.
3. Odstąpienie od Dodatkowej umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia Składki za okres udzielanej przez Nas ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
5. Rozwiązanie Dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania Umowy ubezpieczenia w pozostałym jej zakresie.

§ 6 Jaki jest wiek objęcia ochroną ubezpieczeniową

Możemy objąć Cię ochroną ubezpieczeniową, jeśli w dniu doręczenia Nam wniosku o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia masz ukończone 18 lat, ale nie masz ukończonych 65 lat.

§ 7 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania Naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność w zakresie określonym w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu w niej wskazanym jako początek Okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do Nas wpłacona Składka oraz jest ograniczona w okresie 30 dni Karencji.
2. W okresie Karencji liczonej od daty początku Okresu ubezpieczenia Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do Operacji, których przeprowadzenie jest następstwem Wypadku.
3. Nasza odpowiedzialność kończy się:
   1) na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia;
   2) z dniem wypłaty łącznej kwoty Świadczenia wskazanej w § 11;

   nie później jednak niż w najbliższą Rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez Ciebie 70 lat. W tym dniu kończy się Nasza odpowiedzialność z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia..

§ 8 Składka

1. Ubezpieczający wpłaca składki z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wysokości i z częstotliwością określonymi w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia zależy od:
   1) wysokości Sumy ubezpieczenia;
   2) wybranego wariantu ubezpieczenia;
   3) Twojego wieku;
   4) innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Składkę z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający wpłaca wraz ze składką wynikającą z Podstawowej umowy ubezpieczenia – na tych samych zasadach i z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji Sumy ubezpieczenia, zgodnie z zapisami Podstawowej umowy ubezpieczenia, podwyższeniu ulega również składka należna z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 9 Kiedy można obniżyć lub podwyższyć Sumę ubezpieczenia

1. Najpóźniej 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna Składka, ale nie później niż na 60 dni przed najbliższą Rocznicą polisy, Ubezpieczający może złożyć wniosek o podwyższenie lub obniżenie Sumy Twojego ubezpieczenia w ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku złożenia wniosku o podwyższenie Sumy ubezpieczenia możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o dołączenie dodatkowych dokumentów, na podstawie których dokonamy oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować Cię na badania lekarskie lub diagnostyczne. Pokryjemy koszt tych badań.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia skutkuje zmianą wysokości Składki.
4. Możemy odmówić podwyższenia lub obniżenia Sumy ubezpieczenia, o czym poinformujemy Ubezpieczającego.
5. Jeżeli Ubezpieczający podwyższy Sumę ubezpieczenia, to w ciągu 30 dni Karencji liczonych od daty tej zmiany, za Operacje przeprowadzone w wyniku Choroby wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed zmianą. Za Operacje przeprowadzone w wyniku Wypadku wyższa Suma ubezpieczenia obowiązuje od daty jej podwyższenia.
6. Potwierdzimy podwyższenie lub obniżenie Sumy ubezpieczenia w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.

§ 10 Jakie są zasady przedłużenia Dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Dodatkową umowę ubezpieczenia przedłużymy na kolejne 5 lat, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o jej nieprzedłużeniu, jednak nie dłużej niż do Rocznicy polisy po ukończeniu przez Ciebie 70 lat – w tym dniu wygasa Nasza odpowiedzialność.
2. Jeżeli do końca Okresu ubezpieczenia Podstawowej umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, przedłużymy Dodatkową umowę ubezpieczenia do końca okresu, na jaki została zawarta Podstawowa umowa ubezpieczenia.
3. Przed przedłużeniem Dodatkowej umowy ubezpieczenia możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o dołączenie dodatkowych dokumentów, na podstawie których dokonamy oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować Cię na badania lekarskie lub diagnostyczne. Pokryjemy koszt tych badań.
4. Oświadczenie o nieprzedłużeniu Dodatkowej umowy ubezpieczenia może zostać złożone drugiej stronie najpóźniej na miesiąc przed końcem jej Okresu ubezpieczenia.

§ 11 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Osobą uprawnioną do otrzymania Świadczenia jesteś Ty.
2. Jeżeli zostanie u Ciebie przeprowadzona Operacja, otrzymasz od Nas Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na dzień przeprowadzenia Operacji.
3. Wykaz Operacji wraz z ich poziomem wskazujemy w Katalogu operacji, zgodnie z którym za Operację, wypłacimy Ci Świadczenie w następującej wysokości:
   1) poziom 1 – 10% Sumy ubezpieczenia;
   2) poziom 2 – 25% Sumy ubezpieczenia;
   3) poziom 3 – 50% Sumy ubezpieczenia;
   4) poziom 4 – 75% Sumy ubezpieczenia;
   5) poziom 5 – 100% Sumy ubezpieczenia.
4. Jeżeli Ubezpieczający wybierze wariant Operacje plus, za Operacje niewymienione w Katalogu operacji wypłacimy Świadczenie w wysokości wskazanej w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.
5. W ramach wariantu:
   1) Operacje albo Operacje dla aktywnych – możesz otrzymać Świadczenie w wysokości maksymalnie 500% Sumy ubezpieczenia za Operacje wymienione w Katalogu operacji;
   2) Operacje plus – możesz otrzymać Świadczenie w wysokości maksymalnie 500% Sumy ubezpieczenia za Operacje wymienione w Katalogu operacji oraz maksymalnie 3 Świadczenia za Operacje niewymienione w Katalogu operacji – każde w wysokości wskazanej w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.

   Powyższe limity odnawiają się w przypadku przedłużenia Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

6. Jeżeli w trakcie jednego zabiegu została wykonana więcej niż jedna Operacja, wypłacimy Ci tylko jedno Świadczenie w wysokości odpowiadającej najcięższej Operacji.
7. Jeżeli zostanie u Ciebie przeprowadzonych kilka Operacji w okresie krótszym niż 30 dni, wypłacimy Ci Świadczenie wyłącznie za jedną Operację, za którą należne jest najwyższe Świadczenie. Ograniczenie to nie dotyczy kolejnej Operacji wykonanej na drugim narządzie, który fizjologicznie występuje w parze.
8. Świadczenie wypłacimy Ci na podstawie:
   1) wniosku o wypłatę Świadczenia / zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego;
   2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
   3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie Operacji;
   4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 12 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Ci Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
   4) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
   5) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub wspinaczka skałkowa, wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (karabinków, uprzęży, lin wspinaczkowych), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie (ang. *bungee jumping*);
   6) Twoim działaniem po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm^3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm^3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
   7) zatruciem się przez Ciebie alkoholem lub nieprzestrzeganiem przez Ciebie zaleceń lekarza lub jeżeli zażyjesz niezalecone przez lekarza: leki, narkotyki, środki odurzające lub psychotropowe oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji;
   8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę, przy jej współudziale lub za jej namową;
   9) rozpoznanymi u Ciebie chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
   10) Zawodowym uprawianiem przez Ciebie sportu;
   11) Wyczynowym uprawianiem przez Ciebie sportu – w przypadku wariantu Operacje lub Operacje plus;
   12) Wyczynowym uprawianiem przez Ciebie sportu, który nie jest wskazany w Katalogu sportów uprawianych wyczynowo – w przypadku wariantu Operacje dla aktywnych;
   13) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem Operacji: rekonstrukcyjnych następstw Wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym oraz w związku z chorobami nowotworowymi;
   14) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami w celach diagnostycznych;
   15) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami mającymi na celu zmniejszenie ryzyka zachorowania, niewymienionymi w Katalogu operacji w zakresie sekcji R „operacje prewencyjne”;
   16) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami niewymienionymi w Katalogu operacji wykonanymi w warunkach ambulatoryjnych;
   17) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami związanymi z leczeniem niepłodności;
   18) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem Operacji rekonstrukcyjnych następstw Wypadków;
   19) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami zmniejszenia lub powiększenia piersi, z wyjątkiem wskazań medycznych lub przeprowadzeniem operacji zmiany płci.
2. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia w przypadku Operacji przeprowadzonej w wyniku Choroby:
   1) która została zdiagnozowana przed początkiem Okresu ubezpieczenia
   2) i wobec której postępowanie diagnostyczno-lecznicze, prowadzące do jej rozpoznania, zostało rozpoczęte przed początkiem Okresu ubezpieczenia.

   Za postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozumie się postępowanie medyczne mające na celu zdiagnozowanie Choroby, składające się z badania przedmiotowego, badań obrazowych oraz innych badań dodatkowych.
   Za datę rozpoczęcia procesu diagnostyczno-leczniczego przyjmujemy datę wizyty u lekarza, podczas której otrzymasz wskazanie do przeprowadzenia postępowania medycznego, o którym mowa powyżej.

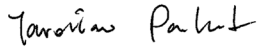
§ 13 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.

2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest integralną częścią Umowy ubezpieczenia.
3. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 177/2025 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadziliśmy w życie z dniem 14 września 2025 r.



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczących pobytu ubezpieczonego w szpitalu

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 1–3, § 11 ust. 1–2 i ust. 5–6, Katalog sportów uprawianych wyczynowo
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 2–3, § 4 ust. 4, § 7, § 9 ust. 4–5, § 11 ust. 3–5, § 12, Katalog sportów uprawianych wyczynowo

Ogólne warunki dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczące pobytu ubezpieczonego w szpitalu

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez Nas zwroty

1. Użyte przez Nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia i w OWDU, stosujemy definicję, która jest w OWDU.
2. Użyte przez Nas w OWDU zwroty oznaczają:
   1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu Twojego organizmu, niezależne od Twojej woli, uzasadniające konieczność Twojego pobytu w Szpitalu;
   2) **Dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana na podstawie OWDU;
   3) **Dzień pobytu w Szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym miał miejsce Twój pobyt w Szpitalu, przy czym za pierwszy Dzień pobytu w Szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze Szpitala;
   4) **Karencja** – okres, w którym Nasza odpowiedzialność jest ograniczona;
   5) **Katalog sportów uprawianych wyczynowo** – wykaz sportów uprawianych wyczynowo stanowiący załącznik do Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
   6) **Okres ubezpieczenia** – okres, na jaki zawarta jest Dodatkowa umowa ubezpieczenia;
   7) **OIOM** – (oddział intensywnej opieki medycznej) – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia, objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia. Za OIOM uważa się również **OIOK** – oddział intensywnej opieki kardiologicznej, **OIT** – oddział intensywnej terapii oraz **OION** – oddział intensywnej opieki neurologicznej. W przypadku leczenia kardiologicznego – za pobyt na OIOK uznaje się też pobyt na oddziale kardiologicznym z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, a także na oddziale kardiologicznym na sali intensywnego nadzoru kardiologicznego, o ile stan zdrowia wymagał intensywnego nadzoru kardiologicznego i zostało to potwierdzone w karcie informacyjnej lub zaświadczeniu ze Szpitala o leczeniu w sali intensywnego nadzoru kardiologicznego;
   8) **OWU** – ogólne warunki Podstawowej umowy ubezpieczenia, na podstawie których zawarta została przez Ubezpieczającego Podstawowa umowa ubezpieczenia;
   9) **OWDU** – ogólne warunki Dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczące pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu;
   10) **Podstawowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Nami a Ubezpieczającym na podstawie OWU;
   11) **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości Twojego Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
   12) **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, 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. Szpitalem w rozumieniu tej definicji nie jest dom opieki, dom pomocy społecznej, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład opiekuńczo-leczniczy, ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
   13) **Ubezpieczający** – podmiot zawierający Umowę ubezpieczenia;
   14) **Ubezpieczony (Ty)** – wskazana w Umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;
   15) **Warta (My)** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna;
   16) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych polegające na Twoim regularnym uczestnictwie w treningach w ramach klubu, związku, organizacji, stowarzyszenia, sekcji, kół, szkółek, akademii piłkarskich, ognisk i zespołów sportowych oraz braniem przez Ciebie udziału w zawodach, meczach, turniejach sportowych, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych;
   17) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu Twojego zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną Twojego pobytu w Szpitalu. Za Wypadek nie uważa się zawału serca ani udaru mózgu;
   18) **Zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie przez Ciebie dyscyplin sportowych na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej za wynagrodzeniem lub w przypadku pobierania stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub za osiągane wyniki.

§ 3 Co obejmujemy ochroną w ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest Twoje zdrowie.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe, którymi są:
   1) Twój pobyt w Szpitalu w wyniku Choroby lub Wypadku, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
      a) Choroba zostanie zdiagnozowana lub Wypadek nastąpi w Okresie ubezpieczenia;
      b) pobyt w Szpitalu w wyniku:

i. Choroby lub Wypadku będzie trwał co najmniej 1 dzień lub
ii. powikłań ciąży, porodu lub połogu będzie trwał co najmniej 4 dni;
c) pobyt w Szpitalu rozpocznie się i będzie trwał w Okresie ubezpieczenia;
d) będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Chorobą lub Wypadkiem a Twoim pobytem w Szpitalu;
2) Twój pobyt na OIOM, o ile rozpocznie się i będzie trwał w Okresie ubezpieczenia;
3) Świadczenie rehabilitacyjne, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
a) będziesz przebywać w Szpitalu w wyniku Choroby lub w wyniku Wypadku co najmniej 10 dni;
b) otrzymasz od nas Świadczenie z tytułu pobytu w Szpitalu;
3. Zakres ubezpieczenia można rozszerzyć o Świadczenie lekowe po Twoim pobycie w Szpitalu, które należne jest o ile łącznie zostały spełnione następujące warunki:
1) będziesz przebywać w Szpitalu w wyniku Choroby co najmniej 4 dni albo w wyniku Wypadku co najmniej 1 dzień;
2) otrzymasz od nas Świadczenie z tytułu pobytu w Szpitalu.
4. Ubezpieczający wybiera 1 z 2 wariantów ubezpieczenia:
1) **Pobyt w Szpitalu** – obejmuje zdarzenia wskazane w zakresie ubezpieczenia;
2) **Pobyt w Szpitalu dla aktywnych** – obejmuje zdarzenia wskazane w zakresie ubezpieczenia, w tym zdarzenia w wyniku Wypadku w związku z uprawianiem przez Ciebie sportów wskazanych w Katalogu sportów uprawianych wyczynowo.
5. Zakres ubezpieczenia i jego rozszerzenie potwierdzimy w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.

§ 4 Jakie są zasady zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Dodatkową umowę ubezpieczenia zawiera z Nami Ubezpieczający za Twoją zgodą na podstawie wniosku o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia podpisanego przez Ubezpieczającego i przez Ciebie.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia:
1) wraz z wnioskiem o zawarcie Podstawowej umowy ubezpieczenia albo
2) w trakcie trwania Podstawowej umowy ubezpieczenia, nie później niż na 14 dni przed pierwszym dniem okresu za jaki należna jest składka z tytułu Podstawowej umowy ubezpieczenia, oraz nie później niż na 60 dni przed najbliższą Rocznicą polisy.
3. Przed zawarciem Dodatkowej umowy ubezpieczenia możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o dołączenie dodatkowych dokumentów, na podstawie których dokonamy oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować Cię na badania lekarskie lub diagnostyczne. Pokryjemy koszt tych badań.
4. Na podstawie oceny Twojego ryzyka ubezpieczeniowego możemy zaproponować zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach, zgodnie z którymi wypłacimy Świadczenie wyłącznie za zdarzenia związane z Wypadkiem, o czym poinformujemy Ubezpieczającego.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania przez Nas wniosku o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
6. Dodatkową umowę ubezpieczenia zawieramy:
1) na 5 lat, jeśli Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest razem z Podstawową umową ubezpieczenia albo
2) na 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy – jeśli umowa zawierana jest po zawarciu Podstawowej umowy ubezpieczenia.
7. Jeżeli do końca Okresu ubezpieczenia Podstawowej umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, Dodatkowa umowa ubezpieczenia zostanie zawarta do końca okresu, na jaki została zawarta Podstawowa umowa ubezpieczenia.
8. Dodatkową umowę ubezpieczenia zawieramy na okres nie dłuższy niż do najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ciebie 70 lat.
9. Zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz Okres ubezpieczenia potwierdzimy w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.

§ 5 Jak odstąpić od Dodatkowej umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedzieć

1. Ubezpieczający może odstąpić od Dodatkowej umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni, licząc od daty jej zawarcia.
2. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć Dodatkową umowę ubezpieczenia ze skutkiem na koniec Miesiąca polisowego, w którym otrzymaliśmy pisemne zawiadomienie.
3. Odstąpienie od Dodatkowej umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia Składki za okres udzielanej przez Nas ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
5. Rozwiązanie Dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania Umowy ubezpieczenia w pozostałym jej zakresie.

§ 6 Jaki jest wiek objęcia ochroną ubezpieczeniową

Możemy objąć Cię ochroną ubezpieczeniową, jeśli w dniu doręczenia Nam wniosku o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia masz ukończone 18 lat, ale nie masz ukończonych 65 lat.

§ 7 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania Naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność w zakresie określonym w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu w niej wskazanym jako początek Okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do Nas wpłacona Składka oraz jest ograniczona w okresie 30 dni Karencji.
2. W okresie Karencji liczonej od daty początku Okresu ubezpieczenia Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do pobytów w Szpitalu, które są następstwem Wypadku, oraz pobytów na OIOM – niezależnie od ich przyczyny.
3. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą Rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez Ciebie 70 lat. W tym dniu kończy się Nasza odpowiedzialność z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8 Składka

1. Ubezpieczający wpłaca składki z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wysokości i z częstotliwością określonymi w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia zależy od:
   1) wysokości Sumy ubezpieczenia;
   2) wybranego wariantu ubezpieczenia;
   3) uwzględnienia rozszerzenia zakresu ubezpieczenia;
   4) Twojego wieku;
   5) innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Składkę z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający wpłaca wraz ze składką wynikającą z Podstawowej umowy ubezpieczenia – na tych samych zasadach i z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji Sumy ubezpieczenia, zgodnie z zapisami Podstawowej umowy ubezpieczenia, podwyższeniu ulega również składka należna z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 9 Kiedy można obniżyć lub podwyższyć Sumę ubezpieczenia

1. Najpóźniej 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna Składka, ale nie później niż na 60 dni przed najbliższą Rocznicą polisy, Ubezpieczający może złożyć wniosek o podwyższenie lub obniżenie Sumy Twojego ubezpieczenia w ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku złożenia wniosku o podwyższenie Sumy ubezpieczenia możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o dołączenie dodatkowych dokumentów, na podstawie których dokonamy oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować Cię na badania lekarskie lub diagnostyczne. Pokryjemy koszt tych badań.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia skutkuje zmianą wysokości Składki.
4. Możemy odmówić podwyższenia lub obniżenia Sumy ubezpieczenia, o czym poinformujemy Ubezpieczającego.
5. Jeżeli Ubezpieczający podwyższy Sumę ubezpieczenia, to w ciągu 30 dni Karencji liczonych od daty tej zmiany wypłacimy Świadczenie za pobyt w Szpitalu w wyniku Choroby, w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed zmianą. Za pobyt w Szpitalu w wyniku Wypadku, pobyt na OIOM, Świadczenie rehabilitacyjne oraz Świadczenie lekowe wyższa Suma ubezpieczenia obowiązuje od daty jej podwyższenia.
6. Potwierdzimy podwyższenie lub obniżenie Sumy ubezpieczenia w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.

§ 10 Jakie są zasady przedłużenia Dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Dodatkową umowę ubezpieczenia przedłużymy na kolejne 5 lat, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o jej nieprzedłużeniu, jednak nie dłużej niż do Rocznicy polisy po ukończeniu przez Ciebie 70 lat – w tym dniu wygasa Nasza odpowiedzialność.
2. Jeżeli do końca Okresu ubezpieczenia Podstawowej umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, przedłużymy Dodatkową umowę ubezpieczenia do końca okresu, na jaki została zawarta Podstawowa umowa ubezpieczenia.
3. Przed przedłużeniem Dodatkowej umowy ubezpieczenia możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o dołączenie dodatkowych dokumentów, na podstawie których dokonamy oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować Cię na badania lekarskie lub diagnostyczne. Pokryjemy koszt tych badań.
4. Oświadczenie o nieprzedłużeniu Dodatkowej umowy ubezpieczenia może zostać złożone drugiej stronie najpóźniej na miesiąc przed końcem jej Okresu ubezpieczenia.

§ 11 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Osobą uprawnioną do otrzymania Świadczenia jesteś Ty.
2. Jeżeli będziesz:
   1) przebywać w Szpitalu – wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia za każdy Dzień pobytu w Szpitalu, aktualnej na datę rozpoczęcia pobytu w Szpitalu;
   2) przebywać na OIOM – wypłacimy Ci jednorazowe Świadczenie za pobyt na OIOM w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na pierwszy Dzień pobytu na OIOM;

3) przebywać w Szpitalu co najmniej 10 dni i otrzymasz za ten pobyt od nas Świadczenie – wypłacimy Ci dodatkowe Świadczenie rehabilitacyjne w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na pierwszy Dzień pobytu w Szpitalu;
4) przebywać w Szpitalu w wyniku Choroby co najmniej 4 dni lub w wyniku Wypadku co najmniej 1 dzień (o ile zakres ubezpieczenia został rozszerzony o Świadczenie lekowe) i otrzymasz za ten pobyt od nas Świadczenie – wypłacimy Ci dodatkowe Świadczenie lekowe w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na pierwszy Dzień pobytu w Szpitalu.

3. Świadczenie rehabilitacyjne otrzymasz od Nas za maksymalnie 3 rozpoczęte pobyty w Szpitalu w wyniku Choroby oraz za 3 rozpoczęte pobyty w Szpitalu w wyniku Wypadku w Roku polisowym.
4. Świadczenie lekowe otrzymasz od Nas za maksymalnie 3 rozpoczęte pobyty w Szpitalu w wyniku Choroby oraz za 3 rozpoczęte pobyty w Szpitalu w wyniku Wypadku w Roku polisowym.
5. Jeżeli Twój pobyt w Szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania Dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończył się po tym okresie, Świadczenie przysługuje wyłącznie za pobyt przypadający w okresie trwania Naszej odpowiedzialności, pod warunkiem że pobyt w Szpitalu w wyniku Choroby lub Wypadku trwał co najmniej 1 dzień lub w wyniku powikłań ciąży, porodu lub połogu trwał co najmniej 4 dni.
6. Świadczenie wypłacimy Ci na podstawie:
   1) wniosku o wypłatę Świadczenia / zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego;
   2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
   3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej Twój pobyt w Szpitalu;
   4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 12 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Ci Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
   4) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
   5) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub wspinaczka skałkowa, wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (karabinków, uprzęży, lin wspinaczkowych), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie (ang. *bungee jumping*);
   6) Twoim działaniem po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm^3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm^3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
   7) zatruciem się przez Ciebie alkoholem lub nieprzestrzeganiem przez Ciebie zaleceń lekarza lub jeżeli zażyjesz niezalecone przez lekarza: leki, narkotyki, środki odurzające lub psychotropowe oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji;
   8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę, przy jej współudziale lub za jej namową;
   9) rozpoznanymi u Ciebie chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
   10) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw Wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym, w związku z chorobami nowotworowymi;
   11) leczeniem niepłodności;
   12) pozostawaniem przez Ciebie w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym (nie dotyczy pierwszej rehabilitacji związanej z leczeniem po udarze mózgu lub zawale serca), oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym oraz pozostawaniem przez Ciebie na Izbie Przyjęć albo w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) nieskutkującym dalszą hospitalizacją;
   13) przeprowadzonymi u Ciebie procedurami diagnostycznymi przy braku jakichkolwiek objawów chorobowych oraz wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, laboratoryjnych i obrazowych, badań profilaktycznych;
   14) Zawodowym uprawianiem przez Ciebie sportu;
   15) Wyczynowym uprawianiem przez Ciebie sportu – w przypadku wariantu Pobyt w Szpitalu;
   16) Wyczynowym uprawianiem przez Ciebie sportu, który nie jest wskazany w Katalogu sportów wyczynowych – w przypadku wariantu Pobyt w Szpitalu dla aktywnych.
2. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia w przypadku pobytu w Szpitalu lub pobytu na OIOM w wyniku Choroby:
   1) która została zdiagnozowana przed początkiem Okresu ubezpieczenia
   2) i wobec której postępowanie diagnostyczno-lecznicze, prowadzące do jej rozpoznania, zostało rozpoczęte przed początkiem Okresu ubezpieczenia.

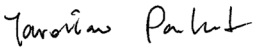
Za postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozumie się postępowanie medyczne mające na celu zdiagnozowanie Choroby, składające się z badania przedmiotowego, badań obrazowych oraz innych badań dodatkowych.
Za datę rozpoczęcia procesu diagnostyczno-leczniczego przyjmujemy datę wizyty u lekarza, podczas której otrzymasz wskazanie do przeprowadzenia postępowania medycznego, o którym mowa powyżej.

§ 13 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest integralną częścią Umowy ubezpieczenia.
3. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 140/2025 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadziliśmy w życie z dniem 14 września 2025 r.



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania niezdolności do pracy ubezpieczonego z wypłatą renty miesięcznej, zatwierdzonych Uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 30 października 2022 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 OWU § 1 § 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 4 - 6 § 7 ust. 9; ust. 14 - 15 § 8 § 14 ust. 13 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POWSTANIA NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO Z WYPŁATĄ RENTY MIESIĘCZNEJ

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania niezdolności do pracy ubezpieczonego z wypłatą renty miesięcznej mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
   1) **częściowa niezdolność do pracy** - powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, ograniczenie zdolności do wykonywania pracy przez ubezpieczonego spowodowane chorobą lub wypadkiem powodujące, że ubezpieczony całkowicie utracił zdolność do wykonywania pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami, umiejętnościami lub doświadczeniem zawodowym zdobytym w ramach ostatnio wykonywanej pracy, nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Wystąpienie zdarzenia musi być potwierdzone orzeczeniem o częściowej niezdolności do pracy, wydanym nie wcześniej niż po 6 miesiącach nieprzerwanego trwania czasowej niezdolności do pracy, przez podmiot uprawniony lub komisję lekarską;
   2) **całkowita niezdolność do pracy** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego spowodowane chorobą lub wypadkiem powodujące, że ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Wystąpienie zdarzenia musi być, potwierdzone orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy wydanym nie wcześniej niż po 6 miesiącach nieprzerwanego trwania czasowej niezdolności do pracy, przez podmiot uprawniony lub komisję lekarską;
   3) **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, trwała utrata zdolności do samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu zdefiniowanych w pkt 6) czynności życia codziennego spowodowane chorobą lub wypadkiem, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Wystąpienie zdarzenia musi być potwierdzone orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji, wydanym nie wcześniej niż po 6 miesiącach nieprzerwanego trwania czasowej niezdolności do pracy, przez podmiot uprawniony lub komisję lekarską;
   4) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli, które zostały po raz pierwszy zdiagnozowane w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia albo wobec których postępowanie diagnostyczno-lecznicze prowadzące do ich rozpoznania, zostało rozpoczęte w trakcie trwania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   5) **czasowa niezdolność do pracy** - okres niezdolności do pracy, potwierdzony w zaświadczeniu lekarskim z tytułu którego, w powszechnie obowiązujących przepisach prawa pracy przewidziane są świadczenia polegające na wypłacie odpowiedniej części wynagrodzenia pracownika lub zasiłku chorobowego z organu rentowego, lub orzeczenie o czasowej niezdolności do pracy bez prawa do zasiłku chorobowego wydawane na wniosek ubezpieczonego, bezpośrednio poprzedzający okres całkowitej niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji (dla wariantu rozszerzonego również poprzedzający okres częściowej niezdolności do pracy);
   6) **czynności życia codziennego**:
      a) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób,
      b) ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania,
      c) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku,
      d) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie,
      e) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni;
   7) **dzień zajścia zdarzenia** – dzień powstania niezdolności do pracy ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia wskazany w orzeczeniu w sprawie niezdolności do pracy ubezpieczonego przez podmiot do tego uprawniony lub przez komisję lekarską lub data wydania orzeczenia, jeżeli nie wskazano dnia powstania niezdolności do pracy;
   8) **niezdolność do pracy** - w wariancie podstawowym: całkowita niezdolność do pracy lub niezdolność do samodzielnej egzystencji; albo w wariancie rozszerzonym: częściowa niezdolność do pracy lub całkowita niezdolność do pracy lub niezdolność do samodzielnej egzystencji;
   9) **komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy) powoływany przez ubezpieczyciela wydający orzeczenie w sprawie niezdolności do pracy ubezpieczonego na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
   10) **okres niezdolności do pracy** – okres ten liczony jest w miesiącach, na podstawie orzeczenia w sprawie niezdolności do pracy, przy czym pierwszy miesiąc okresu niezdolności do pracy ubezpieczonego, za który należna jest renta miesięczna, to miesiąc rozpoczynający się w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wskazany w prawomocnym orzeczeniu w sprawie niezdolności do pracy, kolejne miesiące okresu niezdolności do pracy to miesiące rozpoczynające się w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego.

Jeśli w danym miesiącu taki dzień nie istnieje – wtedy w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego. Ostatni miesiąc okresu niezdolności do pracy ubezpieczonego, za który należna jest ostatnia renta miesięczna to miesiąc, w którym co najmniej 1 dzień orzeczonej niezdolności do pracy wypada w okresie odpowiedzialności;

11) **okres składkowy** – okres, w którym ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składek z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia. Okres składkowy rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca polisowego, wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia i ustaje w ostatnim dniu miesiąca polisowego, w którym zaszło zdarzenie z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia. Okres składkowy zostaje wznowiony od pierwszego dnia miesiąca polisowego, przypadającego po miesiącu polisowym, za który była należna ostatnia renta miesięczna;
12) **okres ubezpieczenia wynikający z umowy dodatkowego ubezpieczenia** - okres, którego dzień początkowy i czas trwania wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu:
    a) wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia albo
    b) pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna zgodnie z częstotliwością opłacania, wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia,

    i kończący się z końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 4 - 7;
13) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona;
14) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania niezdolności do pracy ubezpieczonego z wypłatą renty miesięcznej, stanowiące załącznik do OWU;
15) **podmiot uprawniony** - Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub inny organ uprawniony do orzekania w tym zakresie;
16) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – postępowanie medyczne mające na celu zdiagnozowanie lub leczenie choroby, składające się z: badania przedmiotowego, badań obrazowych oraz innych badań dodatkowych;
17) **renta miesięczna** - świadczenie wypłacane miesięcznie, które przysługuje ubezpieczonemu za okres niezdolności do pracy, za każdy miesiąc orzeczonej niezdolności do pracy trwającej w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia;
18) **świadczenie opiekuńcze** - świadczenie jednorazowe, które przysługuje ubezpieczonemu w przypadku uznania roszczenia z tytułu całkowitej niezdolności do pracy albo niezdolności do samodzielnej egzystencji w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia, służące wsparciu ubezpieczonego w powrocie do zdrowia, przeznaczane na zakup leków, rehabilitację leczniczą, dostosowanie mieszkania dla osoby niepełnosprawnej lub usługi lecznicze i opiekuńcze;
19) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie powstania niezdolności do pracy ubezpieczonego z wypłatą renty miesięcznej;
20) **wariant ubezpieczenia** – wybrany przy zawarciu umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego:
    a) wariant podstawowy obejmujący swoim zakresem niezdolność do pracy w związku z orzeczoną:
        a. całkowitą niezdolność do pracy lub
        b. niezdolnością do samodzielnej egzystencji albo
    b) wariant rozszerzony obejmujący swoim zakresem niezdolność do pracy w związku z orzeczoną:
        a. częściową niezdolnością do pracy lub
        b. całkowitą niezdolność do pracy lub
        c. niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
    1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
    2) nie później niż 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.

    Umowa dodatkowego ubezpieczenia w wybranym wariancie może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę dodatkowego ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 60 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 5 - 7 i 10.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6 - 7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat.

8. Najpóźniej 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie lub obniżenie renty miesięcznej w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 7 ust. 12. W trakcie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający nie ma możliwości zmiany wariantu ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia w wybranym wariancie ubezpieczenia, ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
    1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
    2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5;

    dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w pozostałym zakresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania niezdolności do pracy ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Zakres udzielanej ochrony z tytułu wystąpienia niezdolności do pracy ubezpieczonego jest uzależniony od wariantu ubezpieczenia wybranego przez ubezpieczającego w momencie składania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu renty miesięcznej w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia w następstwie choroby lub wypadku, z zastrzeżeniem § 6 ust. 1.
5. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w zakresie powstania niezdolności do pracy ubezpieczonego z wypłatą renty miesięcznej, ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji z wypłatą renty miesięcznej.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności do pracy, której przyczyną jest:
    1) wypadek – rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia,
    2) choroba – rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia,

    nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W sytuacji zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o której mowa w § 2 ust. 2 pkt 2) odpowiedzialność ubezpieczyciela w przypadku wskazanym:
    1) w ust. 1 pkt 1) rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5;
    2) w ust. 1 pkt 2) rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka, zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.

    Pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje umowa dodatkowego ubezpieczenia, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności do pracy ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w § 3 ust. 11 OWU, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat.

Składka

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki zależy od: wybranej wysokości renty miesięcznej, wybranego wariantu ubezpieczenia, aktualnego wieku ubezpieczonego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Składka z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, należna jest w okresie składkowym.
5. W przypadku indeksacji wysokości renty miesięcznej zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu, z zastrzeżeniem § 7 ust. 12.

Świadczenie

§ 6

1. W przypadku wystąpienia niezdolności do pracy ubezpieczonego, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie, w postaci renty miesięcznej w wysokości obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia, z zastrzeżeniem ust. 2 oraz § 7 ust. 5, w okresie niezdolności do pracy, nie dłużej jednak niż do rozwiązania umowy ubezpieczenia albo wygaśnięcia odpowiedzialności, zgodnie z § 4 ust. 3 oraz z zastrzeżeniem § 7 ust. 9.
2. W przypadku wystąpienia niezdolności do pracy ubezpieczonego, spowodowanej zgodnie z przedłożonym orzeczeniem częściową niezdolnością do pracy, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie, w postaci renty miesięcznej w wysokości 50% renty miesięcznej obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia.
3. Dodatkowo ubezpieczyciel wypłaca w postaci jednorazowej, świadczenie opiekuńcze związane z niezdolnością do pracy ubezpieczonego spowodowanej zgodnie z przedłożonym orzeczeniem:
   1) całkowitą niezdolnością do pracy lub
   2) niezdolnością do samodzielnej egzystencji,

   w wysokości 6-cio krotności renty miesięcznej obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia.
4. Wypłata świadczenia opiekuńczego, o którym mowa w ust. 3 jest możliwa wyłącznie wtedy, gdy ubezpieczonemu przysługuje roszczenie z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej, zgodnie z przedłożonym orzeczeniem całkowitą niezdolnością do pracy lub niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Świadczenie opiekuńcze przysługuje wyłącznie jeden raz w całym okresie ubezpieczenia.
5. W przypadku podwyższenia renty miesięcznej, o którym mowa w § 2 ust. 8, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia dla wyższej wysokości renty miesięcznej rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka w podwyższonej wysokości zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia. Pierwszy dzień okresu, od którego obowiązuje podwyższona wysokość renty, o której mowa powyżej, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zmianę wysokości renty miesięcznej.
6. W przypadku uznania roszczenia z tytułu częściowej niezdolności do pracy świadczenie opiekuńcze nie przysługuje.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
3. Świadczenie z tytułu niezdolności do pracy ubezpieczonego zostanie przyznane, jeżeli wypadek albo choroba będąca przyczyną powstania niezdolności do pracy oraz wydane orzeczenie związane z niezdolnością do pracy wystąpiły w okresie odpowiedzialności.
4. Renta miesięczna należna jest, począwszy od miesiąca kalendarzowego bezpośrednio następującego po miesiącu, w którym niezdolność do pracy została potwierdzona prawomocnym orzeczeniem.
5. Wypłata pierwszej renty następuje w terminie przewidzianym w § 10 OWU w wysokości sumy rent miesięcznych należnych za okres od dnia powstania niezdolności do pracy do dnia wypłaty pierwszej renty miesięcznej.
6. Każdą kolejną rentę miesięczną ubezpieczyciel wypłaca do 10. dnia miesiąca kalendarzowego, za który jest należna w okresie niezdolności do pracy, nie dłużej jednak niż do rozwiązania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 9.
7. Jeżeli orzeczenie związane z niezdolnością do pracy zostanie wydane na okres krótszy niż 12 miesięcy, a następnie zostanie wydane kolejne orzeczenie, to:
   1) ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu niezdolności do pracy, o ile nieprzerwany łączny czas niezdolności do pracy w ramach tych orzeczeń jest nie krótszy niż 12 miesięcy;
   2) wysokość pierwszej renty jest równa sumie rent jakie ubezpieczony otrzymałby do tego dnia, gdyby pierwsze orzeczenie związane z niezdolnością do pracy zostało wydane na okres co najmniej 12 miesięcy. Każda kolejna renta płatna jest zgodnie z ust. 6.
8. W przypadku zaakceptowania wniosku, o którym mowa w ust. 1:
   1) ustaje obowiązek opłacania składek z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia za okres niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem pkt 2);
   2) zapłacona przez ubezpieczającego składka z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia za okres niezdolności do pracy, o którym mowa w pkt 1), podlega zwrotowi w terminie 30 dni od podjęcia decyzji o zaakceptowania wniosku. Składka podlega zwrotowi bez odsetek (w wartości nominalnej);
   3) po zakończeniu okresu, na jaki wydane zostało orzeczenie związane z niezdolnością do pracy ubezpieczonego, jeżeli niezdolność do pracy utrzymuje się, ubezpieczony powinien dostarczyć dokument potwierdzający dalszą niezdolność do pracy. W przypadku poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego, tj. sytuacji w której ubezpieczony przestał spełniać warunki niezbędne do uznania za niezdolnego do pracy, ubezpieczyciel zaprzestaje wypłaty świadczenia i ubezpieczający ponownie podejmuje obowiązek opłacania składek z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia. Ubezpieczyciel poinformuje ubezpieczającego o terminie wznowienia obowiązku opłacania składek z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.;
   4) w przypadku dwóch orzeczeń w sprawie niezdolności do pracy ubezpieczonego, z pokrywającymi się okresami niezdolności do pracy ubezpieczonego, należna renta miesięczna przysługuje ubezpieczonemu, na podstawie orzeczenia w sprawie niezdolności do pracy ubezpieczonego wystawionego w okresie późniejszym.

9. Jeżeli niezdolność do pracy ubezpieczonego rozpoczęła się w okresie udzielania ochrony a zakończyła się po zakończeniu ochrony ubezpieczeniowej, wówczas:
   1) wypłata pierwszej i kolejnej renty miesięcznej przysługuje za każdy miesiąc orzeczonej niezdolności do pracy, przypadający w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 2),
   2) wypłata ostatniej renty miesięcznej przysługuje za miesiąc orzeczonej niezdolności do pracy, gdy co najmniej 1 dzień orzeczonej niezdolności do pracy wypada w okresie odpowiedzialności.
10. W przypadku niepodjęcia przez ubezpieczającego opłacania składek w sytuacji, o której mowa w ust. 8 pkt 3), mają zastosowanie postanowienia § 6 OWU.
11. Jeżeli po zakończeniu okresu wypłacania renty miesięcznej nastąpi przerwa wynikająca z poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego to dla przyznania kolejnego świadczenia późniejsze orzeczenie związane z niezdolnością do pracy musi być wydane przez podmiot uprawniony lub komisję lekarską na nieprzerwany okres nie krótszy niż 12 miesięcy.
12. W okresie wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności do pracy, wysokość renty miesięcznej oraz składka wynikająca z zawartej umowy dodatkowego ubezpieczenia nie podlega indeksacji a także nie ma możliwości zmiany wysokości renty, o której mowa w § 2 ust. 8.
13. Ubezpieczyciel może wezwać w każdym czasie ubezpieczonego na komisję lekarską w celu poddania się badaniom na koszt ubezpieczyciela lub wezwać ubezpieczonego do przedstawienia dokumentacji potwierdzającej istnienie niezdolności do pracy.
14. W przypadku świadczenia opiekuńczego ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia.
15. Świadczenie z tytułu powstania niezdolności do pracy na skutek wypadku albo choroby zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem albo chorobą, które wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej a niezdolnością do pracy.
16. W razie wypadku ubezpieczony jest zobowiązany:
   1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
   2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską;
   3) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 8

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
   3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
   4) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
   5) poddaniem się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
   6) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
   7) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie;
   8) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
   9) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
   10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
   11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
   12) chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV.

§ 9

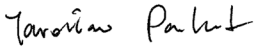
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzone w życie z dniem 30 października 2022 r.



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego z wypłatą jednorazową, zatwierdzonych Uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 30 października 2022 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 OWU § 1 § 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 7 ust. 4 § 8 § 14 ust. 13 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POWSTANIA TRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI UBEZPIECZONEGO Z WYPŁATĄ JEDNORAZOWĄ

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego z wypłatą jednorazową mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
   1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli, które zostały po raz pierwszy zdiagnozowane w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej albo wobec których postępowanie diagnostyczno-lecznicze prowadzące do ich rozpoznania, zostało rozpoczęte w trakcie trwania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   2) **czynności życia codziennego**:
      a) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób,
      b) ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania,
      c) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku,
      d) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie,
      e) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni;
   3) **dzień zajścia zdarzenia** – data rozpoczęcia 12 miesięcznego okresu, o którym mowa w pkt 5);
   4) **komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy), powołany przez ubezpieczyciela, wydający opinię w sprawie niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
   5) **trwała niezdolność do samodzielnej egzystencji** – trwała i bezpowrotna utrata zdolności do samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu zdefiniowanych w pkt 2) czynności życia codziennego, potwierdzona orzeczeniem komisji lekarskiej, trwająca nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy i po upływie tego okresu, zgodnie z wiedzą medyczną, nie rokująca możliwości odzyskania zdolności do samodzielnej egzystencji, która miała miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   6) **okres ubezpieczenia wynikający z umowy dodatkowego ubezpieczenia** - okres, którego dzień początkowy i czas trwania wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu:
      a) wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia albo
      b) pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna zgodnie z częstotliwością opłacania, wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia

      i kończący się z końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 4 - 7;
   7) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona;
   8) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego z wypłatą jednorazową, stanowiące załącznik do OWU;
   9) **postępowanie diagnostyczno – lecznicze** – postępowanie medyczne mające na celu zdiagnozowanie lub leczenie choroby, składające się z: badania przedmiotowego, badań obrazowych oraz innych badań dodatkowych;
   10) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   11) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie powstania trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego z wypłatą jednorazową.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
   2) nie później niż 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia od którego umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.

   Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę dodatkowego ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia na zmienionych warunkach.

3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 60 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 5 - 7 i 10.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6 - 7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia, zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat.
8. Najpóźniej 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie lub obniżenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
    1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
    2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5;

    dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w pozostałym zakresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w przypadku powstania trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w następstwie choroby lub wypadku.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, której przyczyną jest:
    1) wypadek – rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia;
    2) choroba – rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W sytuacji zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o której mowa w § 2 ust. 2 pkt 2) odpowiedzialność ubezpieczyciela w przypadku wskazanym:
    1) w ust. 1 pkt 1) rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5;
    2) w ust. 1 pkt 2) rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka, zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.

    Pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje umowa dodatkowego ubezpieczenia, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w § 3 ust. 11 OWU, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat.

Składka

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki zależy od: wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego, aktualnego wieku ubezpieczonego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.

4. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

Świadczenie

§ 6

Z tytułu powstania trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie jednorazowe w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
4. Świadczenie z tytułu powstania trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji na skutek wypadku zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, który wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia a niezdolnością do samodzielnej egzystencji.
5. Świadczenie z tytułu powstania trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego powstałej w wyniku wypadku może być ustalone, jeśli podjęcie leczenia nastąpiło nie później niż 180 dni od dnia zajścia wypadku.
6. W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:
   1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
   2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską;
   3) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
4) poddaniem się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie;
7) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
8) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
10) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
12) chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV.

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego z wypłatą renty miesięcznej, zatwierdzonych Uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 30 października 2022 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 OWU § 1 § 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 3 § 7 ust. 9; ust. 14 - 15 § 8 § 14 ust. 13 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POWSTANIA NIEZDOLNOŚCI DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI UBEZPIECZONEGO Z WYPŁATĄ RENTY MIESIĘCZNEJ

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego z wypłatą renty miesięcznej mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
   1) **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, trwała utrata zdolności do samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu zdefiniowanych w pkt 3) czynności życia codziennego spowodowane chorobą lub wypadkiem, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Wystąpienie zdarzenia musi być potwierdzone orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji, przez podmiot uprawniony lub komisję lekarską;
   2) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli, które zostały po raz pierwszy zdiagnozowane w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej albo wobec których postępowanie diagnostyczno-lecznicze prowadzące do ich rozpoznania, zostało rozpoczęte w trakcie trwania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   3) **czynności życia codziennego**:
      a) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób,
      b) ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania,
      c) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku,
      d) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie,
      e) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni;
   4) **dzień zajścia zdarzenia** – dzień powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia wskazany w orzeczeniu w sprawie niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego przez podmiot do tego uprawniony lub przez komisję lekarską lub data wydania orzeczenia, jeżeli nie wskazano dnia powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji;
   5) **komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy) powoływany przez ubezpieczyciela wydający orzeczenie w sprawie niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
   6) **okres niezdolności do samodzielnej egzystencji** – okres ten liczony jest w miesiącach, na podstawie orzeczenia w sprawie niezdolności do samodzielnej egzystencji, przy czym pierwszy miesiąc okresu niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, za który należna jest renta miesięczna, to miesiąc rozpoczynający się w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wskazany w orzeczeniu w sprawie niezdolności do samodzielnej egzystencji, kolejne miesiące okresu niezdolności do samodzielnej egzystencji to miesiące rozpoczynające się w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego. Jeśli w danym miesiącu taki dzień nie istnieje – wtedy w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego. Ostatni miesiąc okresu niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, za który należna jest ostatnia renta miesięczna to miesiąc, w którym co najmniej 1 dzień orzeczonej niezdolności do samodzielnej egzystencji wypada w okresie odpowiedzialności;
   7) **okres składkowy** – okres, w którym ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składek z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia. Okres składkowy rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca polisowego, wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia i ustaje w ostatnim dniu miesiąca polisowego, w którym zaszło zdarzenie z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia. Okres składkowy zostaje wznowiony od pierwszego dnia miesiąca polisowego, przypadającego po miesiącu polisowym, za który była należna ostatnia renta miesięczna;
   8) **okres ubezpieczenia wynikający z umowy dodatkowego ubezpieczenia** – okres, którego dzień początkowy i czas trwania wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu:
      a) wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia albo
      b) pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna zgodnie z częstotliwością opłacania, wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia,

      i kończący się z końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 4 - 7;
   9) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona;
   10) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego z wypłatą renty miesięcznej, stanowiące załącznik do OWU;

11) **podmiot uprawniony** - Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub inny organ uprawniony do orzekania w tym zakresie;
12) **renta miesięczna** – świadczenie wypłacane miesięcznie, które przysługuje ubezpieczonemu za okres niezdolności do samodzielnej egzystencji, za każdy miesiąc orzeczonej niezdolności do samodzielnej egzystencji trwającej w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia;
13) **postępowanie diagnostyczno – lecznicze** – postępowanie medyczne mające na celu zdiagnozowanie lub leczenie choroby, składające się z: badania przedmiotowego, badań obrazowych oraz innych badań dodatkowych;
14) **świadczenie opiekuńcze** – świadczenie jednorazowe, które przysługuje ubezpieczonemu w przypadku uznania roszczenia z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji, służące wsparciu ubezpieczonego w powrocie do zdrowia, przeznaczane na zakup leków, rehabilitację leczniczą, dostosowanie mieszkania dla osoby niepełnosprawnej lub usługi lecznicze i opiekuńcze;
15) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego z wypłatą renty miesięcznej.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
   2) nie później niż 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, od którego umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.

   Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę dodatkowego ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 55 lat i nie ukończyła 70 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 5 - 7 i 10.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6 - 7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 85 lat.
8. Najpóźniej 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie lub obniżenie renty miesięcznej w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 7 ust. 12.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
    1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
    2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5;

    dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w pozostałym zakresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu renty miesięcznej w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia w następstwie choroby lub wypadku, z zastrzeżeniem § 6 ust. 1.
4. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w zakresie powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego z wypłatą renty miesięcznej, ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie powstania niezdolności do pracy z wypłatą renty miesięcznej.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji, której przyczyną jest:
   1) wypadek – rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia;
   2) choroba – rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia,

   nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W sytuacji zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o której mowa w § 2 ust. 2 pkt 2) odpowiedzialność ubezpieczyciela w przypadku wskazanym:
   1) w ust. 1 pkt 1) rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5;
   2) w ust. 1 pkt 2) rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka, zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.

   Pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje umowa dodatkowego ubezpieczenia, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w § 3 ust. 11 OWU, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 85 lat.

Składka

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki zależy od: wybranej wysokości renty miesięcznej, aktualnego wieku ubezpieczonego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Składka z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, należna jest w okresie składkowym.
5. W przypadku indeksacji wysokości renty miesięcznej zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu, z zastrzeżeniem § 7 ust. 12.

Świadczenie

§ 6

1. W przypadku wystąpienia niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie, w postaci renty miesięcznej w wysokości obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia, z zastrzeżeniem § 7 ust. 5, w okresie niezdolności do samodzielnej egzystencji, nie dłużej jednak niż do rozwiązania umowy ubezpieczenia, albo wygaśnięcia odpowiedzialności, zgodnie z § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem § 7 ust. 9.
2. Dodatkowo ubezpieczyciel wypłaca w postaci jednorazowej, świadczenie opiekuńcze związane z niezdolnością do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wysokości 6-cio krotności renty miesięcznej obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia.
3. Wypłata świadczenia opiekuńczego, o którym mowa w ust. 2 jest możliwa wyłącznie wtedy, gdy ubezpieczonemu przysługuje roszczenie z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji. Świadczenie opiekuńcze przysługuje wyłącznie jeden raz w całym okresie ubezpieczenia.
4. W przypadku podwyższenia renty miesięcznej, o którym mowa w § 2 ust. 8, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia dla wyższej wysokości renty rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka w podwyższonej wysokości zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia. Pierwszy dzień okresu, od którego obowiązuje podwyższona wysokość renty, o której mowa powyżej, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zmianę wysokości renty miesięcznej.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
3. Świadczenie z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji zostanie przyznane jeżeli wypadek albo diagnoza choroby, będące przyczyną powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz wydane orzeczenie związane z niezdolnością do samodzielnej egzystencji wystąpiły w okresie odpowiedzialności.
4. Renta miesięczna należna jest, począwszy od miesiąca kalendarzowego bezpośrednio następującego po miesiącu, w którym niezdolność do samodzielnej egzystencji została potwierdzona prawomocnym orzeczeniem.

5. Wypłata pierwszej renty następuje w terminie przewidzianym w § 10 OWU w wysokości sumy rent miesięcznych należnych za okres od dnia powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji do dnia wypłaty pierwszej renty miesięcznej.
6. Każdą kolejną rentę miesięczną ubezpieczyciel wypłaca do 10. dnia miesiąca kalendarzowego, za który jest należna w okresie niezdolności do samodzielnej egzystencji, nie dłużej jednak niż do rozwiązania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 9.
7. Jeżeli orzeczenie związane z niezdolnością do samodzielnej egzystencji zostanie wydane na okres krótszy niż 12 miesiące, a następnie zostanie wydane kolejne orzeczenie, to:
   1) ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji, o ile nieprzerwany łączny czas niezdolności do samodzielnej egzystencji w ramach tych orzeczeń jest nie krótszy niż 12 miesięcy;
   2) wysokość pierwszej renty jest równa sumie rent jakie ubezpieczony otrzymałby do tego dnia, gdyby pierwsze orzeczenie związane z niezdolnością do samodzielnej egzystencji zostało wydane na okres co najmniej 12 miesięcy. Każda kolejna renta płatna jest zgodnie z ust. 6.
8. W przypadku zaakceptowania wniosku, o którym mowa w ust. 1:
   1) ustaje obowiązek opłacania składek z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia za okres niezdolności do samodzielnej egzystencji, z zastrzeżeniem pkt 2);
   2) zapłacona przez ubezpieczającego składka z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia za okres niezdolności do samodzielnej egzystencji, o którym mowa w pkt 1), podlega zwrotowi w terminie 30 dni od podjęcia decyzji o zaakceptowania wniosku. Składka podlega zwrotowi bez odsetek (w wartości nominalnej);
   3) po zakończeniu okresu, na jaki wydane zostało orzeczenie związane z niezdolnością do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, jeżeli niezdolność do samodzielnej egzystencji utrzymuje się, ubezpieczony powinien dostarczyć dokument potwierdzający dalszą niezdolność do samodzielnej egzystencji. W przypadku poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego, tj. sytuacji w której ubezpieczony przestał spełniać warunki niezbędne do uznania za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, ubezpieczyciel zaprzestaje wypłaty świadczenia i ubezpieczający ponownie podejmuje obowiązek opłacania składek z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia. Ubezpieczyciel poinformuje ubezpieczającego o terminie wznowienia obowiązku opłacania składek z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   4) w przypadku dwóch orzeczeń w sprawie niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, z pokrywającymi się okresami niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, należna renta miesięczna przysługuje ubezpieczonemu, na podstawie orzeczenia w sprawie niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego wystawionego w okresie późniejszym.
9. Jeżeli niezdolność do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego rozpoczęła się w okresie udzielania ochrony a zakończyła się po zakończeniu ochrony ubezpieczeniowej, wówczas:
   1) wypłata pierwszej i kolejnej renty miesięcznej przysługuje za każdy miesiąc orzeczonej niezdolności do samodzielnej egzystencji, przypadający w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 2);
   2) wypłata ostatniej renty miesięcznej przysługuje za miesiąc orzeczonej niezdolności do samodzielnej egzystencji, gdy co najmniej 1 dzień orzeczonej niezdolności do samodzielnej egzystencji wypada w okresie odpowiedzialności.
10. W przypadku niepodjęcia przez ubezpieczającego opłacania składek w sytuacji, o której mowa w ust. 8 pkt 3), mają zastosowanie postanowienia § 6 OWU.
11. Jeżeli po zakończeniu okresu wypłacania renty miesięcznej nastąpi przerwa wynikająca z poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego to dla przyznania kolejnego świadczenia późniejsze orzeczenie związane z niezdolnością do samodzielnej egzystencji musi być wydane przez podmiot uprawniony lub komisję lekarską na nieprzerwany okres nie krótszy niż 12 miesiące.
12. W okresie wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji, wysokość renty miesięcznej oraz składka wynikająca z zawartej umowy dodatkowego ubezpieczenia nie podlega indeksacji, a także nie ma możliwości zmiany wysokości renty miesięcznej, o której mowa w § 2 ust. 8.
13. Ubezpieczyciel może wezwać w każdym czasie ubezpieczonego na komisję lekarską w celu poddania się badaniom na koszt ubezpieczyciela lub wezwać ubezpieczonego do przedstawienia dokumentacji potwierdzającej istnienie niezdolności do samodzielnej egzystencji.
14. W przypadku świadczenia opiekuńczego ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia.
15. Świadczenie z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji na skutek wypadku zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, który wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia a niezdolnością do samodzielnej egzystencji.
16. W razie wypadku ubezpieczony jest zobowiązany:
   1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
   2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską;
   3) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
4) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
5) poddaniem się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
6) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
7) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie;
8) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
9) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
12) chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV.

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku wypadku, zatwierdzonych Uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 30 października 2022 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 OWU § 1 § 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 4 - 6 § 7 ust. 4 - 5 § 8 § 14 ust. 13 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POWSTANIA TRWAŁEGO INWALIDZTWA DZIECKA W WYNIKU WYPADKU

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku wypadku mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
   1) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego/współubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego/współubezpieczonego (w pełni lub częściowo), wskazane we wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   2) **dzień zajścia zdarzenia** – data wystąpienia wypadku skutkującego powstaniem trwałego inwalidztwa dziecka;
   3) **komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy), powołany przez ubezpieczyciela, wydający opinię w sprawie trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku wypadku na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
   4) **okres ubezpieczenia wynikający z umowy dodatkowego ubezpieczenia** - okres, którego dzień początkowy i czas trwania wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu:
      a) wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia albo
      b) pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna zgodnie z częstotliwością opłacania, wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia,

      i kończący się z końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 5 – 8;
   5) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona;
   6) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku wypadku, stanowiące załącznik do OWU;
   7) **pakiet dla dziecka** – określony przez ubezpieczyciela i wskazany w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia zakres ochrony ubezpieczeniowej, wybrany przez ubezpieczającego; w ramach pakietów dla dziecka mogą występować warianty pakietów dla dziecka;
   8) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   9) **trwałe inwalidztwo** – powstałe w wyniku wypadku, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, nie później niż 12 miesięcy od dnia wypadku, uszkodzenie ciała dziecka polegające na fizycznej utracie narządu lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad narządem, wymienione w tabeli zdarzeń, o której mowa w § 6 ust. 1;
   10) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie powstania trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku wypadku;
   11) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia dziecka, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej. Za wypadek nie uważa się zawału serca, udaru mózgu.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
   2) nie później niż 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, od którego umowa dodatkowego ubezpieczenia ma obowiązywać.

   Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę dodatkowego ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia na zmienionych warunkach. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta w ramach pakietu dla dziecka.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta, jeśli dziecko w dniu doręczenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia do ubezpieczyciela ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 18 lat.
4. Ubezpieczony i współubezpieczony nie mogą wskazać jednocześnie tego samego dziecka.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6 - 8 i 11.
6. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7 - 8 i 11.
7. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa

dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8.

8. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez dziecko 25 lat.
9. Najpóźniej 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie lub obniżenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, a jeżeli umowa dodatkowego ubezpieczenia została zawarta w ramach pakietu dla dziecka, wniosek o zmianę pakietu dla dziecka.
10. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
11. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
    1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 9, lub
    2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 6,

    dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować dziecko na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
12. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w ramach pakietu dla dziecka, rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia powoduje rozwiązanie całego pakietu dla dziecka. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia albo pakietu dla dziecka, nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w pozostałym zakresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wystąpienia trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia z tytułu wystąpienia trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku wypadku.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku wypadku rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt 2) odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5. Pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje umowa dodatkowego ubezpieczenia, a jeżeli umowa dodatkowego ubezpieczenia została zawarta w ramach pakietu dla dziecka – pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje pakiet dla dziecka, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia albo pakietu dla dziecka.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w § 3 ust. 11 OWU, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez dziecko 25 lat lub z dniem śmierci dziecka.

Składka

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki zależy od: sumy ubezpieczenia dodatkowego, aktualnego wieku dziecka oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

Świadczenie

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku wypadku polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia ustalonego na podstawie poniższej tabeli zdarzeń oraz sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia.

Lp.	Zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową	Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia dodatkowego	
		Prawe	Lewe
1.	utrata obu przedramion	100	
2.	utrata obu ramion	100	
3.	utrata obu ud	100	
4.	utrata obu podudzi	100	
5.	utrata jednego ramienia i jednego uda	100	
6.	utrata jednego ramienia i jednego podudzia	100	
7.	utrata jednego przedramienia i jednego uda	100	
8.	utrata jednego przedramienia i jednego podudzia	100	
9.	utrata jednej dłoni i jednej stopy	100	
10.	utrata wzroku w obu oczach	100	
11.	całkowita utrata słuchu	100	
12.	całkowita utrata mowy	100	
	Kończyny górne:		
1.	utrata jednego ramienia	70	65
2.	utrata jednego przedramienia	60	50
3.	utrata jednej dłoni lub utrata części śródręcza	55	50
4.	utrata wszystkich palców u ręki	50	45
5.	utrata kciuka i palca wskazującego	35	25
6.	utrata kciuka i palca innego niż wskazujący	25	20
7.	utrata kciuka	20	15
8.	utrata palca wskazującego	15	10
9.	utrata palca innego niż kciuk i palca innego niż wskazujący	5	5
	Kończyny dolne:		
1.	utrata jednej nogi powyżej kolana	60	
2.	utrata jednej nogi na wysokości lub poniżej kolana	50	
3.	utrata całej stopy lub części śródstopia	40	
4.	utrata wszystkich palców u stopy	30	
5.	utrata czterech palców (łącznie z paluchem)	20	
6.	utrata palucha	5	
7.	utrata palca innego niż paluch	2	
	Głowa:		
1.	utrata szczęki dolnej	50	
2.	utrata wzroku w jednym oku	40	
3.	utrata słuchu w jednym uchu	30	
4.	utrata nosa w całości (łącznie z kością nosa)	30	

2. Użyte w tabeli zdarzeń terminy oznaczają:
   1) ramię – ręka od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego;
   2) przedramię – od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego;
   3) dłoń – palce i śródręcze;
   4) udo – od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego;
   5) podudzie – od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego;
   6) utrata – fizyczna utrata organu lub trwała utrata jego czynności.
3. W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe, określone w tabeli zdarzeń, ulegają odwróceniu.
4. W przypadku uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony na podstawie tabeli zdarzeń stopień inwalidztwa, pomniejsza się o stopień inwalidztwa istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
5. Z tytułu wystąpienia trwałego inwalidztwa wypłacane jest świadczenie za każdy rodzaj uszkodzenia ciała wymieniony w tabeli zdarzeń, nie więcej jednak niż do wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego za jeden wypadek.
6. Łączna kwota świadczenia wypłaconego z tytułu jednego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego. W przypadku gdy procent ustalonego trwałego inwalidztwa przekracza 100%, wówczas ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do świadczenia jest odpowiednio ubezpieczony lub współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego.

3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować dziecko na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
4. Ostateczna wysokość stopnia trwałego inwalidztwa dziecka jest ustalana po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego inwalidztwa (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu powstania trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku wypadku zostanie wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego inwalidztwa dziecka.
5. Świadczenie z tytułu trwałego inwalidztwa dziecka zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, który wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia a inwalidztwem dziecka.
6. W razie wypadku ubezpieczony lub odpowiednio współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego jest zobowiązany:
   1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie dziecka opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
   2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską nad dzieckiem;
   3) poddać dziecko na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko;
2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
3) czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
4) poddaniem dziecka leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
5) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
6) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, , sporty motorowodne, sporty walki (z wyłączeniem uprawiania: judo, karate w ramach zajęć szkolnych lub pozaszkolnych przez dziecko, które nie ukończyło 16 roku życia), skoki na gumowej linie;
7) zatruciem dziecka alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem dziecka pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko; uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
9) rozpoznanymi u dziecka chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku, zatwierdzonych Uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 30 października 2022 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 OWU § 1 § 3 § 6 § 7 Zał. 1 do OWUD
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 3 - 4 § 7 ust. 4 - 5 § 8 § 14 ust. 13 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POWSTANIA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA W WYNIKU WYPADKU

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
   1) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego/współubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego/współubezpieczonego (w pełni lub częściowo), wskazane we wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   2) **dzień zajścia zdarzenia** – data wystąpienia wypadku skutkującego powstaniem trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka;
   3) **komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy), powołany przez ubezpieczyciela, wydający opinię w sprawie wysokości uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
   4) **okres ubezpieczenia wynikający z umowy dodatkowego ubezpieczenia** - okres, którego dzień początkowy i czas trwania wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu:
      a) wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia albo
      b) pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna zgodnie z częstotliwością opłacania, wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia,

      i kończący się z końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 5 - 8;
   5) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona;
   6) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku, stanowiące załącznik do OWU;
   7) **pakiet dla dziecka** – określony przez ubezpieczyciela i wskazany w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia zakres ochrony ubezpieczeniowej, wybrany przez ubezpieczającego; w ramach pakietów dla dziecka mogą występować warianty pakietów dla dziecka;
   8) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   9) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie powstania uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku;
   10) **tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka** - tabela stanowiąca załącznik nr 1 do niniejszych OWUD;
   11) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, któremu dziecko uległo w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję;
   12) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia dziecka, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej. Za wypadek nie uważa się zawału serca, udaru mózgu.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
   2) nie później niż 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, od którego umowa dodatkowego ubezpieczenia ma obowiązywać.

   Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę dodatkowego ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta, jeśli dziecko w dniu doręczenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia do ubezpieczyciela ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 18 lat.
4. Ubezpieczony i współubezpieczony nie mogą wskazać jednocześnie tego samego dziecka.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6 - 8 i 11.
6. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7 - 8 i 11.

7. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez dziecko 25 lat.
9. Najpóźniej 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie lub obniżenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, a jeżeli umowa dodatkowego ubezpieczenia została zawarta w ramach pakietu dla dziecka, wniosek o zmianę pakietu dla dziecka.
10. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
11. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
    1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 9, lub
    2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 6;

    dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować dziecko na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
12. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w ramach pakietu dla dziecka, rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia powoduje rozwiązanie całego pakietu dla dziecka. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia albo pakietu dla dziecka, nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w pozostałym zakresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt 2) odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5. Pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje umowa dodatkowego ubezpieczenia, a jeżeli umowa dodatkowego ubezpieczenia została zawarta w ramach pakietu dla dziecka – pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje pakiet dla dziecka, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia albo pakietu dla dziecka.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w § 3 ust. 11 OWU, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez dziecko 25 lat lub z dniem śmierci dziecka.

Składka

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki zależy od: sumy ubezpieczenia dodatkowego, aktualnego wieku dziecka oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

Świadczenie

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia w wysokości jednego procentu sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Stopień trwałego uszczerbku ustala komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela w oparciu o Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka, stanowiącą załącznik do OWUD.
3. Łączna kwota świadczenia wypłaconego z tytułu jednego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego. W przypadku gdy procent ustalonego trwałego uszczerbku na zdrowiu przekracza 100%, wówczas ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego.
4. W razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do świadczenia jest odpowiednio ubezpieczony lub współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować dziecko na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
4. Ostateczna wysokość stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka jest ustalana po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku zostanie wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka.
5. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, który wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia a uszczerbkiem na zdrowiu dziecka.
6. W razie wypadku ubezpieczony lub odpowiednio współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego jest zobowiązany:
   1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie dziecka opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
   2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską nad dzieckiem;
   3) poddać dziecko na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko;
2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
3) czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
4) poddaniem dziecka leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
5) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
6) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, sporty walki (z wyłączeniem uprawiania: judo, karate w ramach zajęć szkolnych lub pozaszkolnych przez dziecko, które nie ukończyło 16 roku życia), skoki na gumowej linie;
7) zatruciem dziecka alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem dziecka pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko; uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
9) rozpoznanymi u dziecka chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

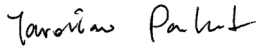
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 30 października 2022 r.



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot

Załącznik nr 1 do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku

TABELA NORM OCENY PROCENTOWEJ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA

A. PORAŻENIE LUB NIEDOWŁAD CO NAJMNIEJ DWÓCH KOŃCZYN PONIŻEJ 3° W SKALI LOVETTE'A **100%**

SKALA LOVETTE'A

0º – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej

1º-2º – ślad czynnego skurczu mięśnia – 5-20% prawidłowej siły mięśniowej

3º – zdolność do wykonywania ruchu czynnego przy pomocy i odciążenia odcinka ruchowego – 25% prawidłowej siły mięśniowej

4º – zdolność do wykonywania ruchu czynnego z pewnym oporem – 75% prawidłowej siły mięśniowej

5º – prawidłowa siła, tzn. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100 % prawidłowej siły mięśniowej

B. ŚPIĄCZKA TRWAJĄCA DŁUŻEJ NIŻ 30 DNI **100%**

C. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ:

	Prawa	Lewa
1. Utrata jednego ramienia	70	65
2. Utrata jednego przedramienia	60	50
3. Utrata jednej dłoni lub utrata części śródręcza	55	50
4. Utrata kciuka	20	15
5. Utrata palca wskazującego	15	10
6. Utrata palca innego niż kciuk i palec wskazujący	5	5

7. Złamania nadgarstka 5
8. Utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego lub obu paliczków 15
9. Utrata fragmentu opuszka palca 1
10. Amputacja w obrębie paliczka palca wskazującego (z wyjątkiem częściowej utraty opuszki) 4
11. Utrata paliczka paznokciowego i/lub paliczka środkowego 7
12. Utrata trzech paliczków w zakresie palca wskazującego 10
13. Utrata dwóch lub trzech paliczków w zakresie palca: III, IV lub V 5

W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe określone powyżej ulegają odwróceniu.

D. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ:

14. Utrata jednej nogi w obrębie uda 60
15. Utrata jednej nogi na wysokości kolana 50
16. Utrata jednej nogi w obrębie podudzia 50
17. Utrata całej stopy lub części śródstopia 40
18. Utrata wszystkich palców u stopy 30
19. Utrata czterech palców (łącznie z paluchem) 20
20. Utrata palucha 5
21. Utrata palca innego niż paluch 2
22. Częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego 3

Wartość uszczerbku ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę palca. Uszkodzenie kikuta amputowanych kończyn, wymagające zmiany protezy, reamputacji lub niemożności zastosowania protezy – należy oceniać wg amputacji na wyższym poziomie.

E. USZKODZENIA GŁOWY:

23. Całkowita utrata mowy 100
24. Całkowita utrata wzroku w obu oczach 100
25. Całkowita utrata wzroku w jednym oku 40
26. Całkowita utrata słuchu w obu uszach 100
27. Całkowita utrata słuchu w jednym uchu 30
28. Utrata szczęki dolnej 50
29. Utrata nosa w całości (łącznie z kością nosa) 30
30. Utrata skrzydełka nosa 10
31. Całkowita utrata małżowiny usznej 15
32. Całkowita utrata zęba stałego ..... 2 (maksymalnie 20 w przypadku utraty powyżej 9 zębów stałych)
33. Urazowa utrata zęba mlecznego 1

F. ZŁAMANIA KOŚCI LUB ZWICHNIĘCIA STAWÓW

34. Złamania kości sklepienia i podstawy czaszki 5
35. Złamania kości twarzoczaszki 4
36. Złamania łopatki, obojczyka, mostka 4% za każdą kość
37. Złamania żebra, żeber ..... 2% za każde żebro
38. Złamanie kości ramiennej 6
39. Zwichnięcia stawu barkowego 4
40. Złamania w obrębie kości przedramienia (jednej lub obu) 4
41. Zwichnięcie w obrębie stawu łokciowego 5
42. Złamania w obrębie kości ręki z wyłączeniem kości palców 3
43. Złamania w obrębie kości palców ręki II-V ..... 2% za każdy palec
44. Zwichnięcia stawów w obrębie palców ręki II-V ..... 2% za każdy palec
45. Złamania w obrębie kciuka 3
46. Zwichnięcie kciuka 3
47. Niestabilne złamania miednicy 10
48. Stabilne złamania miednicy 4,5
49. Zwichnięcie stawu biodrowego 6
50. Złamania kości udowej 8
51. Złamania w obrębie kości podudzia (jednej lub obu) 7
52. Złamania rzepki 4
53. Zwichnięcie stawu kolanowego - z wyłączeniem zwichnięcia rzepki 5
54. Złamania w obrębie stopy z wyłączeniem kości palców 4
55. Złamania w obrębie palucha 2,5
56. Złamania w obrębie kości palców stopy II-V ..... 2% za każdy palec
57. Zwichnięcie w stawach skokowych 4
58. Złamania w obrębie kręgosłupa - dotyczy trzonów, łuków kręgów (z wyłączeniem kości ogonowej) ..... 10% za każdy krąg
59. Złamania w obrębie kręgosłupa - dotyczy wyrostków poprzecznych, kolczystych kręgów ..... 2,5% za każdy krąg
60. Złamania kości ogonowej 3,5
61. Złamanie zęba stałego 2
62. Złamania szczęki lub żuchwy 10
63. Złamania nosa 5
64. Złamania bliższego końca kości udowej (złamania szyjki, złamana przez- i podkrętarzowe, złamania krętarzy) 8

G. OPARZENIA LUB ODMROŻENIA

65. Oparzenie II stopnia do 1% powierzchni ciała 1,5
66. Oparzenie II stopnia powyżej 1% do 15% powierzchni ciała 4
67. Oparzenie II stopnia powyżej 15% do 30% powierzchni ciała 7
68. Oparzenie II stopnia powyżej 30% powierzchni ciała 20
69. Oparzenie III stopnia do 5% powierzchni ciała 4
70. Oparzenie III stopnia powyżej 5% do 10% powierzchni ciała 10

71. Oparzenie III stopnia powyżej 10% powierzchni ciała 20
72. Oparzenie dróg oddechowych leczone w szpitalu 20
73. Odmrożenie II stopnia albo wyższe - jednego palca ręki lub palca stopy 1,5
74. Odmrożenie II stopnia albo wyższe – więcej niż jednego palca ręki lub palca stopy, odmrożenie nosa lub ucha 4

H. WSTRZĄŚNIENIE MÓZGU 4

I. URAZY POWODUJĄCE UNIERUCHOMIENIE NARZĄDU PRZEZ CO NAJMNIEJ 7 DNI

75. Uraz w obrębie kręgosłupa 5
76. Uraz stawu biodrowego 10
77. Uraz stawu kolanowego 5
78. Uraz stawu skokowego 3
79. Uraz stawu barkowego 7
80. Uraz stawu łokciowego 3
81. Uraz stawu nadgarstkowego 3
82. Uraz stawu w obrębie śródręcza i palców dłoni ..... 1 za każdy palec (maksymalnie 5 za wiele uszkodzonych)

Procenty uszczerbku za uraz powodujący unieruchomienie narządu przez co najmniej 7 dni i złamanie w obrębie tego samego narządu nie sumują się. W takim przypadku odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie świadczenia odpowiadającego wyższemu procentowi uszczerbku.

J. USZKODZENIA JAMY BRZUSZNEJ I NARZĄDÓW MOCZOPŁCIOWYCH

83. Całkowita utrata śledziony 20
84. Całkowita utrata jednej nerki 35
85. Całkowita utrata obu nerek 75
86. Całkowita utrata macicy 40
87. Całkowita utrata jajnika lub jądra 20
88. Częściowa utrata prącia 10
89. Całkowita utrata prącia 30
90. Utrata fizyczna obu jąder lub jajników 30

K. RANA CIĘTA, SZARPANA LUB MIAŻDŻONA

91. W obrębie twarzy, szyi, dłoni 2
92. W obrębie pozostałych części ciała 1

Rana cięta i szarpana oznaczają uszkodzenie ciała wymagające zaopatrzenia chirurgicznego, powstałe wskutek przecięcia skóry lub skóry i położonych głębiej tkanek z wyjątkiem kości. Za ranę ciętą nie uważa się rany będącej skutkiem zamierzonego działania leczniczego. Rana miażdżona oznacza uszkodzenie ciała wymagające zaopatrzenia chirurgicznego, charakteryzujące się zmiażdżeniem brzegów rany, utworzeniem głębokiego krwiaka, również z rozległym uszkodzeniem podłoża kostnego.

L. OSTRE ZATRUCIA I ICH NASTĘPSTWA

93. Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami i produktami chemicznymi:
    a) ze stwierdzoną utratą przytomności lecz bez wtórnych powikłań 1-10
    b) powodujące uszkodzenia układu krwionośnego i narządów wewnętrznych 10-25
94. Nagłe zatrucia inne, powodujące uszkodzenia narządów miąższowych i przewodu pokarmowego 5-15

Niniejsza Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka została zatwierdzona uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzona w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku, zatwierdzonych Uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 30 października 2022 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 OWU § 1 § 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 5 - 6 § 7 ust. 3 § 8 § 14 ust. 13 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POBYTU DZIECKA W SZPITALU W WYNIKU WYPADKU

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
   1) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego/współubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego/współubezpieczonego (w pełni lub częściowo), wskazane we wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   2) **dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku** – dzień kalendarzowy, w którym dziecko przebywało w szpitalu w wyniku wypadku, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze szpitala;
   3) **okres ubezpieczenia wynikający z umowy dodatkowego ubezpieczenia** - okres, którego dzień początkowy i czas trwania wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu:
      a) wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia albo
      b) pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna zgodnie z częstotliwością opłacania, wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia,

      i kończący się z końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 5 - 8;
   4) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona;
   5) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku, stanowiące załącznik do OWU;
   6) **pakiet dla dziecka** – określony przez ubezpieczyciela i wskazany w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia zakres ochrony ubezpieczeniowej, wybrany przez ubezpieczającego; w ramach pakietów dla dziecka mogą występować warianty pakietów dla dziecka;
   7) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   8) **szpital** – działający na terenie Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień; za szpital uznaje się także placówkę medyczną udzielającą całodobowej opieki zdrowotnej działającą na terytorium krajów Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej;
   9) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku;
   10) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia dziecka, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej. Za wypadek nie uważa się zawału serca, udaru mózgu.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
   2) nie później niż 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, od którego umowa dodatkowego ubezpieczenia ma obowiązywać.

   Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę dodatkowego ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta, jeśli dziecko w dniu doręczenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia do ubezpieczyciela ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 18 lat.
4. Ubezpieczony i współubezpieczony nie mogą wskazać jednocześnie tego samego dziecka.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6 - 8 i 11.
6. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7 - 8 i 11.

7. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez dziecko 25 lat.
9. Najpóźniej 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie lub obniżenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, a jeżeli umowa dodatkowego ubezpieczenia została zawarta w ramach pakietu dla dziecka, wniosek o zmianę pakietu dla dziecka.
10. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
11. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
    1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 9, lub
    2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 6;

    dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować dziecko na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
12. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w ramach pakietu dla dziecka, rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia powoduje rozwiązanie całego pakietu dla dziecka. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia albo pakietu dla dziecka nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w pozostałym zakresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku, zgodnie z § 6 ust. 5.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt 2) odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5. Pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje umowa dodatkowego ubezpieczenia, a jeżeli umowa dodatkowego ubezpieczenia została zawarta w ramach pakietu dla dziecka – pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje pakiet dla dziecka, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia albo pakietu dla dziecka.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w § 3 ust. 11 OWU, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez dziecko 25 lat lub z dniem śmierci dziecka.

Składka

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki zależy od: sumy ubezpieczenia dodatkowego, aktualnego wieku dziecka oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

Świadczenie

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
2. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że wypadek i pobyt w szpitalu wystąpiły w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.

3. Łączna kwota świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w ciągu roku polisowego wynosi maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na pierwszy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku.
4. Wysokość świadczenia za każdy dzień pobytu (dzienne świadczenie szpitalne) dziecka w szpitalu w wyniku wypadku określona jest w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 6.
5. Jeżeli pobyt dziecka w szpitalu rozpoczął się w okresie udzielania ochrony a zakończył się po zakończeniu ochrony ubezpieczeniowej, wówczas dzienne świadczenie szpitalne przysługuje za każdy dzień pobytu dziecka przypadający na czas udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
6. Świadczenie z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku przysługuje jeśli pobyt rozpoczął się przed upływem 180 dni od daty wypadku. W sytuacji gdy pobyt dziecka w szpitalu w wyniku wypadku rozpoczął się po upływie 180 dni od daty wypadku, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 50% dziennego świadczenia szpitalnego określonego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do świadczenia jest odpowiednio ubezpieczony lub współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego.
3. Świadczenie z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, który wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia a pobytem dziecka w szpitalu.
4. W razie wypadku ubezpieczony lub odpowiednio współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego jest zobowiązany:
   1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie dziecka opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
   2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską nad dzieckiem;
   3) poddać dziecko na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku pobytu w szpitalu w związku z:

1) samookaleczeniem lub okaleczeniem dziecka na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko;
2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
3) czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
4) poddaniem dziecka leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
5) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
6) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, sporty walki (z wyłączeniem uprawiania: judo, karate w ramach zajęć szkolnych lub pozaszkolnych przez dziecko, które nie ukończyło 16 roku życia), skoki na gumowej linie;
7) zatruciem dziecka alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem dziecka pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko; uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
9) rozpoznanymi u dziecka chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
11) pozostawaniem dziecka w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym oraz pozostawaniem dziecka na Izbie Przyjęć albo w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) nieskutkującym dalszą hospitalizacją.

§ 9

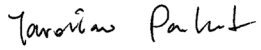
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 30 października 2022 r.



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku, zatwierdzonych Uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 30 października 2022 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 OWU § 1 § 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 § 14 ust. 13 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA LEKOWEGO ZWIĄZANEGO Z POBYTEM DZIECKA W SZPITALU W WYNIKU WYPADKU

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
   1) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego/współubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego/współubezpieczonego (w pełni lub częściowo), wskazane we wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   2) **okres ubezpieczenia wynikający z umowy dodatkowego ubezpieczenia** - okres, którego dzień początkowy i czas trwania wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu:
      a) wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia albo
      b) pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna zgodnie z częstotliwością opłacania, wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia,

      i kończący się z końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 6 - 10;
   3) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona;
   4) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku, stanowiące załącznik do OWU;
   5) **pakiet dla dziecka** – określony przez ubezpieczyciela i wskazany w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia zakres ochrony ubezpieczeniowej, wybrany przez ubezpieczającego; w ramach pakietów dla dziecka mogą występować warianty pakietów dla dziecka;
   6) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   7) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarte wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
   2) nie później niż 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, od którego umowa dodatkowego ubezpieczenia ma obowiązywać.

   Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę dodatkowego ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta, jeśli dziecko w dniu doręczenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia do ubezpieczyciela ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 18 lat.
4. Ubezpieczony i współubezpieczony nie mogą wskazać jednocześnie tego samego dziecka.
5. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku możliwe jest wyłącznie w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku.
6. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6 - 10 i 13.
7. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 8 - 10 i 13.
8. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do dnia zakończenia okresu ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku, z zastrzeżeniem ust. 10.
10. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez dziecko 25 lat.

11. Najpóźniej 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie lub obniżenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, a jeżeli umowa dodatkowego ubezpieczenia została zawarta w ramach pakietu dla dziecka, wniosek o zmianę pakietu dla dziecka.
12. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
13. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
    1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 11, lub
    2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 7;

    dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować dziecko na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
14. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w ramach pakietu dla dziecka, rozwiązanie umowy dodatkowej powoduje rozwiązanie całego pakietu dla dziecka. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia albo pakietu dla dziecka nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w pozostałym zakresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt 2) odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5. Pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje umowa dodatkowego ubezpieczenia, a jeżeli umowa dodatkowego ubezpieczenia została zawarta w ramach pakietu dla dziecka – pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje pakiet dla dziecka, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia albo pakietu dla dziecka.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w § 3 ust. 11 OWU, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez dziecko 25 lat lub z dniem śmierci dziecka.
4. W przypadku rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku, umowa dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku również rozwiązuje się.

Składka

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości wskazanej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki zależy od: sumy ubezpieczenia dodatkowego, aktualnego wieku dziecka oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

Świadczenie

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia ustalonego na podstawie sumy ubezpieczenia dodatkowego, które przeznaczane jest na zakup produktów dostępnych w aptekach i przysługuje po pobycie dziecka w szpitalu w wyniku wypadku. Maksymalna kwota wypłaconych świadczeń w roku polisowym określona jest w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wypłata świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest możliwa wyłącznie w przypadku uznania roszczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Zgłoszenie roszczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku jest równoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku.
2. Uprawnionym do świadczenia jest odpowiednio ubezpieczony lub współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego.

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 9

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzone w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia operacji dziecka w wyniku wypadku, zatwierdzonych Uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 30 października 2022 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 OWU § 1 § 3 § 6 § 7 Zał. 1 do OWUD
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 6 - 8 § 7 ust. 4 § 8 § 14 ust. 13 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA OPERACJI DZIECKA W WYNIKU WYPADKU

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia operacji dziecka w wyniku wypadku mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
   1) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego/współubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego/współubezpieczonego (w pełni lub częściowo), wskazane we wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   2) **katalog operacji dziecka** – katalog operacji dziecka Warta stanowiący załącznik nr 1 do niniejszych OWUD;
   3) **operacja** – zabieg chirurgiczny, wykonany w placówce medycznej w warunkach bloku operacyjnego, przez zespół lekarzy/lekarza o specjalności zabiegowej, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu przywrócenia prawidłowych czynności narządu lub układu: usunięcia tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny, wyleczenia lub zmniejszenia objawów urazu, wymieniony w katalogu operacji dziecka Warta;
   4) **operacja wtórna (reoperacja)** – zabieg chirurgiczny związany przyczynowo z operacją, wykonywany podczas tego samego pobytu w placówce medycznej;
   5) **okres ubezpieczenia wynikający z umowy dodatkowego ubezpieczenia** - okres, którego dzień początkowy i czas trwania wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu:
      a) wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia albo
      b) pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna zgodnie z częstotliwością opłacania, wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia,

      i kończący się z końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 5 - 8;
   6) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona;
   7) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia operacji dziecka w wyniku wypadku, stanowiące załącznik do OWU;
   8) **pakiet dla dziecka** – określony przez ubezpieczyciela i wskazany w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia zakres ochrony ubezpieczeniowej, wybrany przez ubezpieczającego; w ramach pakietów dla dziecka mogą występować warianty pakietów dla dziecka;
   9) **placówka medyczna** – miejsce wykonywania operacji, na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, krajów Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej, spełniające kryteria medyczne i prawne dla zachowania odpowiedniego bezpieczeństwa pacjenta; przez placówkę medyczną rozumie się również placówkę chirurgii jednego dnia; placówką medyczną w rozumieniu niniejszej umowy nie jest dom opieki, hospicjum lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
   10) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalania wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   11) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie operacji dziecka w wyniku wypadku;
   12) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia dziecka, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej. Za wypadek nie uważa się zawału serca, udaru mózgu.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
   2) nie później niż 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, od którego umowa dodatkowego ubezpieczenia ma obowiązywać.

   Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę dodatkowego ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta, jeśli dziecko w dniu doręczenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia do ubezpieczyciela ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 18 lat.
4. Ubezpieczony i współubezpieczony nie mogą wskazać jednocześnie tego samego dziecka.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6 - 8 i 11.

6. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7 - 8 i 11.
7. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym dziecko ukończy 25 lat.
9. Najpóźniej 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie lub obniżenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, a jeżeli umowa dodatkowego ubezpieczenia została zawarta w ramach pakietu dla dziecka, wniosek o zmianę pakietu dla dziecka.
10. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
11. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
    1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 9, lub
    2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 6;

    dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować dziecko na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
12. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w ramach pakietu dla dziecka, rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia powoduje rozwiązanie całego pakietu dla dziecka. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia albo pakietu dla dziecka nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w pozostałym zakresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji dziecka w wyniku wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia z tytułu przeprowadzenia operacji dziecka będącej wynikiem wypadku.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji dziecka w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt 2) odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5. Pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje umowa dodatkowego ubezpieczenia, a jeżeli umowa dodatkowego ubezpieczenia została zawarta w ramach pakietu dla dziecka – pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje pakiet dla dziecka, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia albo pakietu dla dziecka.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji dziecka w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w § 3 ust. 11 OWU, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez dziecko 25 lat lub z dniem śmierci dziecka.

Składka

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki zależy od: sumy ubezpieczenia dodatkowego, aktualnego wieku dziecka oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

Świadczenie

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu przeprowadzenia operacji u dziecka polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia.

2. Świadczenie z tytułu operacji przysługuje jeżeli dziecko przebywało w placówce medycznej i zostało poddane operacji, o której mowa § 1 ust. 2 pkt 3) w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, w następstwie doznanych obrażeń fizycznych ciała, zaistniałych po raz pierwszy po dniu rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, w wyniku wypadku, który miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
3. Z tytułu operacji dziecka ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie na podstawie katalogu operacji dziecka zgodnie z podanym poziomem trudności wykonania operacji w skali od 1 (operacje najlżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
4. Za operacje wymienione w katalogu operacji dziecka ubezpieczyciel wypłaca świadczenia w następującej wysokości procentu sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia:
   1) poziom 1 – 10%;
   2) poziom 2 – 25%;
   3) poziom 3 – 50%;
   4) poziom 4 – 75%;
   5) poziom 5 – 100%.
5. Łączna kwota świadczenia w tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w ciągu roku polisowego wynosi maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia.
6. Jeżeli w trakcie jednej operacji został wykonany więcej niż jeden zabieg spełniający definicję operacji, której przyczyną jest ten sam wypadek, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie w wysokości odpowiadającej najcięższej operacji.
7. W przypadku, gdy kolejna operacja miała miejsce w okresie krótszym niż 60 dni od operacji, z tytułu której ubezpieczyciel wypłacił świadczenie, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia kolejnej operacji a ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie z tytułu operacji, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Jeżeli w okresie wskazanym w ust. 7 została wykonana więcej niż jedna operacja, której przyczyną jest ten sam wypadek, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną operację w wysokości odpowiadającej najcięższej operacji.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do świadczenia jest odpowiednio ubezpieczony lub współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować dziecko na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
4. Świadczenie z tytułu operacji dziecka w wyniku wypadku zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, który wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia a operacją dziecka.
5. W razie wypadku ubezpieczony lub odpowiednio współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego jest zobowiązany:
   1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie dziecka opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
   2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską nad dzieckiem;
   3) poddać dziecko na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 8

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia operacji w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem dziecka na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko;
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
   3) czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
   4) poddaniem dziecka eksperymentowi medycznemu;
   5) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
   6) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, sporty walki (z wyłączeniem uprawiania: judo, karate w ramach zajęć szkolnych lub pozaszkolnych przez dziecko, które nie ukończyło 16 roku życia), skoki na gumowej linie;

7) zatruciem dziecka alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem dziecka pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko; uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
9) rozpoznanymi u dziecka chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
11) uszkodzeniami ciała spowodowanymi leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, wykonane przez osoby nie posiadające uprawnień do wykonywania zawodu lekarza;

2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności:
1) za operacje przeprowadzone w celach diagnostycznych lub profilaktycznych;
2) za operacje oraz drobne zabiegi chirurgiczne nie wymagające warunków bloku operacyjnego;
3) za operacje wykonane w warunkach ambulatoryjnych;
4) za wszystkie operacje wtórne przeprowadzone w trakcie tego samego pobytu dziecka w placówce medycznej;
5) za operacje nie wymienione w katalogu operacji dziecka Warta.

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot

Załacznik nr 1 do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia operacji dziecka w wyniku wypadku (OWUD)
KATALOG OPERACJI DZIECKA WARTA

	WYKAZ OPERACJI	Poziom*
A	**Układ nerwowy**	
1	Kraniotomia z usunięciem krwiaka nadtwardówkowego	2
2	Kraniotomia z usunięciem obcego ciała z czaszki	3
3	Kraniotomia z usunięciem krwiaka podtwardówkowego	2
4	Kraniotomia z usunięciem krwiaka śródmózgowego	3
5	Drenaż krwiaka śródmózgowego	3
6	Wycięcie tkanki mózgu	3
7	Pozaczaszkowy drenaż mózgu	3
8	Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego	3
9	Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego ze stabilizacją	4
10	Rekonstrukcja nerwu obwodowego	1
11	Odbarczenie nerwu czaszkowego	3
12	Drenaż przestrzeni podpajęczynówkowej	2
13	Drenaż przestrzeni podtwardówkowej	2
B	**Choroby narządów zmysłów: oko, ucho**	
1	Operacja naprawcza skaleczenia spojówki	1
2	Nacięcie tęczówki	1
3	Wycięcie gałki ocznej	3
4	Zabieg naprawczy wielu struktur oka (pourazowe)	3
5	Operacyjne zaopatrzenie pękniętej gałki ocznej	3
6	Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego	2
7	Operacja naprawcza błony bębenkowej	1
8	Drenaż ucha wewnętrznego	2
9	Operacyjne tamowanie krwotoku z nosa	1
10	Wycięcie nosa	3
C	**Układ oddechowy, jama ustna**	
1	Tracheostomia	1
2	Wycięcie płuca	4
3	Zabieg naprawczy opłucnej	2
4	Częściowe wycięcie języka	1
5	Korekcja deformacji podniebienia	2
6	Rekonstrukcja struktur jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	2
D	**Układ pokarmowy**	
1	Szycie rozerwania przełyku	2
2	Częściowe wycięcie żołądka	3
3	Zatamowanie krwotoku w żołądku lub dwunastnicy	2
4	Szycie rozerwania żołądka	2
5	Szycie rozerwanej dwunastnicy	2
6	Częściowe wycięcie jelita cienkiego	3
7	Szycie rozerwania jelita grubego	2
8	Uwolnienie zrostów otrzewnowych	1
9	Operacja naprawcza otrzewnej	1
10	Szycie rozerwania odbytnicy	2
11	Częściowe wycięcie śledziony	2
12	Całkowite wycięcie śledziony	3
13	Częściowe wycięcie wątroby	3
14	Całkowite wycięcie wątroby	4
15	Przeszczep wątroby	5
16	Szycie przewodu żółciowego	1
E	**Układ moczowy, narządy płciowe**	
1	Częściowe wycięcie nerki	2
2	Całkowite wycięcie nerki	3
3	Obustronne jednoczasowe wycięcie nerek	5
4	Przeszczep nerki	4
5	Zaopatrzenie uszkodzenia urazowego nerki	2
6	Zeszycie rany moczowodu	1
7	Operacja naprawcza ujścia pęcherza moczowego	2

	WYKAZ OPERACJI	Poziom*
8	Operacja naprawcza cewki moczowej	1
9	Replantacja prącia	2
10	Operacja naprawcza prącia	1
11	Operacja naprawcza pochwy	2
12	Szycie rozdarcia macicy	1
F	**Skóra**	
1	Przeszczep wolny skóry	1
2	Przeszczep płata skóry owłosionej	1
3	Przeszczep innej niż własna tkanki do skóry	1
4	Uszypułowany lub płatowy przeszczep skóry	1
5	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	1
6	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórnego	1
7	Przeszczep płata skórno-powięziowego	2
8	Przeszczep śluzówki	1
G	**Tkanki miękkie, naczynia krwionośne**	
1	Uwolnienie ścięgna	1
2	Operacja naprawcza przepony	3
3	Szycie rany przepony	2
4	Wycięcie ścięgna	1
5	Operacja kaletki	1
6	Wycięcie powięzi	1
7	Wycięcie mięśnia	1
8	Uwolnienie przykurczu mięśnia	1
9	Operacja naprawcza ścięgna	1
10	Operacja naprawcza mięśnia	1
11	Przeszczepienie mięśnia	2
12	Uwolnienie mięśnia	1
13	Wycięcie pochewki ścięgna	1
14	Operacja naprawcza dotycząca powięzi	1
15	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	2
16	Rekonstrukcja tętnic brzusznych	2
17	Operacja naprawcza aorty	3
18	Szycie tętnicy	2
H	**Kości i stawy szkieletu i kręgosłupa**	
1	Podniesienie złamanego fragmentu czaszki	3
2	Uzupełnienie ubytku kości czaszki	2
3	Otwarte nastawienie złamania kości nosa	1
4	Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej	2
5	Otwarte nastawienie złamania szczęki	2
6	Otwarte nastawienie złamania żuchwy	2
7	Otwarte nastawienie kości twarzy	2
8	Otwarte nastawienie złamania oczodołu	2
9	Przeszczep kości twarzy	2
10	Otwarte nastawienie zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego	2
11	Częściowe wycięcie żuchwy	2
12	Całkowite wycięcie żuchwy	3
13	Operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	3
14	Operacja złamania kręgu	2
15	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	1
16	Otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	2
17	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości	2
18	Otwarte nastawienie zwichnięcia	2
19	Wycięcie łąkotki kolana	2
20	Operacja stabilizująca więzadła stawu kolanowego	2
21	Operacja stabilizująca rzepkę stawu kolanowego	2
22	Operacja stabilizująca staw barkowy	2
23	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny górnej	2
24	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny dolnej	2
25	Całkowita rekonstrukcja kciuka	2
26	Usztywnienie (artrodeza) stawu biodrowego	2

	WYKAZ OPERACJI	Poziom*
27	Usztywnienie (artrodeza) stawu kolanowego	2
28	Usztywnienie (artrodeza) stawu skokowego	2
29	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	1
30	Usztywnienie (artrodeza) stawu barkowego	2
31	Usztywnienie (artrodeza) stawu łokciowego	2
32	Usztywnienie (artrodeza) stawów nadgarstka	2
33	Usztywnienie (artrodeza) stawów kciuka	2
34	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu	1
35	Artroplastyka nadgarstka lub śródręcza	1
36	Artroplastyka śródręczno-paliczkowa i międzypaliczkowa	1
I	**Pozostałe**	
1	Amputacja kciuka	2
2	Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	2
3	Wyłuszczenie nadgarstka	3
4	Amputacja kończyny górnej na wysokości przedramienia	3
5	Wyłuszczenie w stawie łokciowym	3
6	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	3
7	Wyłuszczenie w stawie barkowym	3
8	Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki	4
9	Amputacja palucha	2
10	Amputacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	2
11	Wyłuszczenie w stawie skokowym	3
12	Amputacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	3
13	Amputacja kończyny dolnej na wysokości kolana	3
14	Wyłuszczenie w stawie kolanowym	3
15	Wyłuszczenie w stawie biodrowym	4
16	Amputacja kończyny dolnej z częścią miednicy	4
17	Replantacja kciuka	2
18	Replantacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	3
19	Replantacja kończyny górnej na wysokości ramienia	4
20	Replantacja palucha	2
21	Replantacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	3
22	Replantacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	3
23	Replantacja kończyny dolnej na wysokości uda	4
24	Przeszczep całej twarzy	5

** skala operacji od 1 (operacje najlżejsze) do 5 (operacje najcięższe)*

Niniejszy katalog operacji dziecka Warta został zatwierdzony uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzony w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania dziecka, zatwierdzonych Uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 30 października 2022 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 OWU § 1 § 3 § 6 § 7 Zał. 1 do OWUD
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 4 - 7 § 7 ust. 4 § 8 § 14 ust. 13 OWU Zał. 1 do OWUD

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania dziecka mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
   1) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego/współubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego/współubezpieczonego (w pełni lub częściowo), wskazane we wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   2) **katalog poważnych zachorowań dziecka** – katalog poważnych zachorowań dziecka Warta stanowiący załącznik nr 1 do niniejszych OWUD;
   3) **komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy), powołany przez ubezpieczyciela, wydający opinię w sprawie świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
   4) **okres ubezpieczenia wynikający z umowy dodatkowego ubezpieczenia** - okres, którego dzień początkowy i czas trwania wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu:
      a) wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia albo
      b) pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna zgodnie z częstotliwością opłacania, wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia,

      i kończący się z końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 5 - 8;
   5) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona;
   6) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania dziecka, stanowiące załącznik do OWU;
   7) **pakiet dla dziecka** – określony przez ubezpieczyciela i wskazany w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia zakres ochrony ubezpieczeniowej, wybrany przez ubezpieczającego; w ramach pakietów dla dziecka mogą występować warianty pakietów dla dziecka;
   8) **poważne zachorowanie** – rodzaj poważnego zachorowania wymieniony i zdefiniowany w katalogu poważnych zachorowań dziecka zdiagnozowany lub leczony w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   9) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalania wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   10) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie poważnego zachorowania dziecka;
   11) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym, który może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty;
   12) **wystąpienie poważnego zachorowania** – zdiagnozowanie choroby lub zespołu chorobowego na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wyników badań laboratoryjnych lub histopatologicznych lub obrazowych; choroba musi zostać zdiagnozowana i proces diagnostyczno - leczniczy musi zostać rozpoczęty w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

       Za wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zaistnienie następujących okoliczności w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela:
       a) w przypadku zachorowania: nowotworu (guza) złośliwego, łagodnego nowotworu mózgu, śpiączki, wirusowego zapalenia mózgu z utrwalonymi następstwami, dystrofii mięśniowej, schyłkowej niewydolności wątroby, choroby Kawasaki z utrwalonymi zmianami w tętnicach wieńcowych, nabytej niedokrwistości hemolitycznej, nagminnego porażenia dziecięcego (poliomyelitis), paraliżu nie spowodowanego wypadkiem, tężca, utraty słuchu lub utraty wzroku nie spowodowanej wypadkiem, zakażenia wirusem HIV/AIDS, bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, sepsy o ciężkim przebiegu, neuroboreliozy – postawienie diagnozy opartej na wymienionych wymaganych kryteriach poważnego zachorowania określonych w katalogu poważnych zachorowań dziecka, udokumentowanych adekwatnymi wynikami badań oraz podjęcia koniecznego postępowania terapeutycznego zgodnie z warunkami ubezpieczenia,
       b) w przypadku: operacji serca w krążeniu pozaustrojowym, przeszczepu narządów, operacji mózgu - przeprowadzenie operacji,
       c) w przypadku: niewydolności nerek, cukrzycy typu I, anemii aplastycznej – rozpoczęcie specjalistycznego leczenia po spełnieniu wszystkich wymienionych i wymaganych kryteriach poważnego zachorowania określonych w katalogu poważnych zachorowań dziecka,
       d) w przypadku: ciężkiego oparzenia, paraliżu, utraty kończyn, utraty słuchu, utraty wzroku – zajście wypadku prowadzącego do wymienionych następstw.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
   2) nie później niż 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, od którego umowa dodatkowego ubezpieczenia ma obowiązywać.

   Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę dodatkowego ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta, jeśli dziecko w dniu doręczenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia do ubezpieczyciela ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 18 lat.
4. Ubezpieczony i współubezpieczony nie mogą wskazać jednocześnie tego samego dziecka.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6 - 8 i 11.
6. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7 - 8 i 11.
7. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez dziecko 25 lat.
9. Najpóźniej 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie lub obniżenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, a jeżeli umowa dodatkowego ubezpieczenia została zawarta w ramach pakietu dla dziecka, wniosek o zmianę pakietu dla dziecka.
10. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
11. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
    1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 9, lub
    2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 6;

    dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować dziecko na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
12. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w ramach pakietu dla dziecka, rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia powoduje rozwiązanie całego pakietu dla dziecka. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia albo rozwiązanie pakietu dla dziecka nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w pozostałym zakresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie poważnego zachorowania dziecka.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u dziecka polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2 - 3.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania określonego w § 18 - 20 katalogu poważnych zachorowań dziecka, powstałego w wyniku wypadku, rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia i nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W sytuacji zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o której mowa w § 2 ust. 2 pkt 2) odpowiedzialność ubezpieczyciela w przypadku wskazanym:
   1) w ust. 1 rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5;

2) w ust. 2 rozpoczyna się, od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.

Pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje umowa dodatkowego ubezpieczenia, a jeżeli umowa dodatkowego ubezpieczenia została zawarta w ramach pakietu dla dziecka – pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje pakiet dla dziecka, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia albo pakietu dla dziecka.

4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u dziecka wygasa:
   a) na zasadach określonych w § 3 ust. 11 OWU,
   b) z dniem wypłaty łącznej kwoty świadczenia wskazanej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia,

   nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez dziecko 25 lat lub z dniem śmierci dziecka.

Składka

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki zależy od: sumy ubezpieczenia dodatkowego, aktualnego wieku dziecka oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą sama częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

Świadczenie

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia w przypadku wystąpienia poważnego zachorowania u dziecka.
2. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 2 ust. 9 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia dla wyższej sumy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka w podwyższonej wysokości zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia. Pierwszy dzień okresu, od którego obowiązuje podwyższona suma ubezpieczenia, o której mowa powyżej, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zmianę sumy ubezpieczenia dodatkowego, a jeżeli umowa dodatkowego ubezpieczenia została zawarta w ramach pakietu dla dziecka, potwierdzającym zmianę pakietu dla dziecka.
3. Świadczenie z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania równe jest sumie ubezpieczenia dodatkowego, z tym że łączna wypłata z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia nie może przekroczyć kwoty ustalonej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4 - 6. Łączną kwotę wypłaty z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
4. W przypadku wystąpienia u dziecka, w trakcie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań tego samego rodzaju, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia pierwszego z nich, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W przypadku wystąpienia u dziecka w trakcie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia, poważnego zachorowania, tego samego rodzaju, spowodowanego różnymi wypadkami, które wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, ust. 4 nie ma zastosowania.
6. W przypadku wystąpienia u dziecka, w trakcie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań należących do różnych rodzajów, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za te poważne zachorowania, które pozostają w związku przyczynowo - skutkowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogenetycznym, co poważne zachorowanie, za które ubezpieczyciel wypłacił świadczenie.
7. W przypadku wystąpienia u dziecka co najmniej dwóch nowotworów złośliwych o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u dziecka.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do świadczenia jest odpowiednio ubezpieczony lub współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować dziecko na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.

4. Świadczenie z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania, którego przyczyną był wypadek zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, który wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia a poważnym zachorowaniem.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 8

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko;
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
   3) czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
   4) poddaniem dziecka leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
   5) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
   6) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie;
   7) zatruciem dziecka alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem dziecka pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
   8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
   9) rozpoznanymi u dziecka chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
   10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
   11) chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV z wyłączeniem poważnego zachorowania Zakażenie Wirusem HIV/ Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi).

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot

Załącznik nr 1 do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania dziecka (OWUD)
KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ DZIECKA WARTA

§ 1
Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:
1) nowotwór (guz) złośliwy
2) niewydolność nerek
3) łagodny nowotwór mózgu
4) śpiączka
5) wirusowe zapalenia mózgu z utrwalonymi następstwami
6) dystrofia mięśniowa
7) cukrzyca typu I
8) schyłkowa niewydolność wątroby
9) ciężkie oparzenia
10) operacja serca w krążeniu pozaustrojowym
11) anemia aplastyczna
12) choroba Kawasaki z utrwalonymi zmianami w tętnicach wieńcowych
13) nabyta niedokrwistość hemolityczna
14) nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis)
15) paraliż
16) tężec
17) utrata kończyn
18) utrata słuchu
19) utrata wzroku
20) zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi)
21) bakteryjne zapalenie opon mózgowo rdzeniowych
22) neuroborelioza
23) przeszczep narządów
24) sepsa o ciężkim przebiegu
25) operacja mózgu

Nowotwór (guz) złośliwy

§ 2
Za nowotwór (guz) złośliwy uważa się taki nowotwór złośliwy inwazyjny, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek.
Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.
Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.
Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
1) rak nieinwazyjny, rak przedinwazyjny carcinoma in situ, dysplazja, rak granicznej złośliwości, rak niskiej potencjalnej złośliwości oraz wszelkie zmiany przedrakowe;
2) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0, T1c N0M0) lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji;
3) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM;
4) rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0);
5) przewlekłe białaczki limfatyczne w stadium niższym niż 3 według klasyfikacji Rai;
6) wczesne stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM;
7) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

Za datę rozpoznania nowotworu uznaje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego, które wykazało obecność nowotworu.
Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie nowotworu (guza) złośliwego wymaga spełnienia wszystkich poniższych trzech kryteriów:
1) pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
2) posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
3) rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności.

Niewydolność nerek

§ 3
Za niewydolność nerek uważa się schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek. Wymagane jest udokumentowanie rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii (z podaniem daty przeprowadzenia pierwszej dializy) lub przeszczepu nerki lub udokumentowanie wpisania na listę biorców.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: ostra odwracalna niewydolność nerek, przy której konieczna jest czasowa dializa oraz niewydolność jednej nerki.

Łagodny nowotwór mózgu

§ 4

Za łagodny nowotwór mózgu uważa się wewnątrzczaszkowy, niezłośliwy nowotwór mózgu i opon mózgu, lub nerwów czaszkowych, wymagający usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny rozpoznany na podstawie wyników badań neuroobrazowych lub badań immunologicznych lub histopatologicznych. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: guzy przysadki i szyszynki, torbiele, ziarniniaki, malformacje naczyniowe.

Śpiączka

§ 5

Za śpiączkę uważa się stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie 90 dni od przebycia epizodu śpiączki. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej oraz śpiączki wynikającej ze spożycia alkoholu i innych substancji odurzających.

Wirusowe zapalenie mózgu z utrwalonymi następstwami

§ 6

Za wirusowe zapalenie mózgu uważa się wirusowe zapalenie mózgu, w wyniku którego dochodzi do znacznego i trwałego deficytu neurologicznego trwającego co najmniej 6 miesięcy. Diagnoza musi być potwierdzona przez specjalistę neurologa.

Dystrofia mięśniowa

§ 7

Za dystrofię mięśniową uważa się postępujący dziecięcy rdzeniowy zanik mięśni zdiagnozowany i potwierdzony przez specjalistę neurologa i biopsję mięśni.

Cukrzyca typu i

§ 8

Za cukrzycę typu I uważa się cukrzycę insulinozależną wymagającą stałego i regularnego podawania insuliny. Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest:

1) podawanie insuliny potwierdzone przez specjalistę diabetologa,
2) potwierdzenie diagnozy przez specjalistę diabetologa.

Schyłkowa niewydolność wątroby

§ 9

Za schyłkową niewydolność wątroby uważa się schyłkową postać choroby (marskości) wątroby powodującą co najmniej jeden z poniższych objawów:

1) wodobrzusze niepoddające się leczeniu;
2) trwała żółtaczka;
3) żylaki przełyku;
4) encefalopatia wrotna.

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób wątroby powstałych w skutek nadużywania alkoholu, leków itp. środków.

Ciężkie oparzenia

§10

Za ciężkie oparzenia uważa się oparzenie powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela czynnikami fizycznymi lub chemicznymi wymagające hospitalizacji i obejmujące:

1) powyżej 40 % powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie lub
2) co najmniej 20% powierzchni ciała - dla oparzeń III stopnia.

Operacja serca w krążeniu pozaustrjowym

§11

Za operację serca w krążeniu pozaustrojowym uważa się przebycie przez dziecko ubezpieczonego pierwszorazowej operacji na otwartym sercu z użyciem krążenia pozaustrojowego.

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są wszystkie zabiegi nie wymagające otwarcia klatki piersiowej i zastosowania sztucznego płuco-serca oraz operacje przeprowadzone z powodu wad serca, których rozpoznanie postawiono przed

ubezpieczeniem. Fakt przebycia operacji musi być potwierdzony dokumentacją medyczną z oddziału kardiochirurgii, który przeprowadził leczenie.

Anemia aplastyczna

§12

Za anemię aplastyczną uważa się przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej dwóch z niżej wymienionych sposobów:

1) przetaczanie preparatów krwiopochodnych;
2) podawanie preparatów stymulujących szpik;
3) podawanie preparatów immunosupresyjnych;
4) przeszczepienie szpiku kostnego.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii w oparciu o wynik biopsji szpiku kostnego. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: wady wrodzone oraz przypadki anemii aplastycznej w wyniku leczenia farmakologicznego, chemioterapii lub radioterapii.

Choroba kawasaki z utrwalonymi zmianami w tętnicach wieńcowych

§13

Za chorobę Kawasaki z następowym wytworzeniem się tętniaków tętnic wieńcowych uważa się przebycie potwierdzonej dokumentacją szpitalną ostrej fazy choroby przebiegającej z gorączką powyżej 39 st. Celsjusza o niewyjaśnionej przyczynie trwającej co najmniej 5 dni i towarzyszącymi co najmniej czterema z pięciu niżej wymienionych objawów:

1) zmiany dotyczące kończyn: w fazie ostrej: rumień, obrzęki dłoni, stóp; w fazie podostrej: około paznokciowe złuszczanie skóry palców dłoni i stóp (2-3 tydzień choroby);
2) różnokształtna wysypka;
3) obustronne zapalenie spojówek, bez wysięku;
4) zmiany dotyczące warg i jamy ustnej: rumień, pękanie warg, język malinowy, rozlane nastrzyknięcie śluzówek jamy ustnej i nosowo-gardłowej;
5) limfadenopatia dotycząca szyi, zazwyczaj jednostronna: co najmniej jeden (1) węzeł chłonny o średnicy większej niż 1,5 cm.

Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę kardiologa w oparciu o udokumentowane w badaniach obrazowych (np. Echo serca, angio-CT, NMR) obecności tętniaków tętnic wieńcowych po upływie 6 miesięcy od przebycia ostrego epizodu choroby.

Nabyta niedokrwistość hemolityczna

§14

Za nabytą niedokrwistość hemolityczną uważa się, stan chorobowy charakteryzujący się skróceniem czasu przeżycia krwinek czerwonych, w przebiegu którego dochodzi do zmniejszenia stężenia hemoglobiny do poziomu poniżej 9g/dl przez okres co najmniej 3 miesięcy.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje niedokrwistości hemolitycznej, jeżeli:

1) została wywołana stosowaniem niesterydowych leków przeciwzapalnych, antybiotyków lub leków przeciwmalarycznych; lub
2) jest spowodowana działaniem substancji toksycznych; lub
3) jest chorobą wrodzoną; lub
4) jest nocną napadową hemoglobinurią.

Nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis)

§15

Za nagminne porażenie dziecięcego (poliomyelitis) uważa się tylko takie porażenie, które oznacza ciężkie zakażenie wywołane wirusem polio, powodujące trwały uszczerbek na zdrowiu i które musi łącznie:

1) zostać jednoznacznie rozpoznane (zdiagnozowane) przez neurologa i mieć udokumentowanie w wynikach badań płynu mózgowo-rdzeniowego i surowicy krwi;
2) prowadzić do trwałego porażenia przynajmniej jednej kończyny lub do zaburzenia połykania oraz osłabienia mięśni oddechowych w tym samym czasie, przez co najmniej 3 miesiące po rozpoznaniu choroby.

Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest udokumentowanie przebycia szczepień profilaktycznych przeciwko wirusowi polio.

Paraliż

§16

Za paraliż uważa się całkowitą i trwałą utratę funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowaną urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu rozpoznaną przez neurologa. Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia.

Tężec

§17
Za tężec uważa się tylko taką chorobę zakaźną, która jest spowodowana neurotoksynami (tetanospazminy) wytwarzanymi przez laseczki tężca. Charakteryzuje się wzmożonym napięciem mięśni szkieletowych w następstwie działania tetanospazminy na układ nerwowy. Odpowiedzialnością są objęte tylko pełnoobjawowe przypadki wymagające intensywnej terapii w warunkach szpitalnych.
Jednoznaczne rozpoznanie musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie.

Utrata kończyn

§18
Za utratę kończyn uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę dwóch lub więcej kończyn spowodowaną wypadkiem.. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczasową utratę obu rąk w obrębie nadgarstka albo powyżej (lub obu stop w obrębie stawów skokowych lub powyżej oraz utratę jednej ręki w obrębie nadgarstka lub powyżej nadgarstka oraz jednej stopy w obrębie stawów skokowych lub powyżej stawów.

Utrata słuchu

§19
Za utratę słuchu uważa się całkowitą i nieodwracalną obuuszną utratę słuchu spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

Utrata wzroku

§20
Za utratę wzroku uważa się całkowitą i nieodwracalną obuoczną utratę wzroku spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

Zakażenie hiv/human immunodeficiency virus Lub rozpoznanie aids/nabyty zespół niedoboru odporności w wyniku transfuzji krwi

§21
Za zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi) uważa się zakażenie potwierdzone dokumentacją, dotyczące przetoczenia zakażonej krwi lub preparatów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.

Bakteryjne zapalenie opon mózgowo- rdzeniowych

§22
Za bakteryjne zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych uważa się zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych o etiologii bakteryjnej powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa po upływie 30 dni od początku choroby. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo - rdzeniowego.

Neuroborelioza

§ 23
Za neuroboreliozę uważa sie krętkowicę przenoszoną przez kleszcze przebiegającą z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórnymi objawiającymi się rumieniem, zapaleniem stawów, zapaleniem mięśnia sercowego oraz różnorodnymi objawami neurologicznymi i skutkującą koniecznością leczenia szpitalnego. Zdiagnozowanie choroby skutkujące hospitalizacją powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego.

Przeszczep narządów

§ 24
Za przeszczepianie narządów uważa się przeszczepienie dziecku jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie dziecka na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
1) serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
2) allogeniczny przeszczep szpiku kostnego przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.

Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.

Sepsa o ciężkim przebiegu

§ 25

Za sepsę uważa się tylko taką sepsę, która oznacza uogólnioną reakcję zapalną organizmu na zakażenie bakteriami, grzybami lub wirusami objawiającą się niewydolnością wielonarządową; przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę.
Odpowiedzialnością nie są objęte przypadki sepsy wtórnej po zabiegach operacyjnych i/lub urazach.
Jednoznaczne rozpoznanie musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie

Operacja mózgu

§ 26

Za operację mózgu uważa się zabieg polegający na interwencji neurochirurgicznej w mózgu lub w pozostałych strukturach wewnątrzczaszkowych.

§ 27

Niniejszy katalog poważnych zachorowań dziecka Warta został zatwierdzony uchwałą nr 174/2022 i wprowadzony w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby, zatwierdzonych Uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 30 października 2022 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 OWU § 1 § 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 4 - 8 § 8 § 14 ust. 13 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POBYTU DZIECKA W SZPITALU W WYNIKU CHOROBY

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
   1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu dziecka, niezależne od jego woli, uzasadniające konieczność zastosowania leczenia specjalistycznego, które zostały po raz pierwszy zdiagnozowane w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia albo wobec których postępowanie diagnostyczno-lecznicze, prowadzące do ich rozpoznania, zostało rozpoczęte w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   2) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego/współubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego/współubezpieczonego (w pełni lub częściowo), wskazane we wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   3) **dzień pobytu w szpitalu w wyniku choroby** – dzień kalendarzowy, w którym dziecko przebywało w szpitalu w wyniku choroby, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia a za ostatni dzień – dzień wypisu ze szpitala;
   4) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia (za OIOM uważa się również OIOK – oddział intensywnej opieki kardiologicznej, OIT – oddział intensywnej terapii oraz OION – oddział intensywnej opieki neurologicznej);
   5) **okres ubezpieczenia wynikający z umowy dodatkowego ubezpieczenia** - okres, którego dzień początkowy i czas trwania wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu:
      a) wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia albo
      b) pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna zgodnie z częstotliwością opłacania, wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia,

      i kończący się z końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 5 - 8;
   6) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona;
   7) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby, stanowiące załącznik do OWU;
   8) **pakiet dla dziecka** – określony przez ubezpieczyciela i wskazany w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia zakres ochrony ubezpieczeniowej, wybrany przez ubezpieczającego; w ramach pakietów dla dziecka mogą występować warianty pakietów dla dziecka;
   9) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – postępowanie medyczne mające na celu zdiagnozowanie lub leczenie choroby, składające się z: badania przedmiotowego, badań obrazowych oraz innych badań dodatkowych;
   10) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   11) **szpital** – działający na terenie Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa państwowy lub niepaństwowy, zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień; za szpital uznaje się także placówkę medyczną udzielającą całodobowej opieki zdrowotnej działającą na terytorium krajów Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej;
   12) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby;
   13) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym, który może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;

2) nie później niż 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, od którego umowa dodatkowego ubezpieczenia ma obowiązywać.

Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę dodatkowego ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia na zmienionych warunkach.

3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta, jeśli dziecko w dniu doręczenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia do ubezpieczyciela ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 18 lat.
4. Ubezpieczony i współubezpieczony nie mogą wskazać jednocześnie tego samego dziecka.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6 - 8 i 11.
6. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7 - 8 i 11.
7. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez dziecko 25 lat.
9. Najpóźniej 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie lub obniżenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, a jeżeli umowa dodatkowego ubezpieczenia została zawarta w ramach pakietu dla dziecka, wniosek o zmianę pakietu dla dziecka.
10. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
11. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
    1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 9, lub
    2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 6;

    dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować dziecko na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
12. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w ramach pakietu dla dziecka, rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia powoduje rozwiązanie całego pakietu dla dziecka. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia, albo rozwiązanie pakietu dla dziecka, nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w pozostałym zakresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby, na zasadach określonych w § 6.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2 - 3.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby na OIOM rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W sytuacji zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o której mowa w § 2 ust. 2 pkt 2) odpowiedzialność ubezpieczyciela w przypadku wskazanym:
    1) w ust.1 rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka, zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5;
    2) w ust. 2 rozpoczyna się, od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.

    Pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje umowa dodatkowego ubezpieczenia, a jeżeli umowa dodatkowego ubezpieczenia została zawarta w ramach pakietu dla dziecka – pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje pakiet dla dziecka, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia albo pakietu dla dziecka.

4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby wygasa na zasadach określonych w § 3 ust. 11 OWU, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez dziecko 25 lat lub z dniem śmierci dziecka.

Składka

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki zależy od: sumy ubezpieczenia dodatkowego, aktualnego wieku dziecka oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

Świadczenie

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku choroby w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że odpowiedzialność ubezpieczyciela obejmuje pobyty w szpitalu rozpoczynające się po upływie 90 dni, liczonych od daty początku okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3 - 6. W przypadku pierwszych 90 dni od daty początku okresu ubezpieczenia odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia za pobyt w szpitalu w wyniku choroby na OIOM, z zastrzeżeniem § 4 ust. 3.
2. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 2 ust. 9 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia dla wyższej sumy ubezpieczenia dodatkowego dotyczy pobytów w szpitalu rozpoczynających się po upływie 90 dni, liczonych od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka w podwyższonej wysokości zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia. Pierwszy dzień okresu, od którego obowiązuje podwyższona suma ubezpieczenia, o której mowa powyżej, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zmianę sumy ubezpieczenia dodatkowego, a jeżeli umowa dodatkowego ubezpieczenia została zawarta w ramach pakietu dla dziecka, potwierdzającym zmianę pakietu dla dziecka.
3. Łączna kwota świadczenia w tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w ciągu roku polisowego wynosi maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na pierwszy dzień pobytu w szpitalu w wyniku choroby.
4. Świadczenie za każdy dzień pobytu (dzienne świadczenie szpitalne) dziecka w szpitalu w wyniku choroby przysługuje w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, pod warunkiem że nieprzerwany pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania umowy dodatkowego ubezpieczenia trwał dłużej niż 4 dni, z zastrzeżeniem ust. 6.
5. Jeżeli pobyt dziecka w szpitalu rozpoczął się w okresie udzielania ochrony a zakończył się po zakończeniu ochrony ubezpieczeniowej, wówczas dzienne świadczenie szpitalne przysługuje za każdy dzień pobytu przypadający na czas udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie dłużej niż 4 dni.
6. Począwszy od 15 dnia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby, dzienne świadczenie szpitalne wynosi 50% dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby, określonego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego do ubezpieczyciela, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do świadczenia jest odpowiednio ubezpieczony lub współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku pobytu w szpitalu w związku z:

1) samookaleczeniem lub okaleczeniem dziecka na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko;
2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
3) czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
4) poddaniem dziecka leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;

5) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
6) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie;
7) zatruciem dziecka alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem dziecka pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko; uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
9) rozpoznanymi u dziecka chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
11) chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV;
12) schorzeniami, uszkodzeniami ciała stwierdzonymi lub leczonymi w okresie 5 lat przed zawarciem umowy dodatkowego ubezpieczenia;
13) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku;
14) pozostawaniem dziecka w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym;
15) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem;
16) procedurami typowo diagnostycznymi przy braku jakichkolwiek objawów chorobowych oraz wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, laboratoryjnych i obrazowych, badań profilaktycznych.

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku choroby, zatwierdzonych Uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 30 października 2022 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 OWU § 1 § 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 § 14 ust. 13 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA LEKOWEGO ZWIĄZANEGO Z POBYTEM DZIECKA W SZPITALU W WYNIKU CHOROBY

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku choroby mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
   1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu dziecka, niezależne od jego woli, uzasadniające konieczność zastosowania leczenia specjalistycznego, które zostały po raz pierwszy zdiagnozowane w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia albo wobec których postępowanie diagnostyczno-lecznicze, prowadzące do ich rozpoznania, zostało rozpoczęte w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   2) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego/współubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego/współubezpieczonego (w pełni lub częściowo), wskazane we wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   3) **okres ubezpieczenia wynikający z umowy dodatkowego ubezpieczenia** - okres, którego dzień początkowy i czas trwania wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu:
      a) wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia albo
      b) pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna zgodnie z częstotliwością opłacania, wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia,

      i kończący się z końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 6 -10;
   4) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona;
   5) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku choroby, stanowiące załącznik do OWU;
   6) **pakiet dla dziecka** – określony przez ubezpieczyciela i wskazany w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia zakres ochrony ubezpieczeniowej, wybrany przez ubezpieczającego; w ramach pakietów dla dziecka mogą występować warianty pakietów dla dziecka;
   7) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – postępowanie medyczne mające na celu zdiagnozowanie lub leczenie choroby, składające się z: badania przedmiotowego, badań obrazowych oraz innych badań dodatkowych;
   8) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   9) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku choroby.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarte wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
   2) nie później niż 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, od którego umowa dodatkowego ubezpieczenia ma obowiązywać.

   Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę dodatkowego ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta, jeśli dziecko w dniu doręczenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia do ubezpieczyciela ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 18 lat.
4. Ubezpieczony i współubezpieczony nie mogą wskazać jednocześnie tego samego dziecka.
5. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku choroby możliwe jest wyłącznie w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby.
6. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7 - 10 i 13.
7. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 8 - 10 i 13.
8. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 9.

9. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do dnia zakończenia okresu ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby.
10. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez dziecko 25 lat.
11. Najpóźniej 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie lub obniżenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, a jeżeli umowa dodatkowego ubezpieczenia została zawarta w ramach pakietu dla dziecka, wniosek o zmianę pakietu dla dziecka.
12. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
13. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
    1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 11, lub
    2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 7;

    dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować dziecko na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
14. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w ramach pakietu dla dziecka, rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia powoduje rozwiązanie całego pakietu dla dziecka. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia albo rozwiązanie pakietu dla dziecka nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w pozostałym zakresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku choroby.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku choroby rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt 2) odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5. Pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje umowa dodatkowego ubezpieczenia, a jeżeli umowa dodatkowego ubezpieczenia została zawarta w ramach pakietu dla dziecka – pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje pakiet dla dziecka, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia albo pakietu dla dziecka.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku choroby wygasa na zasadach określonych w § 3 ust. 11 OWU, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez dziecko 25 lat lub z dniem śmierci dziecka, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W przypadku rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby, umowa dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku choroby również rozwiązuje się.

Składka

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości wskazanej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki zależy od: sumy ubezpieczenia dodatkowego, aktualnego wieku dziecka oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

Świadczenie

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia ustalonego na podstawie sumy ubezpieczenia dodatkowego, które przeznaczane jest na zakup produktów dostępnych w aptekach i przysługuje po pobycie dziecka w szpitalu w wyniku choroby. Maksymalna kwota wypłaconych świadczeń w roku polisowym określona jest w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.

2. Wypłata świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest możliwa wyłącznie w przypadku uznania roszczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Zgłoszenie roszczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby jest równoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku choroby.
2. Uprawnionym do świadczenia jest odpowiednio ubezpieczony lub współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego.

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 9

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia specjalistycznego dziecka, zatwierdzonych Uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 30 października 2022 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 OWU § 1 § 3 § 6 § 7 Zał. 1 do OWUD
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 3 - 6 § 8 § 14 ust. 13 OWU Zał. 1 do OWUD

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO DZIECKA

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia specjalistycznego dziecka mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
   1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu dziecka, niezależne od jego woli, uzasadniające konieczność zastosowania leczenia specjalistycznego, które zostały po raz pierwszy zdiagnozowane w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia albo wobec których postępowanie diagnostyczno-lecznicze, prowadzące do ich rozpoznania, zostało rozpoczęte w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   2) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego/współubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego/współubezpieczonego (w pełni lub częściowo) wskazane we wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   3) **dzień zajścia zdarzenia** – dzień:
      a) podania pierwszej dawki leku w przypadku zastosowanej po raz pierwszy w życiu u dziecka chemioterapii, terapii interferonowej, inhalacji, insulinoterapii – jeśli nastąpiło w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
      b) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego w przypadku zastosowanej po raz pierwszy w życiu u dziecka radioterapii – jeśli nastąpiło w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
      c) pierwszej dializy w przypadku zastosowanej po raz pierwszy w życiu u dziecka dializoterapii – jeśli nastąpiła w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela
      d) zastosowania po raz pierwszy w życiu u dziecka wczepienia pompy Baclofenowej, implantu ślimakowego, lub zabiegu wertebroplastyki - jeśli nastąpiło w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela;
   4) **katalog metod leczenia specjalistycznego dziecka** – katalog metod leczenia specjalistycznego dziecka Warta, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszych OWUD;
   5) **leczenie specjalistyczne** – jedna z metod leczenia wymienionych i zdefiniowanych w katalogu metod leczenia specjalistycznego dziecka zastosowanych w stosunku do dziecka po raz pierwszy w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   6) **okres ubezpieczenia wynikający z umowy dodatkowego ubezpieczenia** - okres, którego dzień początkowy i czas trwania wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu:
      a) wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia albo
      b) pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna zgodnie z częstotliwością opłacania, wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia,

      i kończący się z końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 5 - 8;
   7) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona;
   8) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia specjalistycznego dziecka, stanowiące załącznik do OWU;
   9) **pakiet dla dziecka** – określony przez ubezpieczyciela i wskazany w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia zakres ochrony ubezpieczeniowej, wybrany przez ubezpieczającego; w ramach pakietów dla dziecka mogą występować warianty pakietów dla dziecka;
   10) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – postępowanie medyczne mające na celu zdiagnozowanie lub leczenie choroby, składające się z: badania przedmiotowego, badań obrazowych oraz innych badań dodatkowych;
   11) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   12) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie leczenia specjalistycznego dziecka.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
   2) nie później niż 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, od którego umowa dodatkowego ubezpieczenia ma obowiązywać.

   Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez

ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę dodatkowego ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta, jeśli dziecko w dniu doręczenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia do ubezpieczyciela ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 18 lat.
4. Ubezpieczony i współubezpieczony nie mogą wskazać jednocześnie tego samego dziecka.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6 - 8 i 11.
6. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7 - 8 i 11.
7. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłużej niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez dziecko 25 lat.
9. Najpóźniej 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie lub obniżenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, a jeżeli umowa dodatkowego ubezpieczenia została zawarta w ramach pakietu dla dziecka, wniosek o zmianę pakietu dla dziecka.
10. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
11. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
    1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz 9 lub;
    2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 6;

    dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować dziecko na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
12. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w ramach pakietu dla dziecka, rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia powoduje rozwiązanie całego pakietu dla dziecka. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia albo pakietu dla dziecka, nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w pozostałym zakresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie leczenia specjalistycznego dziecka.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt 2) odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5. Pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje umowa dodatkowego ubezpieczenia, a jeżeli umowa dodatkowego ubezpieczenia została zawarta w ramach pakietu dla dziecka – pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje pakiet dla dziecka, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia albo pakietu dla dziecka.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka wygasa na zasadach określonych w § 3 ust. 11 OWU, nie później jednak niż w pierwszą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez dziecko 25 lat lub z dniem śmierci dziecka.

Składka

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki zależy od: sumy ubezpieczenia dodatkowego, aktualnego wieku dziecka oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.

4. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

Świadczenie

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka, przeprowadzonego w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia na skutek choroby, która została zdiagnozowana lub wypadku, który miał miejsce, w czasie trwania odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości ustalonej jako procent sumy ubezpieczenia dodatkowego, na podstawie katalogu metod leczenia specjalistycznego dziecka.
3. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 2 ust. 9 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia dla wyższej sumy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku leczenia specjalistycznego dziecka na skutek choroby rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka w podwyższonej wysokości zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia. Pierwszy dzień okresu, od którego obowiązuje podwyższona suma ubezpieczenia, o której mowa powyżej, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zmianę sumy ubezpieczenia dodatkowego, a jeżeli umowa dodatkowego ubezpieczenia została zawarta w ramach pakietu dla dziecka, potwierdzającym zmianę pakietu dla dziecka. W okresie 90 dni, o których mowa w zdaniu poprzednim dla leczenia specjalistycznego dziecka na skutek choroby, obowiązuje suma ubezpieczenia dodatkowego sprzed podwyższenia, natomiast dla leczenia specjalistycznego dziecka będącego wynikiem wypadku obowiązuje wyższa suma ubezpieczenia dodatkowego.
4. W przypadku wystąpienia u dziecka w trakcie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia więcej niż jednego leczenia specjalistycznego przy użyciu tej samej metody leczenia specjalistycznego, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu danej metody leczenia specjalistycznego zastosowanej u dziecka.
5. W przypadku gdy kolejne leczenie specjalistyczne pozostaje w związku przyczynowo - skutkowym lub wystąpiło w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika co leczenie specjalistyczne, z tytułu którego ubezpieczyciel wypłacił świadczenie, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia tego kolejnego leczenia specjalistycznego.
6. W przypadku radioterapii, chemioterapii ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do świadczenia jest odpowiednio ubezpieczony lub współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego.

Wyłaczenia odpwiedzialności

§ 8

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia leczenia specjalistycznego w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko;
   2) poddaniem dziecka eksperymentowi medycznemu;
   3) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
   4) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowym lub motocyklowymi, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie;
   5) zatruciem dziecka alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem dziecka pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
   6) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
   7) rozpoznanymi u dziecka chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
   8) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
   9) chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV.

§ 9

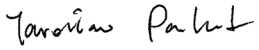
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzone w życie z dniem 30 października 2022 r.



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Załącznik nr 1 do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia specjalistycznego dziecka (OWUD)
KATALOG METOD LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO DZIECKA WARTA

§ 1
Niniejszy katalog określa następujące metody leczenia specjalistycznego dziecka:
1) chemioterapia lub radioterapia (100%)
2) terapia interferonowa (100%)
3) dializoterapia (100%)
4) insulinoterapia (100%)
5) inhalacje w leczeniu mukowiscydozy(100%)
6) wertebroplastyka przy leczeniu naczyniaka kręgosłupa (50%)
7) wszczepienie pompy Baclofenowej (25%)
8) wszczepienie implantu ślimakowego (50%)

w nawiasach podano wysokość świadczenia w procencie sumy ubezpieczenia dodatkowego.

Chemioterapia

§ 2
Za chemioterapię uważa się metodę ogólnoustrojowego (leczenie systemowe) leczenia choroby nowotworowej lekami przeciwnowotworowymi, należącymi do grupy L01 klasyfikacji ATC, droga podania i rodzaj leku muszą być zastosowane według aktualnie obowiązujących schematów leczenia chorób nowotworowych. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje przypadków leczenia hormonalnego nawet ze wskazań onkologicznych. Z ochrony z tytułu chemioterapii onkologicznej wykluczone są wszystkie formy immunoterapii nowotworów.

Radioterapia

§ 3
Za radioterapię uważa się metodę stosowaną w onkologii polegającą na zastosowaniu promieniowania jonizującego w celu leczenia chorób nowotworowych.

Terapia interferonowa

§ 4
Za terapię interferonową uważa się metodę leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C polegającą na zastosowaniu interferonu podawanego drogą pozajelitową.

Dializoterapia

§ 5
Za dializoterapię uważa się metodę leczenia ostrej i krańcowej przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej.

Insulinoterapia

§ 6
Za insulinoterapię uważa się podanie chorym na cukrzycę insulinozależną insuliny przez okres co najmniej 6 miesięcy.

Inhalacje w leczeniu mukowiscydozy

§ 7
Za inhalacje w leczeniu mukowiscydozy uważa się zabieg leczniczy polegający na wdychaniu roztworu antybiotyków, leków mukolitycznych rozszerzających oskrzela glikortykosteroidów oraz enzymów trzustkowych przy użyciu specjalistycznego nebulizatora lub inhalatora (podawanie leków w postaci aerozolu w leczeniu mukowiscydozy).

Wertebroplastyka

§ 8
Za wertebroplastykę uważa się zabieg polegający na wstrzyknięciu do zmienionego chorobowo trzonu kręgu cementu kostnego w celu leczenia naczyniaka kręgosłupa.

Wszczepienie pompy baclofenowej

§ 9
Za wszczepienie pompy baclofenowej uważa się operację wszczepienia pompy pod skórę brzucha z wszczepieniem elastycznego cewnika biegnącego pod skórą do kanału kręgowego. Za pośrednictwem cewnika pompa kontroluje dozowanie leku, który hamuje objawy spastyczne po udarze mózgu, po uszkodzeniu rdzenia kręgowego.

Wszczepienie implantu ślimakowego

§ 10

Za wszczepienie implantu ślimakowego uważa się operację związana z umieszczeniem w ślimaku elektrody stymulacyjnej implantu oraz umocowanie procesora wewnętrznego w loży kostnej na powierzchni czaszki, w następstwie idiopatycznego pogorszenia słuchu.

§ 11

Niniejszy katalog metod leczenia specjalistycznego dziecka Warta został zatwierdzony uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzony w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia dziecka za granicą, zatwierdzonych Uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 30 października 2022, roku sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 OWU § 1 § 3 § 6 - § 9 § 10 Zał. 1 do OWUD
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 - § 9 § 11 § 14 ust. 13 OWU Zał. 1 do OWUD

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA LECZENIA DZIECKA ZA GRANICĄ

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia dziecka za granicą mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
   1) **certyfikat leczenia za granicą** – dokument wydany przez Further w imieniu ubezpieczyciela na organizację i pokrycie kosztów leczenia za granicą oraz innych świadczeń i usług, które są objęte ochroną ubezpieczeniową. Certyfikat jest ważny 3 miesiące od daty wystawienia;
   2) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
   3) **dawca** – żywa osoba, od której pobierane są komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu dla dziecka;
   4) **Druga opinia medyczna** – pisemna opinia lekarza konsultanta, wydawana na wniosek ubezpieczonego, która oparta jest na analizie dokumentacji medycznej dotyczącej zdrowia dziecka, w zakresie poprawności ustalonej przez lekarza prowadzącego diagnozy poważnego stanu chorobowego, podjętego leczenia oraz rokowania co do możliwości wyleczenia, zawierająca propozycję planu leczenia;
   5) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego/współubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego/współubezpieczonego (w pełni lub częściowo), wskazane we wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   6) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym dziecko przebywało w szpitalu, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze szpitala;
   7) **dzień wystąpienia poważnego stanu chorobowego:**
      a) w odniesieniu do pierwszego modułu ochrony - dzień w okresie odpowiedzialności, w którym według dokumentacji medycznej pobrano materiał do badania histopatologicznego (lub alternatywnie przeprowadzono badanie: lekarskie, obrazowe, laboratoryjne), na podstawie którego zdiagnozowano: nowotwór złośliwy, nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ), ciężką dysplazję nowotworową, lub
      b) w odniesieniu do modułu ochrony od numeru dwa do cztery – dzień w okresie odpowiedzialności, w którym po raz pierwszy lekarz pisemnie zalecił: operację pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), operację zastawki serca, operację mózgu, operację łagodnego guza rdzenia kręgowego, przeszczepienie narządów od żywego dawcy, przeszczepienie szpiku kostnego;
   8) **Further** – Further Underwriting International SLU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii, za pośrednictwem którego ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz realizację usług i świadczeń objętych ochroną ubezpieczeniową, w tym nadzór nad organizacją procesu leczenia dziecka. Ilekroć w niniejszych OWUD jest wskazane, że określone czynności wykonuje Further należy przez to rozumieć, że wykonuje je ubezpieczyciel za pośrednictwem Further;
   9) **infolinia** – infolinia ubezpieczyciela, obsługująca przyjmowanie zgłoszeń, rejestrację wniosków o wypłatę świadczenia, zapytania klientów i korespondencję; numer telefonu infolinii znajduje się na polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia;
   10) **inżynieria tkankowa** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek zmodyfikowanych tak, by mogły być zastosowane do naprawy, regeneracji lub zamiany z tkankami ludzkimi;
   11) **katalog poważnych stanów chorobowych dziecka Warta** – katalog poważnych stanów chorobowych dziecka Warta stanowiący załącznik nr 1 do niniejszych OWUD;
   12) **kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą** – świadczenie obejmujące kontrolę stanu zdrowia dziecka po powrocie do Polski, która została zaplanowana przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą. Kontrola ta obejmuje badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz konsultacje lekarskie z nimi związane, realizowane wyłącznie w rekomendowanych lub zaakceptowanych przez Further placówkach medycznych w Polsce lub placówkach medycznych za granicą. Celem kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą jest ustalenie, czy dziecko może w przyszłości cierpieć na poważny stan chorobowy oraz zapobieganie poważnym stanom chorobowym lub ich nawrotom;
   13) **leczenie alternatywne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt medyczny albo farmaceutyczny, które nie są uważane za część medycyny konwencjonalnej lub za standardowe zabiegi tj.: akupunktura, aromaterapia, medycyna chiropraktyczna, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna;
   14) **leczenie eksperymentalne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt, których skuteczność i bezpieczeństwo nie zostało potwierdzone naukowo i medycznie, lub które są w trakcie badań lub testów, niezależnie od tego, na jakim etapie są te badania lub testy;
   15) **leczenie za granicą** – leczenie poważnego stanu chorobowego dziecka, zorganizowane przez Further w trakcie obowiązującego okresu realizacji świadczeń, które:
      a) odbywa się poza Polską, w placówce medycznej wybranej przez ubezpieczonego spośród placówek rekomendowanych przez Further,
      b) jest konieczne z medycznego punktu widzenia w celu poprawy stanu zdrowia dziecka w związku z wystąpieniem poważnego stanu chorobowego,
      c) jest uznawane za efektywne w poprawie stanu zdrowia dziecka, na podstawie opinii lekarza konsultanta lub Further we współpracy z lekarzem prowadzącym leczenie za granicą, na temat danego poważnego stanu

chorobowego. Leczenie poważnego stanu chorobowego, które uwzględnia aktualną wiedzę medyczną (w szczególności wytyczne organizacji NCCN (National Comprehensive Cancer Network) w zakresie leczenia nowotworu;

16) **lek wydawany na receptę** – substancja lub połączenie substancji, która jest wydawana wyłącznie na receptę i jest dopuszczona do obrotu w danym kraju. Recepta na lek jest ważna także dla odpowiednika tego leku, o tych samych składnikach aktywnych i sile dawkowania;
17) **lekarz** – osoba, która posiada formalnie potwierdzone kwalifikacje do leczenia ludzi, zgodnie z prawem państwa, w którym prowadzi praktykę zawodową i wykonuje zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji;
18) **lekarz konsultant** – lekarz medycyny, praktykujący poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, o specjalności lekarskiej i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danego poważnego stanu chorobowego, który sporządza Drugą opinię medyczną. Kwalifikacje lekarza powinny być potwierdzone zgodnie z prawem obowiązującym w kraju, w którym będzie świadczona usługa leczenia;
19) **moduł ochrony** – jeden z czterech modułów, wskazany w § 3 ust. 3 w Tabeli 1 oraz w Katalogu poważnych stanów chorobowych dziecka Warta, obejmujący swoim zakresem określone rodzaje poważnych stanów chorobowych, objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela;
20) **miejsce zamieszkania** – miejsce stałego pobytu dziecka/dawcy, na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, wskazane przez ubezpieczonego/współubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu;
21) **okres realizacji świadczeń** – trwający w nieprzerwany sposób okres nie dłuższy niż 36 miesięcy, który liczony jest od pierwszego dnia pierwszej podróży rozpoczynającej leczenie za granicą pierwszego z poważnych stanów chorobowych, wymienionych w Katalogu poważnych stanów chorobowych dziecka Warta, w ramach danego modułu ochrony i dotyczy wszystkich poważnych stanów chorobowych z tego modułu, które wystąpiły w tym okresie. Na wszystkie poważne stany chorobowe występujące w ramach danego modułu ochrony przypada wyłącznie jeden, ten sam okres realizacji świadczeń, z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
22) **okres ubezpieczenia wynikający z umowy dodatkowego ubezpieczenia** - okres, którego dzień początkowy i czas trwania wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu:
    a) wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia albo
    b) pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna zgodnie z częstotliwością opłacania, wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia,

    i kończący się z końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 5 – 7;
23) **opieka medyczna za granicą** – świadczenie obejmujące organizację i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego, zakwaterowania podczas leczenia za granicą, kosztów medycznych w trakcie leczenia za granicą, dzienne świadczenie szpitalne, zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę po powrocie z leczenia za granicą, a w przypadku śmierci dziecka lub dawcy organizację i pokrycie kosztów repatriacji zwłok;
24) **osoba towarzysząca** – osoba wskazana przez ubezpieczonego, która towarzyszy dziecku podczas realizacji świadczeń wynikających z umowy dodatkowego ubezpieczenia;
25) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona;
26) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia dziecka za granicą, stanowiące załącznik do OWU;
27) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, działające zgodnie z wymogami prawnymi dla tego typu placówek w państwie, w którym się znajduje, jak również praktyka lekarska prowadzona zgodnie z wymogami prawnymi dla tego typu placówek w państwie, w którym jest prowadzona;
28) **pobyt w szpitalu** – pobyt dziecka w placówce medycznej lub szpitalu za granicą, w trakcie opieki medycznej za granicą, trwający nieprzerwanie dłużej niż:
    a) 1 dzień - w przypadku dziennego świadczenia szpitalnego,
    b) 3 dni - w przypadku zwrotu kosztów medycznych opłaconych po powrocie z leczenia za granicą;
29) **poważny stan chorobowy** – rodzaj poważnego stanu chorobowego wymieniony i zdefiniowany w Katalogu poważnych stanów chorobowych dziecka Warta, w odniesieniu do którego w okresie odpowiedzialności rozpoczęto proces diagnostyczno-leczniczy oraz postawiono diagnozę:
    a) w ramach pierwszego modułu ochrony - nowotworu złośliwego, nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (in situ), ciężkiej dysplazji przednowotworowej, lub
    b) w ramach modułu ochrony od numeru dwa do cztery - choroby lub wystąpił uraz, wymagające przeprowadzenia przeszczepu narządów od żywego dawcy, przeszczepu szpiku kostnego lub operacji pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), operacji zastawki serca, operacji mózgu, operacji łagodnego guza rdzenia kręgowego;
30) **siła wyższa** – zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia, którego skutkom nie można było zapobiec;
31) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowej ubezpieczenia, a także w § 4 ust. 4 w Tabeli 2, stanowiąca górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela, do wysokości której realizowane są wszystkie świadczenia w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz dziecka, bez względu na liczbę występujących rodzajów poważnych stanów chorobowych, z zastrzeżeniem limitów w ramach poszczególnych świadczeń, wskazanych w § 4 ust. 4 w Tabeli 2;
32) **szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z wymogami prawa państwa, w którym się znajduje, odpowiedzialny za leczenie i zapewnienie całodobowej opieki medycznej przez wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia;
33) **terapia genowa** – terapia, która dotyczy genów powodujących efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny i polega na wprowadzeniu do organizmu fragmentów genów (DNA lub RNA) stworzonych

w laboratorium, w celu leczenia różnego rodzaju chorób (w tym chorób genetycznych, nowotworów albo chorób przewlekłych);

34) **terapia komórkami somatycznymi** – terapia, która dotyczy komórek lub tkanek poddanych modyfikacjom w celu zmiany ich charakterystyki biologicznej lub procedury użycia komórek lub tkanek w innej roli, niż ich podstawowa rola biologiczna w organizmie. Procedury te mogą być stosowane do leczenia, diagnostyki lub zapobiegania chorobom;
35) **terapia Limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy – terapia z użyciem limfocytów T z chimerycznymi receptorami antygenowymi)** – rodzaj leczenia, w którym funkcja limfocytów T pacjenta (rodzaj komórek układu odpornościowego) została zmodyfikowana w laboratorium w taki sposób, żeby rozpoznawały i niszczyły komórki nowotworowe. Limfocyty T są pobierane z krwi pacjenta;
36) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – niniejsza umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie leczenia dziecka za granicą;
37) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie u dziecka poważnego stanu chorobowego objętego zakresem ubezpieczenia w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Zawarcie i czas trwania ubezpieczenia dodatkowego

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
   2) nie później niż 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, od którego umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.

   Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę dodatkowego ubezpieczenia albo odmówić zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta, jeśli dziecko ma miejsce zamieszkania w Polsce oraz w dniu doręczenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia do ubezpieczyciela, ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 18 lat.
4. Ubezpieczony i współubezpieczony nie mogą wskazać jednocześnie tego samego dziecka.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 1 rok, z zastrzeżeniem ust. 6 - 7 i 9.
6. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejny rok, z zastrzeżeniem ust. 7 i 9.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez dziecko 25 lat.
8. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
9. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
   1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 lub
   2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 6;

   dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować dziecko na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
10. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w pozostałym zakresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka.
2. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się do realizacji świadczeń określonych w § 6 ust. 1, w przypadku wystąpienia u dziecka w okresie odpowiedzialności:
   1) poważnego stanu chorobowego;
   2) każdego kolejnego poważnego stanu chorobowego z tego samego modułu ochrony w okresie realizacji świadczeń, z zastrzeżeniem § 6 ust. 3.
3. Moduły ochrony i rodzaje poważnych stanów chorobowych objętych odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ramach danego modułu:

Tabela 1 Moduły ochrony i rodzaje poważnych stanów chorobowych

Nr	Moduł ochrony	Rodzaj poważnego stanu chorobowego
1	NOWOTWORY	1) nowotwór złośliwy
		2) nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ)
		3) ciężka dysplazja nowotworowa
2	CHIRURGIA SERCOWO-NACZYNIOWA	4) operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)
		5) operacja zastawki serca

Nr	Moduł ochrony	Rodzaj poważnego stanu chorobowego
3	NEUROCHIRURGIA	6) operacja mózgu
		7) operacja łagodnego guza rdzenia kręgowego
4	PRZESZCZEPY	8) przeszczep narządów od żywego dawcy
		9) przeszczep szpiku kostnego

4. Uprawnionym do otrzymania świadczeń, określonych w § 6 ust. 1 jest dziecko, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Uprawnionym do otrzymania świadczenia określonego w § 8 ust. 8 jest odpowiednio ubezpieczony lub współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego.
6. Do otrzymania zwrotu kosztów zakupu leków dla dziecka wydawanych na receptę, zwrotu kosztów kontroli stanu zdrowia dziecka po leczeniu za granicą organizowanej w Polsce uprawniony jest odpowiednio ubezpieczony lub współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia dziecka za granicą, której przyczyną jest:
   1) wypadek – rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia;
   2) choroba – rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia;

   nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W sytuacji zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o której mowa w § 2 ust. 2 pkt 2) odpowiedzialność ubezpieczyciela w przypadku wskazanym:
   1) w ust. 1 pkt 1) rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5;
   2) w ust. 1 pkt 2) rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.

   Pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje umowa dodatkowego ubezpieczenia, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia dziecka za granicą wygasa na zasadach określonych w § 3 ust. 11 OWU, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez dziecko 25 lat.
4. Łączna wysokość wszystkich świadczeń realizowanych w ramach rozpoczętych okresów realizacji świadczeń, bez względu na liczbę występujących rodzajów poważnych stanów chorobowych, nie może przekroczyć maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego (górnej granicy odpowiedzialności), określonej w Tabeli 2, w odniesieniu do danego dziecka, w ramach zawartej umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem limitów w ramach poszczególnych świadczeń:

Tabela 2 Suma ubezpieczenia dodatkowego i limity świadczeń

Wysokość sumy ubezpieczenia dodatkowego (górna granica odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia)	2 000 000 EUR
Rodzaj świadczenia	**Limity w ramach poszczególnych świadczeń**
1. Druga opinia medyczna	jedna opinia dla danego rodzaju poważnego stanu chorobowego
2. Opieka medyczna za granicą:	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
1) Organizacja i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego	
2) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania	
3) Organizacja i pokrycie kosztów leczenia za granicą	
4) Dzienne świadczenie szpitalne	100 EUR za dzień pobytu w szpitalu, maksymalnie 6 000 EUR na każdy poważny stan chorobowy leczony za granicą w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego dziecka
5) Zwrot kosztów medycznych opłaconych po powrocie z leczenia za granicą – zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę	maksymalnie 50 000 EUR w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego dziecka (bez względu na liczbę poważnych stanów chorobowych leczonych za granicą)
6) Organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
3. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą	

5. Każdy koszt związany z organizacją i realizacją świadczeń, o których mowa § 6 ust. 1, pokrywany przez ubezpieczyciela, w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia pomniejsza sumę ubezpieczenia dodatkowego. Wysokość aktualnej sumy ubezpieczenia dodatkowego, ubezpieczony może sprawdzić kontaktując się z Infolinią.
6. Suma ubezpieczenia dodatkowego oraz limity odpowiedzialności w ramach poszczególnych świadczeń wyrażone są w EUR. Wszystkie koszty poniesione poza granicami Polski w walucie innej niż EUR przeliczane są na EUR. Do przeliczenia używany jest średni kurs ogłoszony przez Narodowy Bank Polski z dnia, w którym ten koszt został poniesiony.
7. Zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę, zwrot kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą organizowanej w Polsce, są realizowane w walucie, w której koszt poniósł ubezpieczony, na rachunek bankowy ubezpieczonego.

Składka

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.

Świadczenie

§ 6

1. Zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia:
   1) Druga opinia medyczna, zakres świadczenia określony w § 7;
   2) opieka medyczna za granicą, zakres świadczenia określony w § 8;
   3) kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą, zakres świadczenia określony w § 9.
2. Okres realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 1 dla danego modułu ochrony wskazanego w § 3 ust. 3 w Tabeli 1, jest ograniczony do okresu 36 miesięcy i liczony jest odrębnie dla każdego ze wskazanych modułów ochrony, z zastrzeżeniem ust. 3. W sytuacji, gdy 36 miesięczny okres realizacji świadczeń kończy się w trakcie leczenia za granicą, świadczenia będą realizowane na podstawie wcześniej ustalonego planu leczenia, do najbliższego ustalonego dnia powrotu do Polski.
3. Jeżeli w trakcie leczenia nowotworu (realizacji świadczeń w ramach pierwszego modułu ochrony wg. numeracji określonej w § 4 ust. 4 w Tabeli 2) w związku z leczeniem tego nowotworu, konieczne będzie przeprowadzenie operacji lub przeszczepu wskazanych w modułach ochrony od numeru dwa do cztery, to leczenie to realizowane będzie, w ramach okresu realizacji świadczeń, który rozpoczął się dla pierwszego modułu ochrony.
4. W przypadku wystąpienia poważnego stanu chorobowego zdefiniowanego w Katalogu poważnych stanów chorobowych dziecka Warta, w ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 1)-3), ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztu usług i świadczeń, w wysokości nie przekraczającej podanych limitów i sumy ubezpieczenia dodatkowego określonych w § 4 ust. 4 w Tabeli 2.

Druga opinia medyczna

§ 7

1. W ramach świadczenia Drugiej opinii medycznej ubezpieczyciel:
   1) informuje ubezpieczonego o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie Drugiej opinii medycznej dla dziecka. Na wniosek ubezpieczonego, na podstawie udzielonego przez niego pełnomocnictwa, ubezpieczyciel zapewnia pomoc w zebraniu wymaganych dokumentów;
   2) tłumaczy zebraną dokumentację na język lekarza konsultanta;
   3) przekazuje dokumentację medyczną lekarzowi konsultantowi;
   4) zapewnia sporządzenie Drugiej opinii medycznej przez lekarza konsultanta i jej przetłumaczenie na język polski, i przekazuje ją ubezpieczonemu lub wskazanemu przez niego lekarzowi;
2. Druga opinia medyczna zawiera:
   1) opinię lekarza konsultanta dotyczącą diagnozy postawionej przez lekarza prowadzącego oraz dotychczas prowadzonego leczenia;
   2) propozycję planu leczenia.
3. Ubezpieczyciel na podstawie wyników Drugiej opinii medycznej przesyła ubezpieczonemu, informacje o przysługującym uprawnieniu do opieki medycznej za granicą dla dziecka, przysługującym okresie realizacji świadczeń, warunkach skorzystania z pozostałych świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie, oraz informuje że w celu organizacji świadczeń opieki medycznej za granicą oraz kontroli stanu zdrowia po powrocie z zagranicy, z ubezpieczonym skontaktuje się Further.
4. Dziecko jest uprawnione do jednego świadczenia z tytułu Drugiej opinii medycznej w stosunku do jednego rodzaju poważnego stanu chorobowego, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W uzasadnionych medycznie przypadkach Further, po konsultacji z ubezpieczonym, może sporządzić dodatkową Drugą opinię medyczną dla dziecka.
6. Ubezpieczony może zrezygnować z Drugiej opinii medycznej dot. stanu zdrowia dziecka. W takiej sytuacji o zasadności i planie leczenia za granicą rozstrzyga Further na podstawie dostarczonej przez ubezpieczonego dokumentacji. Informację w powyższym zakresie ubezpieczony otrzymuje w terminie przewidzianym na wydanie Drugiej opinii medycznej określonym w § 10 ust. 4 - 5.

7. Jeśli ubezpieczony zdecyduje się skorzystać na rzecz dziecka z Drugiej opinii medycznej, realizacja świadczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 2) rozpocznie po wydaniu Drugiej opinii medycznej.

Opieka medyczna za granicą

§ 8

1. Po podjęciu decyzji przez ubezpieczonego o skorzystaniu ze świadczenia opieki medycznej za granicą, Further w ciągu 3 dni roboczych przedstawi ubezpieczonemu listę trzech rekomendowanych placówek medycznych za granicą, kwalifikujących się do przeprowadzenia zaleconego w Drugiej opinii medycznej dalszego leczenia poważnego stanu chorobowego dziecka poza granicami Polski.
2. Ubezpieczony ma prawo wyboru jednej z przedstawionych placówek medycznych w ciągu trzech miesięcy od daty otrzymania listy rekomendowanych placówek medycznych.
3. Po otrzymaniu od ubezpieczonego informacji o wyborze jednej z przedstawionych placówek medycznych, Further rozpoczyna proces organizacji świadczenia opieki medycznej za granicą dla dziecka poprzez:
   1) przekazanie ubezpieczonemu w ciągu 10 dni roboczych certyfikatu leczenia za granicą, oraz
   2) organizację podróży i zakwaterowania koniecznych do rozpoczęcia leczenia za granicą.

   Further informuje ubezpieczonego o proponowanych datach podróży z odpowiednim wyprzedzeniem, które pozwoli na ustalenie z ubezpieczonym ostatecznej daty podróży oraz niezbędne przygotowania. W przypadku, gdy ubezpieczony bez uzasadnienia medycznego, bez ważnego powodu osobistego albo bez uzgodnienia z Further zmieni ustaloną ostateczną datę podróży, Further zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do ubezpieczonego o zwrot kosztów związanych ze zmianą ustalonej ostatecznej daty podróży.
4. Jeżeli w okresie trzech miesięcy od daty otrzymania rekomendowanych placówek medycznych, ubezpieczony nie podejmie decyzji o wyborze placówki medycznej i nie rozpocznie się leczenie dziecka w wybranej placówce medycznej wskazanej w certyfikacie leczenia za granicą, lista rekomendowanych placówek medycznych oraz certyfikat leczenia za granicą zostaną przygotowane ponownie na podstawie oceny aktualnego stanu zdrowia dziecka.
5. W ramach podróży i transportu medycznego związanych z leczeniem za granicą, ubezpieczyciel, zapewnia:
   1) organizację i pokrycie kosztów podróży dziecka, dwóch osób towarzyszących i dawcy – do miejsca, w którym znajduje się wybrana przez ubezpieczonego placówka medyczna za granicą oraz podróży powrotnej do Polski lub do miejsca zamieszkania dawcy (jeśli znajduje się ono poza Polską) w zakresie:
      a) transportu z miejsca zamieszkania do wyznaczonego lotniska międzynarodowego lub dworca kolejowego,
      b) biletów na pociąg lub biletów lotniczych w klasie ekonomiczniej do miasta docelowego leczenia i transportu do wskazanego hotelu lub bezpośrednio do szpitala,
      c) transportu z wyznaczonego hotelu lub szpitala do wskazanego międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego,
      d) biletów na pociąg lub biletów lotniczych w klasie ekonomicznej, a następnie transportu do miejsca zamieszkania;
   2) organizację i pokrycie kosztów transportu, w tym ambulansem drogowym lub karetką powietrzną dziecka, dwóch osób towarzyszących i dawcy, zaplanowanego i zaakceptowanego przez Further, jeżeli taki transport, został zalecony przez lekarza konsultanta lub lekarza prowadzącego leczenie za granicą.
6. W ramach zakwaterowania podczas leczenia za granicą, ubezpieczyciel, zapewnia organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania dziecka, dwóch osób towarzyszących i dawcy w miejscu leczenia poważnego stanu chorobowego (poza granicami Polski), w pokoju dwuosobowym ze śniadaniem w hotelu trzy lub czterogwiazdkowym, który znajduje się najbliżej placówki medycznej za granicą wybranej przez ubezpieczonego, w odległości nie większej niż 10 km od tej placówki, z zastrzeżeniem § 11 ust. 5 pkt 1).
7. W ramach kosztów medycznych opłacanych w trakcie leczenia za granicą, ubezpieczyciel, zapewnia:
   1) organizację i pokrycie wszelkich kosztów leczenia za granicą, które wynikają z przyjętego planu leczenia lub są związane z leczeniem poważnego stanu chorobowego, do wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego oraz limitów wskazanych w § 4 ust. 4 w Tabeli 2 (z wyjątkiem usług i kosztów wyraźnie wyłączonych w niniejszych OWUD), w szczególności organizację i pokrycie kosztów:
      a) zakwaterowania i wyżywienia w szpitalu:
         a. zakwaterowania dziecka w szpitalu, które wynika z planu leczenia, oraz dodatkowych łóżek dla dwóch osób towarzyszących – jeśli szpital zapewnia taką usługę,
         b. posiłków dla dziecka, które są standardowo oferowane przez szpital,
      b) leczenia poważnego stanu chorobowego:
         a. opieki lekarskiej, pielęgniarskiej oraz opieki pozostałego personelu medycznego w każdym oddziale szpitala, w którym – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego i ze względu na przebieg leczenia – jest konieczne leczenie oraz w ambulatorium, zgodnie z zasadami pracy szpitala,
         b. wizyt lekarza prowadzącego leczenie za granicą, jeżeli dziecko zostało przewiezione do innej placówki medycznej,
         c. badań diagnostycznych, które są wymagane do przygotowania leczenia lub w jego trakcie i są wykonywane na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie za granicą, w tym: badań rentgenowskich (RTG), tomografii komputerowej (CT), badań elektrokardiograficznych (EKG), elektroencefalograficznych (EEG), ultrasonograficznych (USG), badań z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, mikroskopowych badań szpiku kostnego (mielogram), kardiografii, badań elektrokardiograficznych (EKG), angiografii, rezonansu magnetycznego (MRI),
         d. leczenia metodami chemioterapii, leczenia metodami radioterapii rozumianej jako promieniowanie wysokoenergetyczne do zmniejszania guzów i niszczenia komórek nowotworowych promieniami rentgenowskimi, promieniami gamma i naładowanymi cząstkami, dostarczanymi przez urządzenie

zlokalizowane poza ciałem (promieniowanie wiązką zewnętrzną) lub przez materiał radioaktywny umieszczony w organizmie w pobliżu komórek nowotworowych (wewnętrzna radioterapia),
e. znieczulenia, jego podania przez lekarza anestezjologa oraz opieki anestezjologicznej przed, w trakcie i po zakończeniu znieczulenia,
f. korzystania z sal operacyjnych oraz wykonania operacji chirurgicznych,
g. chirurgii rekonstrukcyjnej, która polega na odbudowie lub naprawie struktury ciała w celu skorygowania funkcji uszkodzonej lub utraconej wskutek wykonanych procedur medycznych przeprowadzonych w ramach leczenia za granicą,
h. transfuzji krwi, podawania osocza i surowicy,
i. podawania tlenu, iniekcji dożylnych, podskórnych, domięśniowych,
j. leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie leczenia za granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub w innej placówce medycznej i są niezbędne, żeby dziecko mogło zostać uznane za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu leczenia za granicą,
k. leków i środków opatrunkowych, które są używane w placówce medycznej za granicą,
l. leków wydawanych na receptę przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą, które zostały przepisane po przeprowadzonej operacji, w ciągu 30 dni od daty zakończenia przez dziecko leczenia za granicą i tylko wtedy, gdy zostały zakupione przed powrotem do Polski,
m. transportu, ambulansem drogowym lub karetką powietrzną dla dziecka, dwóch osób towarzyszących i dawcy, zaplanowanego i zaakceptowanego przez Further, jeśli ich użycie jest wskazane i zalecone przez lekarza konsultanta lub lekarza prowadzącego leczenie za granicą,
n. usług tłumacza medycznego w placówce medycznej za granicą; tłumacz posługuje się tym samym językiem, co dziecko,
o. usług, które świadczą oddziały dzienne, pod warunkiem, że te same procedury medyczne mogłyby być wykonane w szpitalu albo placówce medycznej w ramach leczenia za granicą,

c) przeszczepu:
a. badań diagnostycznych potwierdzających zgodność tkankową przeprowadzanych w celu zidentyfikowania odpowiedniego dawcy wśród członków rodziny dziecka,
b. usług szpitalnych świadczonych na rzecz dawcy w zakresie: zakwaterowania w pokoju lub oddziale i wyżywienia podczas hospitalizacji,
c. opieki lekarskiej i pielęgniarskiej podczas hospitalizacji, obsługi pozostałego personelu medycznego, badań zleconych przez lekarza świadczonej na rzecz dawcy,
d. operacji pobrania narządu lub szpiku kostnego od dawcy dla dziecka,
e. leków i środków opatrunkowych,
f. leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie leczenia za granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub w warunkach klinicznych i są niezbędne, żeby dawca mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu procedury przeszczepu,

d) usług i materiałów na potrzeby hodowli szpiku kostnego w związku z przeszczepem tkanki u dziecka.

8. W ramach dziennego świadczenia szpitalnego, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu dzienne świadczenie szpitalne, w wysokości równowartości 100 EUR za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu połączony z noclegiem poza granicami Polski, w celu leczenia poważnego stanu chorobowego na podstawie certyfikatu leczenia za granicą. Łączna wysokość świadczenia nie może przekroczyć limitu oraz sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w § 4 ust. 4 w Tabeli 2.
9. Świadczenie, o którym mowa w ust. 8, wypłacane jest na rachunek bankowy wskazany przez uprawnionego, w ciągu 14 dni po każdym zakończonym tygodniu pobytu w szpitalu za granicą.
10. W ramach repatriacji zwłok, ubezpieczyciel, zapewnia organizację i pokrycie kosztów repatriacji zwłok dziecka lub dawcy, jeśli śmierć dziecka lub dawcy nastąpiła w czasie organizowanego przez Further procesu leczenia poważnego stanu chorobowego za granicą.
11. Świadczenie, o którym mowa w ust. 10, obejmuje zakup trumny przewozowej, balsamowanie zwłok, transport na lotnisko, przelot oraz transport z lotniska do miejsca pochówku w Polsce lub w przypadku dawcy w kraju zamieszkania.
12. W ramach kosztów medycznych opłacanych po powrocie z leczenia za granicą, ubezpieczyciel zapewnia zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę po powrocie do Polski, jeżeli dziecko korzystało z leczenia za granicą i jego pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 3 dni oraz jeżeli zostały spełnione łącznie następujące warunki:
    1) leki wydawane na receptę zalecił lekarz prowadzący leczenie za granicą jako niezbędną kontynuację leczenia,
    2) recepty, na podstawie zaleceń lekarza prowadzącego leczenie za granicą, wystawił lekarz w Polsce przed upływem okresu realizacji świadczeń,
    3) ilość leku na każdej recepcie, wyliczona na podstawie zaleconego sposobu dawkowania, jest niezbędna do stosowania w okresie nie dłuższym niż trzy miesiące,
    4) leki wydawane na receptę zostały zakupione w Polsce,
    5) ubezpieczony przedstawił dokumenty potwierdzające zakup leków wydawanych na receptę w Polsce.
13. Zwrot ubezpieczonemu poniesionych kosztów zakupu leków wydawanych na receptę następuje w przypadku:
    1) złożenia wniosku o zwrot kosztów, kopii recepty lub wydruku informacyjnego o e-recepcie i rachunku;
    2) wskazania we wniosku o zwrot kosztów informacji o częściowym sfinansowaniu leku przez publiczną służbę zdrowia, o ile taka sytuacja ma miejsce.
14. Dokumenty, w przypadku, o którym mowa w ust.12 pkt 5), powinny być dostarczone do ubezpieczyciela w ciągu 180 dni od dnia, w którym ubezpieczony poniósł te wydatki.

15. W przypadku, gdy leki wydawane na receptę, które zalecił lekarz prowadzący leczenie za granicą jako niezbędną kontynuację leczenia nie są dostępne w Polsce lub nie są dopuszczone do obrotu w Polsce, ubezpieczenie pokrywa również zakup tych leków za granicą. W tym przypadku ubezpieczyciel organizuje wystawienie recepty oraz organizuje i pokrywa koszty podróży i zakwaterowania dziecka oraz dwóch osób towarzyszących za granicą, w celu zakupu zaleconych leków, na zasadach obowiązujących dla świadczenia opieki medycznej za granicą.

Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą

§ 9

1. W przypadku wystąpienia poważnego stanu chorobowego dziecka, ubezpieczyciel zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w wysokości nie przekraczającej podanych limitów w ramach poszczególnych świadczeń i sumy ubezpieczenia dodatkowego, określonych w § 4 ust. 4 w Tabeli 2.
2. Po zakończeniu leczenia za granicą, ubezpieczyciel:
   1) potwierdza ubezpieczonemu zakończenie leczenia dziecka za granicą, gdy zgodnie z opinią lekarza prowadzącego leczenie za granicą, z medycznego punktu widzenia, nie jest już konieczne dalsze leczenie w placówce medycznej za granicą;
   2) przekazuje ubezpieczonemu przetłumaczoną na język polski dokumentację medyczną dotyczącą leczenia dziecka za granicą wraz z planem kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w związku z przebytym poważnym stanem chorobowym, zawierającym zalecenia lekarza prowadzącego to leczenie;
   3) przedstawia ubezpieczonemu listę rekomendowanych placówek medycznych w Polsce;
   4) po zakończeniu leczenia za granicą i powrocie do Polski, zwraca ubezpieczonemu koszty wynikające z realizacji planu kontroli stanu zdrowia po leczeniu dziecka za granicą w rekomendowanej lub zaakceptowanej przez ubezpieczyciela placówce medycznej w Polsce, z zastrzeżeniem pkt 5) oraz ust. 3 pkt 2);
   5) na wniosek ubezpieczonego kontrola stanu zdrowia może się odbyć w placówce medycznej za granicą.
3. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą, obejmuje badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz konsultacje lekarskie z nimi związane, realizowane wyłącznie w rekomendowanych lub zaakceptowanych przez ubezpieczyciela placówkach medycznych w Polsce lub placówkach medycznych za granicą:
   1) przeprowadzana w Polsce – jest organizowana i opłacana przez ubezpieczonego. Ubezpieczyciel zwraca ubezpieczonemu poniesione koszty po otrzymaniu faktur lub rachunków i dowodów płatności, z wyjątkiem kosztów kontroli stanu zdrowia finansowanych przez publiczną służbę zdrowia, z zastrzeżeniem ust. 5 - 7 lub
   2) przeprowadzana za granicą – jest organizowana i opłacana przez ubezpieczyciela na zasadach obowiązujących dla świadczenia opieki medycznej za granicą. Przeprowadzana jest przez lekarza, który prowadził leczenie za granicą lub jego zespół medyczny.
4. Ubezpieczyciel zwraca koszty poniesione w ramach kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, jeśli zostały poniesione przed upływem okresu realizacji świadczeń.
5. Rachunki, faktury lub dowody płatności w przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1), powinny być dostarczone do ubezpieczyciela w ciągu 180 dni od dnia, w którym ubezpieczony poniósł te wydatki.
6. Jeżeli kontrola stanu zdrowia jest częściowo finansowana przez publiczną służbę zdrowia, we wniosku o zwrot kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, ubezpieczony powinien określić i wykazać, które koszty zostały poniesione przez niego.
7. Jeżeli wskutek zmiany stanu zdrowia, lekarze prowadzący kontrolę stanu zdrowia w Polsce zmienią zalecenia lekarza prowadzącego leczenie za granicą, to ubezpieczyciel zwróci koszty kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, po akceptacji tych zmian przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą.

Realizacja świadczeń

§ 10

1. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego do ubezpieczyciela przez ubezpieczonego.
2. W celu uzyskania Drugiej opinii medycznej, ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie z Infolinią i podać następujące dane:
   1) imię i nazwisko ubezpieczonego oraz dziecka;
   2) miejsce zamieszkania;
   3) numer polisy ubezpieczeniowej;
   4) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
   5) adres email – poczty elektronicznej;
   6) dzień wystąpienia poważnego stanu chorobowego.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest:
   1) dostarczyć wymagane przez ubezpieczyciela dokumenty;
   2) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej zgłaszanego rozpoznania poważnego stanu chorobowego dziecka;
   3) współpracować z Further w zakresie koniecznym do właściwej realizacji świadczeń.
4. Druga opinia medyczna wraz z informacją, o przysługującym dziecku uprawnieniu do opieki medycznej za granicą zostanie sporządzona i wysłana do ubezpieczonego w sposób z nim uzgodniony (pocztą na adres zamieszkania lub na adres poczty elektronicznej) w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczyciela, zgłoszenia roszczenia/ zawiadomienia o wystąpieniu poważnego stanu chorobowego.
5. Jeśli w terminie określonym w ust. 4 nie jest możliwe przygotowanie Drugiej opinii medycznej, to zostanie ona przekazana ubezpieczonemu w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności jej sporządzenie

stanie się możliwe. Bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel realizuje w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu poważnego stanu chorobowego.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 11

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, jest wyłączona, gdy poważny stan chorobowy powstał w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa;
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
   3) czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
   4) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
   5) zatruciem dziecka alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem dziecka pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
   6) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
   7) rozpoznanymi u dziecka chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeśli w dniu wystąpienia poważnego stanu chorobowego dziecko nie miało miejsca zamieszkania w Polsce albo miało miejsce zamieszkania w Polsce, ale w ciągu 12 miesięcy przed wystąpieniem poważnego stanu chorobowego przebywało poza Polską dłużej niż 183 dni kalendarzowe.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, nie zrealizuje świadczenia i nie pokrywa kosztów powstałych w związku z:
   1) niezastosowaniem się przez dziecko do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie za granicą lub do określonego planu leczenia;
   2) odmową poddania się dziecka leczeniu, dodatkowym analizom lub badaniom diagnostycznym koniecznym w celu określenia ostatecznej diagnozy lub planu leczenia;
   3) leczeniem innymi metodami, jeśli zalecanym przez lekarza konsultanta sposobem leczenia jest przeszczep, określony w module czwartym;
   4) leczeniem nowotworów związanych z AIDS i infekcją wirusem HIV;
   5) leczeniem nowotworów skóry, który nie jest czerniakiem złośliwym, i który nie został sklasyfikowany histopatologicznie, histologicznie jako powodujący inwazję/naciekanie poza naskórek (zewnętrzną warstwę skóry);
   6) leczeniem z wykorzystaniem terapii Limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy);
   7) leczeniem alternatywnym, leczeniem eksperymentalnym nawet, jeśli zaleca je lekarz podczas leczenia poważnego stanu chorobowego;
   8) leczeniem z wykorzystaniem terapii genowej, terapii komórkami somatycznymi, inżynierii tkankowej;
   9) leczeniem z zastosowaniem innej techniki niż pomostowanie (by-pass) tętnic wieńcowych w przypadku operacyjnego wykonania pomostów aortalno-wieńcowych naczyniowych (by-pass) w przypadku choroby niedokrwiennej serca (choroby wieńcowej);
   10) przeszczepieniem narządów od żywego dawcy, w którym:
      a) konieczność przeprowadzenia przeszczepu wątroby wynika ze skutków alkoholowej choroby wątroby;
      b) wykonanie przeszczepu wymaga leczenia komórkami macierzystymi;
      c) narząd do przeszczepu został zakupiony od dawcy narządów;
      d) dziecko jest dawcą dla osoby trzeciej;
   11) przeszczepieniem narządów szpiku kostnego z wykorzystaniem przeszczepu krwiopochodnych komórek macierzystych z krwi pępowinowej.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje pokrycia kosztów w związku z:
   1) leczeniem chorób oraz wykonywaniem procedur medycznych nieobjętych zakresem ubezpieczenia;
   2) świadczeniami, które nie zostały wskazane w Drugiej opinii medycznej przez lekarza konsultanta w celu leczenia poważnego stanu chorobowego;
   3) poniesieniem kosztów w innej placówce medycznej za granicą niż wskazana w certyfikacie leczenia za granicą, do której zostało skierowane dziecko;
   4) leczeniem powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych zastosowanych podczas leczenia za granicą, innych niż te, które:
      a) wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub innej placówce medycznej za granicą oraz
      b) są niezbędne, żeby dziecko mogło zostać uznane za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu leczenia za granicą;
   5) leczeniem długotrwałych skutków ubocznych, łagodzeniem przewlekłych objawów lub rehabilitacją (w tym fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej oraz terapii logopedycznej);
   6) leczeniem lub pobytem w szpitalach uzdrowiskowych (sanatoryjnych), szpitalach rehabilitacyjnych, sanatoriach i uzdrowiskach, ośrodkach pomocy społecznej, domach opieki, ośrodkach leczenia uzależnień, hospicjach, ośrodkach opieki domowej, nawet jeśli takie leczenie lub usługi są zalecane lub konieczne w ramach leczenia poważnego stanu chorobowego;
   7) leczeniem zmian otępiennych, które wywołuje starość lub w przypadku wszelkiego rodzaju zaburzeń poznawczych, niezależnie od tego, jaka jest ich przyczyna;
   8) epidemią, którą ogłaszają władze państwowe.

5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje pokrycia kosztów:
   1) dodatkowych posiłków, poza śniadaniami hotelowymi zapewnionymi w ramach pobytu w hotelu oraz wszelkich innych dodatkowych kosztów pobytu w hotelu. Podwyższenie standardu hotelu nie jest objęte ubezpieczeniem;
   2) przejazdów z hotelu do szpitala lub placówki medycznej lub do lekarza prowadzącego podczas leczenia za granicą;
   3) rozmów telefonicznych dziecka, dawcy oraz osób towarzyszących;
   4) tłumacza i tłumaczenia w innym zakresie niż te, które są przygotowane przez Further;
   5) usług świadczonych osobie towarzyszącej, z wyjątkiem kosztów objętych ubezpieczeniem w ramach organizacji i pokrycia kosztów podróży, transportu i zakwaterowania;
   6) zakwaterowania, transportu organizowanego przez ubezpieczonego, we własnym zakresie bądź przez osobę trzecią w imieniu ubezpieczonego;
   7) wydatków medycznych poniesionych przez ubezpieczonego przed datą wystawienia certyfikatu leczenia za granicą;
   8) zakupu leków lub kosztów leków podanych dziecku, wydawanych na receptę po powrocie do Polski, które są dostępne bez recepty lub zostały w całości sfinansowane przez publiczną służbę zdrowia.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje pokrycia kosztów powstałych w związku z zakupem lub wynajmem:
   1) sztucznych narządów lub organów ani urządzeń, które zastępują całość albo część narządu lub całość albo część funkcji tego narządu (protez), z wyjątkiem protez piersi po mastektomii i protez zastawek serca jako skutków wykonania procedur medycznych zorganizowanych w ramach leczenia za granicą;
   2) przyrządów ortopedycznych, obuwia ortopedycznego, gorsetów, kul;
   3) okularów korekcyjnych, szkieł kontaktowych, protez zębowych, peruk;
   4) wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych i oczyszczaczy powietrza.
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za:
   1) medyczną poprawność Drugiej opinii medycznej ani za skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tej opinii;
   2) skutki wdrożenia planu leczenia w ramach leczenia za granicą, oraz leczenia za granicą, w tym jego skuteczność;
   3) skutki wdrożenia planów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w tym ich skuteczność;.
8. Jeśli z powodu siły wyższej, a także ograniczeń operacyjnych czy logistycznych, które ogłaszają władze lokalne lub międzynarodowe, uniemożliwione będzie zorganizowanie i przeprowadzenie leczenia za granicą, to ubezpieczyciel zorganizuje usługi i pokryje koszty w ramach świadczenia wymienionego w § 8 ust. 7 w Polsce (z wyłączeniem świadczeń realizowanych lub finansowanych przez publiczną służbę zdrowia), o ile:
   1) te same ograniczenia nie uniemożliwiają organizacji tych usług i świadczeń w Polsce oraz
   2) istnieje możliwość realizacji leczenia w Polsce, w takim samym zakresie, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. Usługi i świadczenia wskazane w ust. 8 będą realizowane w Polsce do czasu, gdy ubezpieczyciel będzie w stanie potwierdzić i zorganizować leczenie za granicą, a stan zdrowia dziecka będzie umożliwiał kontynuację leczenia poza Polską.

§ 12

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 13

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzone w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Załącznik nr 1 do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia dziecka za granicą (OWUD)
KATALOG POWAŻNYCH STANÓW CHOROBOWYCH DZIECKA WARTA

§ 1
Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych stanów chorobowych:

Nr	Moduł ochrony	Rodzaj poważnego stanu chorobowego
1	NOWOTWORY	1) nowotwór złośliwy
		2) nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ)
		3) ciężka dysplazja nowotworowa
2	CHIRURGIA SERCOWO-NACZYNIOWA	4) operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)
		5) operacja zastawki serca
3	NEUROCHIRURGIA	6) operacja mózgu
		7) operacja łagodnego guza rdzenia kręgowego
4	PRZESZCZEPY	8) przeszczep narządów od żywego dawcy
		9) przeszczep szpiku kostnego

Nowotwór (guz) złośliwy

§ 2
Za nowotwór (guz) złośliwy uważa się nowotwór (guz) o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powoduje naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek oraz posiada zdolność do tworzenia przerzutów do innych narządów. Do nowotworów złośliwych zalicza się także mięsaka, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina) i białaczkę. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ)

§ 3
Za nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ), uważa się każdy rak przedinwazyjny lub nowotwór „in situ" (Tis): nowotwór złośliwy, który ogranicza się do nabłonka (nie przekracza błony podstawnej nabłonka) i który nie nacieka podścieliska i nie daje przerzutów. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Ciężka dysplazja nowotworowa

§ 4
Za ciężką dysplazję nowotworową, uważa się wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które są cytologicznie lub histologicznie sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia (ang. high-grade dysplasia) lub ciężka dysplazja (ang. severe dysplasia).

Operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)

§ 5
Za operację pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) uważa się zabieg polegający na wszczepieniu co najmniej jednego pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej, z zastosowaniem techniki pomostowania (by-pass).

Operacja zastawki serca

§ 6
Za operację zastawki serca, uważa się zabieg polegający na wymianie lub naprawie jednej lub większej liczby zastawek serca, niezależnie od tego, czy jest wykonywana w trakcie operacji na otwartej klatce piersiowej, minimalnie inwazyjnie lub za pomocą cewnika kardiologicznego, na podstawie zalecenia wydanego przez lekarza kardiologa.

Operacja mózgu

§ 7
Za operację mózgu uważa się zabieg polegający na interwencji neurochirurgicznej w mózgu lub w pozostałych strukturach wewnątrzczaszkowych.

Operacja łagodnego guza rdzenia kręgowego

§ 8
Za operację łagodnego guza rdzenia kręgowego uważa się zabieg polegający na interwencji neurochirurgicznej mającej na celu leczenie łagodnego guza rdzenia kręgowego. Łagodny guz rdzenia kręgowego, to tylko taki guz, który jest zlokalizowany w rdzeniu kręgowym („Medula Spinalis"), a jego łagodny charakter jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.

Przeszczep narządów od żywego dawcy

§ 9

Za przeszczepienie narządów uważa się operację chirurgiczną, podczas której dziecku jako biorcy zostaje przeszczepiona nerka, płat płuca, część wątroby lub część trzustki od innego żyjącego zgodnego antygenowo dawcy.

Przeszczep szpiku kostnego

§ 10

Za przeszczepienie szpiku kostnego uważa się przeszczep komórek szpiku kostnego lub komórek macierzystych z krwi obwodowej, które pochodzą od dziecka (przeszczep autologiczny) lub dawcy (przeszczep allogeniczny).

§ 11

Niniejszy katalog poważnych stanów chorobowych dziecka Warta został zatwierdzony uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzony w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia dziecka za granicą Plus zatwierdzonych Uchwałą nr 173/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 1 grudnia 2024 roku sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 OWU § 1 § 3 § 6 - § 14 § 15 Zał. nr 1 do OWUD
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 14 ust.13 OWU § 3 § 4 § 6 - § 14 § 16 Zał. nr 1 do OWUD

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA LECZENIA DZIECKA ZA GRANICĄ PLUS

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia dziecka za granicą Plus mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
   1) **badania kliniczne** - badania przeprowadzane z udziałem pacjentów w celu oceny bezpieczeństwa i skuteczności nowego protokołu leczenia, nowego leku, nowego wyrobu medycznego lub nowej procedury diagnostycznej. Pacjent z diagnozą nowotworu złośliwego w przypadkach spełniających warunki określone przez organizatora badań klinicznych zostaje zakwalifikowany do udziału w badaniu klinicznym nowego protokołu leczenia, który jest dostępny wyłącznie w fazie eksperymentalnej lub co do którego przewiduje się, że będzie bardziej skuteczny niż leczenie dostępne standardowo;
   2) **badanie mutacji germinalnych** - rodzaj testu genetycznego mającego na celu wykrycie mutacji dziedzicznych, które są obecne w każdej komórce ciała i były obecne od urodzenia. Celem tego badania jest ustalenie odziedziczonych predyspozycji do zachorowania na pewne typy nowotworów. Wyniki testu mogą pomóc w opiece onkologicznej poprzez identyfikację pacjentów z dziedzicznymi czynnikami ryzyka mogącymi wpływać na leczenie choroby nowotworowej oraz przyszłe ryzyko występowania kolejnych pierwotnych nowotworów złośliwych. Analiza może być istotna dla członków rodziny, którzy mogą dziedziczyć te same mutacje. Testowanie jest wykonywane jako analiza materiału w formie wymazu z policzka, próbki śliny lub próbki krwi;
   3) **badanie mutacji somatycznych** - rodzaj testu genetycznego, który wykrywa nabyte mutacje w określonym zestawie komórek lub tkanek w celu określenia czynników, które mogą wpłynąć na wybór metody leczenia, przeprowadzony na podstawie analizy materiału pobranego w wyniku biopsji tkankowej lub biopsji płynnej;
   4) **certyfikat leczenia za granicą** – dokument wydany przez Further w imieniu ubezpieczyciela na organizację i pokrycie kosztów leczenia za granicą oraz innych świadczeń i usług, które są objęte ochroną ubezpieczeniową. Certyfikat jest ważny 3 miesiące od daty wystawienia;
   5) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
   6) **dawca** – żywa osoba, od której pobierane są komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu dla dziecka;
   7) **druga opinia medyczna** – pisemna opinia lekarza konsultanta, wydawana na wniosek ubezpieczonego, która oparta jest na analizie dokumentacji medycznej dotyczącej zdrowia dziecka, w zakresie poprawności ustalonej przez lekarza prowadzącego diagnozy poważnego stanu chorobowego, podjętego leczenia oraz rokowania co do możliwości wyleczenia, zawierająca propozycję planu leczenia;
   8) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego/współubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego/współubezpieczonego (w pełni lub częściowo), wskazane we wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia;
   9) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym dziecko przebywało w szpitalu, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze szpitala;
   10) **dzień wystąpienia poważnego stanu chorobowego**:
      a) w odniesieniu do pierwszego modułu ochrony - dzień w okresie odpowiedzialności, w którym według dokumentacji medycznej pobrano materiał do badania histopatologicznego (lub alternatywnie przeprowadzono badanie: lekarskie, obrazowe, laboratoryjne), na podstawie którego zdiagnozowano: nowotwór złośliwy, nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ), ciężką dysplazję nowotworową, lub
      b) w odniesieniu do modułu ochrony od numeru dwa do cztery – dzień w okresie odpowiedzialności, w którym po raz pierwszy lekarz pisemnie zalecił: operację pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), operację zastawki serca, operację mózgu, operację łagodnego guza rdzenia kręgowego, przeszczepienie narządów od żywego dawcy, przeszczepienie szpiku kostnego;
   11) **ekspercki raport medyczny** – dokument medyczny przygotowany przez jednego eksperta lub radę ekspertów medycznych, który przekłada wyniki testów genetycznych na rekomendacje kliniczne;
   12) **Further** – Further Underwriting International SLU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii, za pośrednictwem którego ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz realizację usług i świadczeń objętych ochroną ubezpieczeniową, w tym nadzór nad organizacją procesu leczenia dziecka. Ilekroć w niniejszych OWUD jest wskazane, że określone czynności wykonuje Further należy przez to rozumieć, że wykonuje je ubezpieczyciel za pośrednictwem Further;
   13) **infolinia** – infolinia ubezpieczyciela, obsługująca przyjmowanie zgłoszeń, rejestrację wniosków o wypłatę świadczenia, zapytania klientów i korespondencję. Numer telefonu infolinii znajduje się na polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia;
   14) **inżynieria tkankowa** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek zmodyfikowanych tak, by mogły być zastosowane do naprawy, regeneracji lub zamiany z tkankami ludzkimi;
   15) **katalog poważnych stanów chorobowych dziecka Warta** – Katalog poważnych stanów chorobowych dziecka Warta stanowiący załącznik nr 1 do niniejszych OWUD;
   16) **kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą** – świadczenie obejmujące kontrolę stanu zdrowia dziecka po powrocie do Polski, która została zaplanowana przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą. Kontrola ta obejmuje badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz konsultacje lekarskie z nimi związane, realizowane wyłącznie w rekomendowanych lub zaakceptowanych przez Further placówkach medycznych

w Polsce lub placówkach medycznych za granicą. Celem kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą jest ustalenie, czy dziecko może w przyszłości cierpieć na poważny stan chorobowy oraz zapobieganie poważnym stanom chorobowym lub ich nawrotom;

17) **leczenie alternatywne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt medyczny albo farmaceutyczny, które nie są uważane za część medycyny konwencjonalnej lub za standardowe zabiegi tj.: akupunktura, aromaterapia, medycyna chiropraktyczna, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna;
18) **leczenie eksperymentalne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt, których skuteczność i bezpieczeństwo nie zostało potwierdzone naukowo i medycznie, lub które są w trakcie badań lub testów, niezależnie od tego, na jakim etapie są te badania lub testy;
19) **leczenie za granicą** – leczenie poważnego stanu chorobowego dziecka, zorganizowane przez Further w trakcie obowiązującego okresu realizacji świadczeń, które:
    a) odbywa się poza Polską, w placówce medycznej wybranej przez ubezpieczonego spośród placówek rekomendowanych przez Further,
    b) jest konieczne z medycznego punktu widzenia w celu poprawy stanu zdrowia dziecka, w związku z wystąpieniem poważnego stanu chorobowego,
    c) jest uznawane za efektywne w poprawie stanu zdrowia dziecka, na podstawie opinii lekarza konsultanta lub Further we współpracy z lekarzem prowadzącym leczenie za granicą, na temat danego poważnego stanu chorobowego. Leczenie poważnego stanu chorobowego, które uwzględnia aktualną wiedzę medyczną (w szczególności wytyczne organizacji NCCN (National Comprehensive Cancer Network) w zakresie leczenia nowotworu;
20) **lek wydawany na receptę** – substancja lub połączenie substancji, która jest wydawana wyłącznie na receptę i jest dopuszczona do obrotu w danym kraju. Recepta na lek jest ważna także dla odpowiednika tego leku, o tych samych składnikach aktywnych i sile dawkowania;
21) **lekarz** – osoba, która posiada formalnie potwierdzone kwalifikacje do leczenia ludzi, zgodnie z prawem państwa, w którym prowadzi praktykę zawodową i wykonuje zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji;
22) **lekarz konsultant** – lekarz medycyny, praktykujący poza terytorium Polski, o specjalności lekarskiej i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danego poważnego stanu chorobowego, który sporządza drugą opinię medyczną. Kwalifikacje lekarza powinny być potwierdzone zgodnie z prawem obowiązującym w kraju, w którym będzie świadczona usługa leczenia;
23) **moduł ochrony** – jeden z czterech modułów, wskazany w § 3 ust. 3 w Tabeli 1 oraz w Katalogu poważnych stanów chorobowych dziecka Warty, obejmujący swoim zakresem określone rodzaje poważnych stanów chorobowych, objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela;
24) **miejsce zamieszkania** – miejsce stałego pobytu dziecka/dawcy, na terytorium Polski, wskazane przez ubezpieczonego/współubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu;
25) **nowotwór rzadk**i – nowotwór złośliwy występujący z częstością < 6/100.000, zamieszczony w wykazie nowotworów rzadkich w Europie (RARECAR), publikowanym na stronie https://www.rarecarenet.eu
26) **okres realizacji świadczeń** – trwający w nieprzerwany sposób okres nie dłuższy niż 36 miesięcy, który liczony jest od pierwszego dnia pierwszej podróży rozpoczynającej leczenie za granicą pierwszego z poważnych stanów chorobowych, wymienionych w Katalogu poważnych stanów chorobowych dziecka Warta, w ramach danego modułu ochrony i dotyczy wszystkich poważnych stanów chorobowych z tego modułu, które wystąpiły w tym okresie. Na wszystkie poważne stany chorobowe występujące w ramach danego modułu ochrony przypada wyłącznie jeden, ten sam okres realizacji świadczeń, z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
27) **okres ubezpieczenia wynikający z umowy dodatkowego ubezpieczenia** - okres, którego dzień początkowy i czas trwania wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu:
    a) wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia albo
    b) pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna zgodnie z częstotliwością opłacania, wskazaną w polisie albo innym dokumencie ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia

    i kończący się z końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 5-7;
28) **opieka medyczna za granicą** – świadczenie obejmujące organizację i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego, zakwaterowania podczas leczenia za granicą, kosztów medycznych w trakcie leczenia za granicą, dzienne świadczenie szpitalne, zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę po powrocie z leczenia za granicą, a w przypadku śmierci dziecka lub dawcy organizację i pokrycie kosztów repatriacji zwłok;
29) **organizator badań klinicznych** – podmiot odpowiedzialny za inicjowanie, prowadzenie i zarządzanie badaniami klinicznymi zgodnie z obowiązującymi przepisami i standardami etycznymi;
30) **osoba towarzysząca** – osoba wskazana przez ubezpieczonego, która towarzyszy dziecku podczas realizacji świadczeń wynikających z umowy dodatkowego ubezpieczenia;
31) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona;
32) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia dziecka za granicą Plus, stanowiące załącznik do OWU;
33) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, działające zgodnie z wymogami prawnymi dla tego typu placówek w państwie, w którym się znajduje, jak również praktyka lekarska prowadzona zgodnie z wymogami prawnymi dla tego typu placówek w państwie, w którym jest prowadzona, w przypadku badań klinicznych – podmiot, w którym przeprowadzane są badania kliniczne;
34) **pobyt w szpitalu** – pobyt dziecka w placówce medycznej lub szpitalu za granicą, w trakcie opieki medycznej za granicą, trwający nieprzerwanie dłużej niż:

a) 1 dzień - w przypadku dziennego świadczenia szpitalnego,
b) 3 dni - w przypadku zwrotu kosztów medycznych opłaconych po powrocie z leczenia za granicą;

35) **postępowanie profilaktyczne** – jakakolwiek procedura medyczna albo przyjęcie leku mająca wyłącznie na celu obniżenie ryzyka zachorowania na nowotwór złośliwy. Przykładem postępowania profilaktycznego jest profilaktyczna operacja chirurgiczna, która polega na usunięciu tkanki lub organu, o zwiększonym ryzyku zachorowania na nowotwór złośliwy, w którym obecnie nie potwierdzono występowania komórek nowotworowych;
36) **poważny stan chorobowy** – rodzaj poważnego stanu chorobowego wymieniony i zdefiniowany w Katalogu poważnych stanów chorobowych dziecka Warta, w odniesieniu do którego w okresie odpowiedzialności rozpoczęto proces diagnostyczno-leczniczy oraz postawiono diagnozę:
   a) w ramach pierwszego modułu ochrony - nowotworu złośliwego, nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (in situ), ciężkiej dysplazji nowotworowej, lub
   b) w ramach modułu ochrony od numeru dwa do cztery - choroby lub wystąpił uraz, wymagające przeprowadzenia przeszczepu narządów od żywego dawcy, przeszczepu szpiku kostnego lub operacji pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), operacji zastawki serca, operacji mózgu, operacji łagodnego guza rdzenia kręgowego;
37) **siła wyższa** – zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia, którego skutkom nie można było zapobiec;
38) **spersonalizowana terapia onkologiczna (medycyna precyzyjna)** - świadczenie w ramach umowy ubezpieczenia dodatkowego, w ramach którego Further wykonuje dodatkowe badanie molekularne mające na celu dokładne zdiagnozowanie choroby umożliwiające spersonalizowanie leczenia, w tym oceny oporności, oraz określenie rokowania pacjenta. Świadczenie może zawierać ocenę możliwości uczestnictwa w badaniach klinicznych;
39) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowej ubezpieczenia, a także w § 4 ust. 4 w Tabeli 2, stanowiąca górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela, do wysokości której realizowane są wszystkie świadczenia w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz dziecka, bez względu na liczbę występujących rodzajów poważnych stanów chorobowych, z zastrzeżeniem limitów w ramach poszczególnych świadczeń, wskazanych w § 4 ust. 4 w Tabeli 2;
40) **szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z wymogami prawa państwa, w którym się znajduje, odpowiedzialny za leczenie i zapewnienie całodobowej opieki medycznej przez wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia;
41) **terapia genowa** – terapia, która dotyczy genów powodujących efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny i polega na wprowadzeniu do organizmu fragmentów genów (DNA lub RNA) stworzonych w laboratorium, w celu leczenia różnego rodzaju chorób (w tym chorób genetycznych, nowotworów albo chorób przewlekłych);
42) **terapia komórkami somatycznymi** – terapia, która dotyczy komórek lub tkanek poddanych modyfikacjom w celu zmiany ich charakterystyki biologicznej lub procedury użycia komórek lub tkanek w innej roli, niż ich podstawowa rola biologiczna w organizmie. Procedury te mogą być stosowane do leczenia, diagnostyki lub zapobiegania chorobom;
43) **terapia Limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy – terapia z użyciem limfocytów T z chimerycznymi receptorami antygenowymi)** – rodzaj leczenia, w którym funkcja limfocytów T pacjenta (rodzaj komórek układu odpornościowego) została zmodyfikowana w laboratorium w taki sposób, żeby rozpoznawały i niszczyły komórki nowotworowe. Limfocyty T są pobierane z krwi pacjenta;
44) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – niniejsza umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie leczenia dziecka za granicą Plus;
45) **uprawnieni członkowie rodziny** – naturalne rodzeństwo dziecka ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na nowotwór złośliwy;
46) **zaaprobowany protokół terapii CAR-T** – zastosowanie terapii Limfocytami CAR-T obejmującej pojedynczą infuzję leku oraz etapy leczenia przygotowawczego (wstępnego) wraz z podaniem leków przygotowujących do infuzji (premedykacja), jak również monitorowanie stanu pacjenta po infuzji przeprowadzone ściśle z protokołem leczenia określonym w licencji farmaceutycznej opracowanej przez upoważnione do tego podmioty w kraju, gdzie dana procedura jest przeprowadzana;
47) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie u dziecka poważnego stanu chorobowego objętego zakresem ubezpieczenia w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Zawarcie i czas trwania ubezpieczenia dodatkowego

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
   2) nie później niż 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo innym dokumencie ubezpieczenia, od którego umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.

   Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę dodatkowego ubezpieczenia albo odmówić jej zawarcia.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta, jeśli dziecko ma miejsce zamieszkania w Polsce oraz w dniu doręczenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia do ubezpieczyciela, ukończyło 1. rok życia i nie ukończyło 18 lat.

4. Ubezpieczony i współubezpieczony nie mogą wskazać jednocześnie tego samego dziecka.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 1 rok, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 9.
6. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejny rok, z zastrzeżeniem ust. 7 i 9.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez dziecko 25 lat.
8. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
9. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
   1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 lub
   2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 6;

   dokumentów, na podstawie których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować dziecko na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
10. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w pozostałym zakresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka.
2. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się do realizacji świadczeń określonych w § 6 ust.1, w przypadku wystąpienia u dziecka w okresie odpowiedzialności:
   1) poważnego stanu chorobowego;
   2) każdego kolejnego poważnego stanu chorobowego z tego samego modułu ochrony w okresie realizacji świadczeń, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4.
3. Moduły ochrony i rodzaje poważnych stanów chorobowych objętych odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ramach danego modułu:

Tabela 1 Moduły ochrony i rodzaje poważnych stanów chorobowych

Nr	Moduł ochrony	Rodzaj poważnego stanu chorobowego	Rodzaj poważnego stanu chorobowego upoważniającego do spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej)
1	NOWOTWORY	1) nowotwór złośliwy	Nowotwór złośliwy sklasyfikowany jako spełniający co najmniej jedno z poniższych kryteriów: a) nowotwór złośliwy, który nie odpowiada na leczenie pierwszej linii (zgodnie z opinią lekarza onkologa prowadzącego leczenie) b) nowotwory złośliwe zdiagnozowane w stadium III lub IV c) nowotwory o nieznanym punkcie wyjścia (brak jasno stwierdzonego ogniska pierwotnego nowotworu złośliwego) d) nowotwory rzadkie
		2) nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ)	nie dotyczy
		3) ciężka dysplazja nowotworowa	
2	CHIRURGIA SERCOWO-NACZYNIOWA	4) operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)	nie dotyczy
		5) operacja zastawki serca	
3	NEUROCHIRURGIA	6) operacja mózgu	nie dotyczy
		7) operacja łagodnego guza rdzenia kręgowego	
4	PRZESZCZEPY	8) przeszczep narządów od żywego dawcy	nie dotyczy
		9) przeszczep szpiku kostnego	

4. Uprawnionym do otrzymania świadczeń, określonych w § 6 ust. 1 jest dziecko, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Uprawnionym do otrzymania świadczenia określonego w § 8 ust. 8 oraz w § 13 ust. 1 pkt 2) i w § 13 ust. 2 pkt 3) jest odpowiednio ubezpieczony lub współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego.

6. Do otrzymania zwrotu kosztów zakupu leków dla dziecka wydawanych na receptę, zwrotu kosztów kontroli stanu zdrowia dziecka po leczeniu za granicą organizowanej w Polsce uprawniony jest odpowiednio ubezpieczony lub współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia dziecka za granicą Plus, której przyczyną jest:
   1) wypadek – rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia;
   2) choroba – rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia;

   nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W sytuacji zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o której mowa w § 2 ust. 2 pkt 2) odpowiedzialność ubezpieczyciela w przypadku wskazanym:
   1) w ust. 1 pkt 1) rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5;
   2) w ust. 1 pkt 2) rozpoczyna się po upływie 90 dni liczonych od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.

   Pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje umowa dodatkowego ubezpieczenia wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia dziecka za granicą Plus wygasa na zasadach określonych w § 3 ust.11 OWU, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez dziecko 25 lat.
4. Łączna wysokość wszystkich świadczeń realizowanych w ramach rozpoczętych okresów realizacji świadczeń, bez względu na liczbę występujących rodzajów poważnych stanów chorobowych, nie może przekroczyć maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego (górnej granicy odpowiedzialności), określonej w Tabeli 2, w odniesieniu do danego dziecka, w ramach zawartej umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem limitów w ramach poszczególnych świadczeń:

Tabela 2 Suma ubezpieczenia dodatkowego i limity świadczeń

Wysokość sumy ubezpieczenia dodatkowego (górna granica odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia)	2 000 000 EUR
Rodzaj świadczenia	**Limity w ramach poszczególnych świadczeń**
1. Druga opinia medyczna	jedna opinia dla danego rodzaju poważnego stanu chorobowego
2. Opieka medyczna za granicą (bez spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej)):	
1) Organizacja i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
2) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania	
3) Organizacja i pokrycie kosztów leczenia za granicą	
4) Dzienne świadczenie szpitalne	100 EUR za dzień pobytu w szpitalu, maksymalnie 6 000 EUR na każdy poważny stan chorobowy leczony za granicą w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego dziecka
5) Zwrot kosztów medycznych opłaconych po powrocie z leczenia za granicą – zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę	maksymalnie 50 000 EUR w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego dziecka (bez względu na liczbę poważnych stanów chorobowych leczonych za granicą)
6) Organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
3. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą	
4. Spersonalizowana terapia onkologiczna (medycyna precyzyjna):	
1) Badanie mutacji somatycznych	Pojedyncze badanie profilowania molekularnego i odpowiedni ekspercki raport medyczny dla każdego unikalnego rozpoznania (diagnozy) choroby nowotworowej

2) Opieka medyczna za granicą wynikająca z rekomendacji zawartych w eksperckim raporcie medycznym obejmująca protokoły leczenia zgodnie ze wskazaniami rejestracyjnymi leków i poza wskazaniami rejestracyjnymi leków:	
a) Organizacja i pokrycie kosztów podróży i transportu medycznego	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
b) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania	
c) Organizacja i pokrycie kosztów leczenia za granicą	
d) Dzienne świadczenie szpitalne	100 EUR za dzień pobytu w szpitalu, maksymalnie 6 000 EUR na każdy poważny stan chorobowy leczony za granicą w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego dziecka
e) Zwrot kosztów medycznych opłaconych po powrocie z leczenia za granicą – zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę	maksymalnie 50 000 EUR w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego dziecka (bez względu na liczbę poważnych stanów chorobowych leczonych za granicą)
f) Organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
3) Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą na podstawie rekomendacji z eksperckiego raportu medycznego (protokoły leczenia zgodne ze wskazaniami rejestracyjnymi leków i poza wskazaniami rejestracyjnymi leków)	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
4) Badania kliniczne w Polsce:	
a) Organizacja i pokrycie kosztów podróży i transportu medycznego	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
b) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania	
c) Dzienne świadczenie dla badań klinicznych	100 EUR za dzień pobytu w szpitalu, w którym dziecko przyjmowało lek w ramach badania lub było testowane w wyznaczonym szpitalu lub placówce medycznej, w ramach protokołu badania klinicznego, maksymalnie: 6 000 EUR
d) Organizacja i pokrycie kosztów transportu zwłok do miejsca pochówku	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
5) Badania kliniczne poza Polską:	
a) Organizacja i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
b) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania	
c) Organizacja i pokrycie kosztów medycznych (pod warunkiem, że leczenie i badania kliniczne są przeprowadzane w tym samym szpitalu lub placówce medycznej)	
d) Dzienne świadczenie dla badań klinicznych	100 EUR za dzień pobytu w szpitalu, w którym dziecko przyjmowało lek w ramach badania lub był testowany w wyznaczonym szpitalu lub placówce medycznej, w ramach protokołu badania klinicznego, maksymalnie: 6 000 EUR
e) Organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
f) Kontrola stanu zdrowia po badaniach klinicznych poza Polską	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
6) Testy genetyczne dla rodziny	uprawnieni członkowie rodziny

5. Każdy koszt związany z organizacją i realizacją świadczeń, o których mowa w § 6 ust. 1, pokrywany przez ubezpieczyciela, w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia pomniejsza sumę ubezpieczenia dodatkowego. Wysokość aktualnej sumy ubezpieczenia dodatkowego, ubezpieczony może sprawdzić kontaktując się z infolinią.
6. Suma ubezpieczenia dodatkowego oraz limity odpowiedzialności w ramach poszczególnych świadczeń wyrażone są w EUR. Wszystkie koszty poniesione w walucie innej niż EUR przeliczane są na EUR. Do przeliczenia używany jest średni kurs ogłoszony przez Narodowy Bank Polski z dnia, w którym ten koszt został poniesiony.
7. Zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę, zwrot kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą organizowanej w Polsce, są realizowane w walucie, w której koszt poniósł ubezpieczony, na rachunek bankowy ubezpieczonego.

Składka

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.

Świadczenia

§ 6

1. Zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia:
   1) bez wykorzystania spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej):
      a) druga opinia medyczna, zakres świadczenia określony w § 7;
      b) opieka medyczna za granicą, zakres świadczenia określony w § 8;
      c) kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą, zakres świadczenia określony w § 9.
   2) przy wykorzystaniu spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej):
      a) profilowanie molekularne i ocena jego wyników zawarta w eksperckim raporcie medycznym, zakres świadczenia określony w § 10;
      b) przegląd badań klinicznych, zakres świadczenia określony w § 11;
      c) pokrycie wydatków wynikających z zaleceń spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej), zakres świadczeń określony w § 12-13;
      d) testy genetyczne dla rodziny, zakres świadczenia określony w § 14.

   W przypadku jeśli diagnoza nowotworu złośliwego nie kwalifikowała dziecka do skorzystania ze spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej) to późniejszy rozwój nowotworu złośliwego do stadium III lub IV albo potwierdzona nieskuteczność leczenia pierwszej linii upoważnia do późniejszego skorzystania ze spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej).
2. Świadczenia z zakresu spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej) są realizowane pod warunkiem, że łącznie spełnione są poniższe wymagania:
   1) dziecko jest w trakcie terapii nowotworowej lub otrzymało zalecenie natychmiastowego rozpoczęcia leczenia onkologicznego;
   2) diagnoza nowotworu potwierdza wystąpienie nowotworu złośliwego spełniającego co najmniej jedno z kryteriów określonych w Tabeli 1;
   3) materiał do testów jest dostępny w formie próbki z biopsji spełniającej kryteria wyznaczone przez laboratorium, które umożliwiają mu ich prawidłowe przeprowadzenie. Jeśli próbka nie zawiera wystarczającej liczby komórek nowotworu – w uzasadnionych medycznie przypadkach możliwe jest wykorzystanie płynnej biopsji (próbki krwi).

   Jeśli dany przypadek upoważnia dziecko do skorzystania ze spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej), odpowiednio ubepieczony lub współubezpieczony (w zależności od tego, czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy współubezpieczonego) wyraża zgodę na skorzystanie przez dziecko ze świadczeń z wykorzystaniem spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej), czy też bez niej i informuje o tym Further.
3. Okres realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 1 dla danego modułu ochrony wskazanego w § 3 ust. 3 w Tabeli 1, jest ograniczony do okresu 36 miesięcy i liczony jest odrębnie dla każdego ze wskazanych modułów ochrony, z zastrzeżeniem ust. 4. W sytuacji, gdy 36-miesięczny okres realizacji świadczeń kończy się w trakcie leczenia za granicą, świadczenia będą realizowane na podstawie wcześniej ustalonego planu leczenia, do najbliższego ustalonego dnia powrotu do Polski.
4. Jeżeli w trakcie leczenia nowotworu (realizacji świadczeń w ramach pierwszego modułu ochrony wg. numeracji określonej w § 3 ust. 3 w Tabeli 1) w związku z leczeniem tego nowotworu, konieczne będzie przeprowadzenie operacji lub przeszczepu wskazanych w modułach ochrony od numeru dwa do cztery, to leczenie to realizowane będzie w ramach okresu realizacji świadczeń, który rozpoczął się dla pierwszego modułu ochrony.
5. W przypadku wystąpienia poważnego stanu chorobowego zdefiniowanego w Katalogu poważnych stanów chorobowych dziecka Warta, w ramach świadczeń wymienionych w ust. 1, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztu usług i świadczeń, w wysokości nie przekraczającej podanych limitów i sumy ubezpieczenia dodatkowego określonych w § 4 ust. 4 w Tabeli 2.

Druga opinia medyczna

§ 7

1. W ramach świadczenia drugiej opinii medycznej ubezpieczyciel:
   1) informuje ubezpieczonego o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie drugiej opinii medycznej dla dziecka. Na wniosek ubezpieczonego, na podstawie udzielonego przez niego pełnomocnictwa, ubezpieczyciel zapewnia pomoc w zebraniu wymaganych dokumentów;
   2) tłumaczy zebraną dokumentację na język lekarza konsultanta;
   3) przekazuje dokumentację medyczną lekarzowi konsultantowi;
   4) zapewnia sporządzenie drugiej opinii medycznej przez lekarza konsultanta i jej przetłumaczenie na język polski, i przekazuje ją ubezpieczonemu lub wskazanemu przez niego lekarzowi.
2. Druga opinia medyczna zawiera:
   1) opinię lekarza konsultanta dotyczącą diagnozy postawionej przez lekarza prowadzącego oraz dotychczas prowadzonego leczenia;

2) propozycję planu leczenia.

3. Ubezpieczyciel na podstawie wyników drugiej opinii medycznej przesyła ubezpieczonemu, informacje o przysługującym uprawnieniu do opieki medycznej za granicą dla dziecka, przysługującym okresie realizacji świadczeń, warunkach skorzystania z pozostałych świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie oraz informuje, że w celu organizacji świadczeń opieki medycznej za granicą oraz kontroli stanu zdrowia po powrocie z zagranicy, z ubezpieczonym skontaktuje się Further.
4. Dziecko jest uprawnione do jednego świadczenia z tytułu drugiej opinii medycznej w stosunku do jednego rodzaju poważnego stanu chorobowego, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W uzasadnionych medycznie przypadkach Further, po konsultacji z ubezpieczonym, może sporządzić dodatkową drugą opinię medyczną dla dziecka.
6. Ubezpieczony może zrezygnować z drugiej opinii medycznej dot. stanu zdrowia dziecka. W takiej sytuacji o zasadności i planie leczenia za granicą rozstrzyga Further na podstawie dostarczonej przez ubezpieczonego dokumentacji. Informację w powyższym zakresie ubezpieczony otrzymuje w terminie przewidzianym na wydanie drugiej opinii medycznej określonym w § 15 ust. 4-5.
7. Jeśli ubezpieczony zdecyduje się skorzystać na rzecz dziecka z drugiej opinii medycznej, realizacja świadczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 2) rozpocznie po wydaniu drugiej opinii medycznej.
8. Nie można skorzystać z drugiej opinii medycznej, jeśli w danym przypadku rozpoczęto procedurę z wykorzystaniem spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej) zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 2).

Opieka medyczna za granicą

§ 8

1. Po podjęciu decyzji przez ubezpieczonego o skorzystaniu ze świadczenia opieki medycznej za granicą, Further w ciągu 3 dni roboczych przedstawi ubezpieczonemu listę trzech rekomendowanych placówek medycznych za granicą, kwalifikujących się do przeprowadzenia zaleconego w drugiej opinii medycznej dalszego leczenia poważnego stanu chorobowego dziecka poza granicami Polski.
2. Ubezpieczony ma prawo wyboru jednej z przedstawionych placówek medycznych w ciągu trzech miesięcy od daty otrzymania listy rekomendowanych placówek medycznych.
3. Po otrzymaniu od ubezpieczonego informacji o wyborze jednej z przedstawionych placówek medycznych, Further rozpoczyna proces organizacji świadczenia opieki medycznej za granicą dla dziecka poprzez:
   1) przekazanie ubezpieczonemu w ciągu 10 dni roboczych certyfikatu leczenia za granicą, oraz
   2) organizację podróży i zakwaterowania, które są konieczne do rozpoczęcia leczenia za granicą.

   Further informuje ubezpieczonego o proponowanych datach podróży z odpowiednim wyprzedzeniem, które pozwoli na ustalenie z ubezpieczonym ostatecznej daty podróży oraz niezbędne przygotowania. W przypadku, gdy ubezpieczony bez uzasadnienia medycznego, bez ważnego powodu osobistego albo bez uzgodnienia z Further zmieni ustaloną ostateczną datę podróży, Further zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do ubezpieczonego o zwrot kosztów związanych ze zmianą ustalonej ostatecznej daty podróży.
4. Jeżeli w okresie trzech miesięcy od daty otrzymania rekomendowanych placówek medycznych, ubezpieczony nie podejmie decyzji o wyborze placówki medycznej i nie rozpocznie się leczenie dziecka w wybranej placówce medycznej wskazanej w certyfikacie leczenia za granicą, lista rekomendowanych placówek medycznych oraz certyfikat leczenia za granicą zostaną przygotowane ponownie na podstawie oceny aktualnego stanu zdrowia dziecka.
5. W ramach podróży i transportu medycznego związanych z leczeniem za granicą, ubezpieczyciel, zapewnia:
   1) organizację i pokrycie kosztów podróży dziecka, dwóch osób towarzyszących i dawcy – do miejsca, w którym znajduje się wybrana przez ubezpieczonego placówka medyczna za granicą oraz podróży powrotnej do Polski lub do miejsca zamieszkania dawcy (jeśli znajduje się ono poza Polską) w zakresie:
      a) transportu z miejsca zamieszkania do wyznaczonego lotniska międzynarodowego lub dworca kolejowego;
      b) biletów na pociąg lub biletów lotniczych w klasie ekonomiczniej do miasta docelowego leczenia i transportu do wskazanego hotelu lub bezpośrednio do szpitala;
      c) transportu z wyznaczonego hotelu lub szpitala do wskazanego międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego;
      d) biletów na pociąg lub biletów lotniczych w klasie ekonomicznej, a następnie transportu do miejsca zamieszkania;
   2) organizację i pokrycie kosztów transportu, w tym ambulansem drogowym lub karetką powietrzną dziecka, dwóch osób towarzyszących i dawcy, zaplanowanego i zaakceptowanego przez Further, jeżeli taki transport został zalecony przez lekarza konsultanta lub lekarza prowadzącego leczenie za granicą.
6. W ramach zakwaterowania podczas leczenia za granicą ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania dziecka, dwóch osób towarzyszących i dawcy w miejscu leczenia poważnego stanu chorobowego (poza granicami Polski), w pokoju dwuosobowym ze śniadaniem w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym, który znajduje się najbliżej placówki medycznej za granicą wybranej przez ubezpieczonego, w odległości nie większej niż 10 km od tej placówki, z zastrzeżeniem § 16 ust. 5 pkt. 1).
7. W ramach kosztów medycznych opłacanych w trakcie leczenia za granicą, ubezpieczyciel, zapewnia:
   1) organizację i pokrycie wszelkich kosztów leczenia za granicą, które wynikają z przyjętego planu leczenia lub są związane z leczeniem poważnego stanu chorobowego, do wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego oraz limitów wskazanych w § 4 ust. 4 w Tabeli 2 (z wyjątkiem usług i kosztów wyraźnie wyłączonych w niniejszych OWUD), w szczególności organizację i pokrycie kosztów:
      a) zakwaterowania i wyżywienia w szpitalu:
         a. zakwaterowania dziecka w szpitalu, które wynika z planu leczenia, oraz dodatkowych łóżek dla dwóch osób towarzyszących – jeśli szpital zapewnia taką usługę;
         b. posiłków dla dziecka, które są standardowo oferowane przez szpital;

b) leczenia poważnego stanu chorobowego:
   a. opieki lekarskiej, pielęgniarskiej oraz opieki pozostałego personelu medycznego w każdym oddziale szpitala, w którym – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego i ze względu na przebieg leczenia – jest konieczne leczenie oraz w ambulatorium, zgodnie z zasadami pracy szpitala;
   b. wizyt lekarza prowadzącego leczenie za granicą, jeżeli dziecko zostało przewiezione do innej placówki medycznej;
   c. badań diagnostycznych, które są wymagane do przygotowania leczenia lub w jego trakcie i są wykonywane na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie za granicą, w tym: badań rentgenowskich (RTG), tomografii komputerowej (CT), badań elektrokardiograficznych (EKG), elektroencefalograficznych (EEG), ultrasonograficznych (USG), badań z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, mikroskopowych badań szpiku kostnego (mielogram), kardiografii, angiografii, rezonansu magnetycznego (MRI);
   d. leczenia metodami chemioterapii, leczenia metodami radioterapii rozumianej jako promieniowanie wysokoenergetyczne do zmniejszania guzów i niszczenia komórek nowotworowych promieniami rentgenowskimi, promieniami gamma i naładowanymi cząstkami, dostarczanymi przez urządzenie zlokalizowane poza ciałem (promieniowanie wiązką zewnętrzną) lub przez materiał radioaktywny umieszczony w organizmie w pobliżu komórek nowotworowych (wewnętrzna radioterapia);
   e. znieczulenia, jego podania przez lekarza anestezjologa oraz opieki anestezjologicznej przed, w trakcie i po zakończeniu znieczulenia;
   f. korzystania z sal operacyjnych oraz wykonania operacji chirurgicznych;
   g. chirurgii rekonstrukcyjnej, która polega na odbudowie lub naprawie struktury ciała w celu skorygowania funkcji uszkodzonej lub utraconej wskutek wykonanych procedur medycznych przeprowadzonych w ramach leczenia za granicą;
   h. transfuzji krwi, podawania osocza i surowicy;
   i. podawania tlenu, iniekcji dożylnych, podskórnych, domięśniowych;
   j. leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie leczenia za granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub w innej placówce medycznej i są niezbędne, żeby dziecko mogło zostać uznane za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu leczenia za granicą;
   k. leków i środków opatrunkowych, które są używane w placówce medycznej za granicą;
   l. leków wydawanych na receptę przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą, które zostały przepisane po przeprowadzonej operacji, w ciągu 30 dni od daty zakończenia przez dziecko leczenia za granicą i tylko wtedy, gdy zostały zakupione przed powrotem do Polski;
   m. transportu, ambulansem drogowym lub karetką powietrzną dla dziecka, dwóch osób towarzyszących i dawcy, zaplanowanego i zaakceptowanego przez Further, jeśli ich użycie jest wskazane i zalecone przez lekarza konsultanta lub lekarza prowadzącego leczenie za granicą;
   n. usług tłumacza medycznego w placówce medycznej za granicą; tłumacz posługuje się tym samym językiem, co dziecko;
   o. usług, które świadczą oddziały dzienne, pod warunkiem, że te same procedury medyczne mogłyby być wykonane w szpitalu albo placówce medycznej w ramach leczenia za granicą;

c) przeszczepu:
   a. badań diagnostycznych potwierdzających zgodność tkankową przeprowadzanych w celu zidentyfikowania odpowiedniego dawcy wśród członków rodziny dziecka;
   b. usług szpitalnych świadczonych na rzecz dawcy w zakresie: zakwaterowania w pokoju lub oddziale i wyżywienia podczas hospitalizacji;
   c. opieki lekarskiej i pielęgniarskiej podczas hospitalizacji, obsługi pozostałego personelu medycznego, badań zleconych przez lekarza świadczonej na rzecz dawcy;
   d. operacji pobrania narządu lub szpiku kostnego od dawcy dla dziecka;
   e. leków i środków opatrunkowych;
   f. leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie leczenia za granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub w warunkach klinicznych i są niezbędne, żeby dawca mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu procedury przeszczepu;

d) usług i materiałów na potrzeby hodowli szpiku kostnego w związku z przeszczepem tkanki u dziecka.

8. W ramach dziennego świadczenia szpitalnego, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu dzienne świadczenie szpitalne, w wysokości równowartości 100 EUR za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu połączony z noclegiem poza granicami Polski, w celu leczenia poważnego stanu chorobowego na podstawie certyfikatu leczenia za granicą. Łączna wysokość świadczenia nie może przekroczyć limitu oraz sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w § 4 ust. 4 w Tabeli 2.
9. Świadczenie, o którym mowa w ust. 8 wypłacane jest na rachunek bankowy wskazany przez uprawnionego, w ciągu 14 dni po każdym zakończonym tygodniu pobytu w szpitalu za granicą.
10. W ramach repatriacji zwłok ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów repatriacji zwłok dziecka lub dawcy, jeśli śmierć dziecka lub dawcy nastąpiła w czasie organizowanego przez Further procesu leczenia poważnego stanu chorobowego za granicą.
11. Świadczenie, o którym mowa w ust. 10 obejmuje zakup trumny przewozowej, balsamowanie zwłok, transport na lotnisko, przelot oraz transport z lotniska do miejsca pochówku w Polsce lub w przypadku dawcy w kraju zamieszkania.
12. W ramach kosztów medycznych opłacanych po powrocie z leczenia za granicą, ubezpieczyciel zapewnia zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę po powrocie do Polski, jeżeli dziecko korzystało z leczenia za granicą i jego pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 3 dni oraz jeżeli zostały spełnione łącznie następujące warunki:

1) leki wydawane na receptę zalecił lekarz prowadzący leczenie za granicą jako niezbędną kontynuację leczenia;
2) recepty, na podstawie zaleceń lekarza prowadzącego leczenie za granicą, wystawił lekarz w Polsce przed upływem okresu realizacji świadczeń;
3) ilość leku na każdej recepcie, wyliczona na podstawie zaleconego sposobu dawkowania, jest niezbędna do stosowania w okresie nie dłuższym niż trzy miesiące;
4) leki wydawane na receptę zostały zakupione w Polsce;
5) ubezpieczony przedstawił dokumenty potwierdzające zakup leków wydawanych na receptę w Polsce.

13. Zwrot ubezpieczonemu poniesionych kosztów zakupu leków wydawanych na receptę następuje w przypadku:
1) złożenia wniosku o zwrot kosztów, kopii recepty lub wydruku informacyjnego o e-recepcie i rachunku;
2) wskazania we wniosku o zwrot kosztów informacji o częściowym sfinansowaniu leku przez publiczną służbę zdrowia, o ile taka sytuacja ma miejsce.

14. Dokumenty, o których mowa w ust.12 pkt 5), powinny być dostarczone do ubezpieczyciela w ciągu 180 dni od dnia, w którym ubezpieczony poniósł te wydatki.
15. W przypadku, gdy leki wydawane na receptę, które zalecił lekarz prowadzący leczenie za granicą jako niezbędną kontynuację leczenia nie są dostępne w Polsce lub nie są dopuszczone do obrotu w Polsce, ubezpieczenie pokrywa również zakup tych leków za granicą. W tym przypadku ubezpieczyciel organizuje wystawienie recepty oraz organizuje i pokrywa koszty podróży i zakwaterowania dziecka oraz dwóch osób towarzyszących za granicą, w celu zakupu zaleconych leków, na zasadach obowiązujących dla świadczenia opieki medycznej za granicą.

Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą

§ 9

1. W przypadku wystąpienia poważnego stanu chorobowego dziecka, ubezpieczyciel zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w wysokości nie przekraczającej podanych limitów w ramach poszczególnych świadczeń i sumy ubezpieczenia dodatkowego, określonych w § 4 ust. 4 w Tabeli 2.
2. Po zakończeniu leczenia za granicą, ubezpieczyciel:
1) potwierdza ubezpieczonemu zakończenie leczenia dziecka za granicą, gdy zgodnie z opinią lekarza prowadzącego leczenie za granicą, z medycznego punktu widzenia, nie jest już konieczne dalsze leczenie w placówce medycznej za granicą;
2) przekazuje ubezpieczonemu przetłumaczoną na język polski dokumentację medyczną dotyczącą leczenia dziecka za granicą wraz z planem kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w związku z przebytym poważnym stanem chorobowym, zawierającym zalecenia lekarza prowadzącego to leczenie;
3) przedstawia ubezpieczonemu listę rekomendowanych placówek medycznych w Polsce;
4) po zakończeniu leczenia za granicą i powrocie do Polski, zwraca ubezpieczonemu koszty wynikające z realizacji planu kontroli stanu zdrowia po leczeniu dziecka za granicą w rekomendowanej lub zaakceptowanej przez ubezpieczyciela placówce medycznej w Polsce, z zastrzeżeniem pkt 5) oraz ust. 3 pkt 2);
5) na wniosek ubezpieczonego kontrola stanu zdrowia może się odbyć w placówce medycznej za granicą.

3. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą obejmuje badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz konsultacje lekarskie z nimi związane, które są realizowane wyłącznie w rekomendowanych lub zaakceptowanych przez ubezpieczyciela placówkach medycznych w Polsce lub placówkach medycznych za granicą zgodnie z poniższym:
1) kontrola przeprowadzana w Polsce – jest organizowana i opłacana przez ubezpieczonego. Ubezpieczyciel zwraca ubezpieczonemu poniesione koszty po otrzymaniu faktur lub rachunków i dowodów płatności, z wyjątkiem kosztów kontroli stanu zdrowia finansowanych przez publiczną służbę zdrowia, z zastrzeżeniem ust. 5-7 lub
2) kontrola przeprowadzana za granicą – jest organizowana i opłacana przez ubezpieczyciela na zasadach obowiązujących dla świadczenia opieki medycznej za granicą. Przeprowadzana jest przez lekarza, który prowadził leczenie za granicą lub jego zespół medyczny.

4. Ubezpieczyciel zwraca koszty poniesione w ramach kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, jeśli zostały poniesione przed upływem okresu realizacji świadczeń.
5. Rachunki, faktury lub dowody płatności w przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1), powinny być dostarczone do ubezpieczyciela w ciągu 180 dni od dnia, w którym ubezpieczony poniósł te wydatki.
6. Jeżeli kontrola stanu zdrowia jest częściowo finansowana przez publiczną służbę zdrowia, we wniosku o zwrot kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, ubezpieczony powinien określić i wykazać, które koszty zostały poniesione przez niego.
7. Jeżeli wskutek zmiany stanu zdrowia, lekarze prowadzący kontrolę stanu zdrowia w Polsce zmienią zalecenia lekarza prowadzącego leczenie za granicą, ubezpieczyciel zwróci koszty kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, po akceptacji tych zmian przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą.

Profilowanie molekularne

§ 10

1. W ramach spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej) Further przeprowadza badanie mutacji somatycznych zakończone eksperckim raportem medycznym, zgodnie z procesem określonym poniżej:
1) Further infomuje ubezpieczonego o zakresie informacji medycznych niezbędnych do oceny przydatności i kompletności dokumentacji (diagnoza dziecka, dostępność próbki biologicznej, dotychczasowy przebieg leczenia itd.) oraz sporządza listę brakujących dokumentów oraz plan działania w celu określenia rodzaju badania oraz wymaganego materiału diagnostycznego dziecka. Ubezpieczonego wspiera w tym procesie zespół Further;

2) Further wybiera najbardziej odpowiednie laboratorium oraz organizuje odbiór próbki od ubezpieczonego. Koszt dostarczenia próbki do laboratorium pokrywany jest przez Further;
3) Laboratorium w ciągu 15 dni roboczych wykonuje test wraz z podsumowaniem i raportem dotyczącym profilu molekularnego nowotworu złośliwego. Jeśli leczenie onkologiczne rozpoczęło się przed wykonaniem badania mutacji somatycznych dziecko nie powinno przerywać leczenia w oczekiwaniu na wyniki testu;
4) W wyniku współpracy Further z radą ekspertów medycznych, którą tworzą zewnętrzni specjalisci w zakresie onkologii, genetyki i patomorfologii w ciągu 10 dni roboczych powstaje ekspercki raport medyczny, dokument medyczny, który przekłada wyniki badania mutacji somatycznych na rekomendacje kliniczne.

2. Rada ekspertów medycznych udziela wyczerpujących informacji i doradza w zakresie wniosków z profilowania molekularnego, w formie eksperckiego raportu medycznego, który obejmuje:
1) kliniczne podsumowanie stanu zdrowia dziecka;
2) wnioski z badań mutacji somatycznych;
3) zalecenia dotyczące leczenia o najwyższym potencjale klinicznym;
4) ocenę oporności lub toksyczności pewnych metod terapeutycznych, które mogą mieć wpływ na dalsze rekomendacje terapeutyczne;
5) dostępność badań klinicznych (o ile mają zastosowanie);
6) wnioski odnośnie możliwych mutacji dziedzicznych i nowotworów dziedziczonych (jeśli ma zastosowanie). W przypadku gdyby ekspercki raport medyczny zidentyfikował potencjalne dziedziczone mutacje genów u dziecka, dziecko będzie mogło skorzystać również z badania mutacji germinalnych.

3. Po dostarczeniu eksperckiego raportu medycznego, Further kontaktuje się z ubezpieczonym w celu pełnego omówienia i wyjaśnienia wyników raportu. Za zgodą ubezpieczonego, lekarz onkolog prowadzący leczenie może wziąć udział w konsultacji specjalistycznej z członkiem rady ekspertów medycznych, który brał udział w przygotowaniu eksperckiego raportu medycznego.

4. Jeśli dziecko korzysta ze spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej), ubezpieczony nie może jednocześnie wnioskować o wykonanie drugiej opinii medycznej dla tej samej diagnozy nowotworu złośliwego dziecka.

5. Dla każdej unikalnej diagnozy nowotworu złośliwego, w zakresie spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej) wykonywany jest jeden zestaw badań mutacji somatycznych i powiązane z nim opracowanie przypadku (jeden ekspercki raport medyczny). Unikalna diagnoza nowotworu złośliwego odnosi się do określonego kodu przypisanego do danego nowotworu zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Ze świadczenia spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej) można skorzystać ponownie w przypadku nowego nowotworu złośliwego, niezwiązanego z poprzednim nowotworem złośliwym, zdiagnozowanym pod innym kodem ICD-10.

Przegląd badań klinicznych

§ 11

1. Jeśli zgodnie z zaleceniami eksperckiego raportu medycznego ubezpieczony może rozważyć możliwość udziału dziecka w leczeniu w ramach badań klinicznych, i jeśli ubezpieczony podejmie taką decyzję, Further zapewni wsparcie w zakresie:
1) informacji o badaniach klinicznych;
2) przeszukiwania baz danych badań klinicznych;
3) kontaktu z ośrodkami badań klinicznych przeprowadzającymi badania kliniczne w zakresie odpowiedniego leczenia do przypadku dziecka w Polsce oraz, w razie konieczności, poszerzenia zakresu poszukiwań poza Polskę;
4) weryfikacji, czy dziecko spełnia kryteria udziału w danym badaniu klinicznym.

Further dostarcza przegląd badań klinicznych zawierający powyższe informacje w ciągu 30 dni od daty wniosku ubezpieczonego.

2. Further dołoży wszelkich starań w celu znalezienia odpowiedniego badania klinicznego dla przypadku medycznego dziecka, jednak nie może tego zagwarantować. Decyzję o udziale w badaniach klinicznych podejmuje ubezpieczony.

3. Jeśli poszukiwania badań klinicznych odpowiednich do przypadku dziecka nie powiodą się lub jeśli ubezpieczony nie zdecyduje się na udział dziecka w wybranych badaniach klinicznych, Further na wniosek ubezpieczonego przeprowadzi drugą i ostateczną próbę znalezienia odpowiednich badań klinicznych. W zależności od tego, jak dużo czasu upłynęło od poprzedniego przeglądu badań, niektóre etapy procesu mogą zostać powtórzone (np. zebranie zaktualizowanej dokumentacji medycznej).

4. Ubezpieczony powinien skonsultować decyzję w sprawie udziału w badaniach klinicznych z lekarzem onkologiem prowadzącym leczenie dziecka.

5. Jeśli ubezpieczony potwierdzi wolę udziału dziecka w jednym z wybranych badań klinicznych, Further zapewni:
1) wsparcie administracyjne w wypełnieniu dokumentów, w tym, o ile to będzie konieczne, ich tłumaczenia;
2) informacje dotyczące szczegółów podróży i zakwaterowania, o ile to konieczne, w zależności od miejsca, w którym będzie przeprowadzone leczenie w ramach badania klinicznego;
3) informacje o zakresie pokrycia kosztow podróży, zakwaterowania oraz dziennego świadczenia dla badań klinicznych, zgodnie z § 13.

W ramach spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej) dziecko ma prawo do jednokrotnego skorzystania z przeglądu badań klinicznych dla każdej unikalnej diagnozy nowotworu złośliwego.

Leczenie w ramach spersonalizowanej terapii onkologicznej (Medycyny precyzyjnej)

§ 12

1. W następstwie procesu określonego w § 10-11, w ramach spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej) powstaje lista rekomendacji klinicznych opracowanych w ramach eksperckiego raportu medycznego i lista prowadzonych badań klinicznych dotyczących konkretnej jednostki onkologicznej. Terapie te dzielą się na 3 grupy, w zależności od ich medycznej specyfiki:
   1) protokoły leczenia zgodne ze wskazaniami rejestracyjnymi leków („on label"),
   2) protokoły leczenia poza wskazaniami rejestracyjnymi leków („off label"),
   3) badania kliniczne.
2. Terapiom, wymienionym w ust. 1 odpowiada poniższy zakres świadczeń:
   1) protokoły leczenia zgodne ze wskazaniami rejestracyjnymi leków („on label"):
      a) rekomendacja jest sporządzona w formie protokołu, który obejmuje leczenie onkologiczne zgodnie z zakresem, dawką i zaleceniami dotyczącymi metody przyjmowania leku zaakceptowanymi we wskazaniach rejestracyjnych wydanych przez odpowiedni do tego organ;
      b) zakres opieki medycznej za granicą obejmuje świadczenia określone w § 8-9 z uwzględnieniem § 16;
      c) zakres świadczeń nie obejmuje leczenia w Polsce.
   2) protokoły leczenia poza wskazaniami rejestracyjnymi leków („off label"):
      a) rekomendacja jest sporządzona w formie protokołu, który obejmuje terapie nowotworowe, które nie spełniają wskazań rejestracyjnych wydanych przez odpowiedni do tego organ. Odstępstwo może dotyczyć wskazania do leczenia innego nowotworu złośliwego, stosowania innej dawki lub zaleceń dotyczących metody przyjmowania leku;
      b) zakres opieki medycznej za granicą obejmuje świadczenia określone w § 8-9 z uwzględnieniem § 16;
      c) certyfikat leczenia za granicą obejmuje leczenie onkologiczne poza wskazaniami rejestracyjnymi w wybranym szpitalu za granicą, który oferuje świadczenia wymienione w eksperckim raporcie medycznym;
      d) zakres świadczeń nie obejmuje:
         a. leczenia przeprowadzonego w Polsce;
         b. jakiegokolwiek protokołu CAR-T innego niż zaaprobowany protokół terapii CAR-T;
         c. jakiegokolwiek protokołu nie zarekomendowanego w eksperckim raporcie medycznym.
   3) badania kliniczne:
      a) rekomendacja jest zawarta w eksperckim raporcie medycznym, a w przeglądzie badań klinicznych znajduje się propozycja stosownego badania klinicznego;
      b) zakres świadczeń jest określony w § 13.

Badania kliniczne

§ 13

1. Jeśli ubezpieczony na podstawie przeglądu badań klinicznych zdecyduje się na udział dziecka w badaniach klinicznych w szpitalu lub w placówce medycznej w Polsce, znajdującej się w odległości większej niż 100 km od miejsca zamieszkania, w zakresie świadczeń są:
   1) Koszty podróży i zakwaterowania dziecka oraz 2 osób towarzyszących – zgodnie z zakresem określonym w § 8 ust. 5-6 obejmującym podróż w klasie ekonomicznej i rezerwację pokoju dwuosobowego ze śniadaniem w trzy- lub czterogwiazdkowym hotelu znajdującym się w odległości nie większej niż 10 km od miejsca przeprowadzania badań klinicznych;
   2) Dzienne świadczenie dla badań klinicznych – uprawniony otrzymuje 100 EUR za każdy dzień, w którym dziecko bierze udział w badaniu klinicznym w wyznaczonym szpitalu lub placówce medycznej w ramach protokołu badań klinicznych zgodnie z ustaleniami z organizatorem badań klinicznych. Świadczenie realizowane jest stosując odpowiednio zasady określone w § 8 ust. 9;
   3) Transport zwłok – w przypadku śmierci dziecka w trakcie udziału w badaniach klinicznych w Polsce. Świadczenie realizowane jest stosując odpowiednio zasady określone w § 8 ust. 10-11.
2. Jeśli ubezpieczony na podstawie przeglądu badań klinicznych zdecyduje się na udział dziecka w badaniach klinicznych w szpitalu lub w placówce medycznej poza Polską, w zakresie świadczeń są:
   1) Koszty medyczne – zakres świadczeń w ramach spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej) obejmuje leczenie za granicą zgodne ze standardem opieki medycznej określonym w ust. 5 oraz w § 8 ust. 5-15, pod warunkiem, że leczenie jest przeprowadzane w tym samym szpitalu lub placówce medycznej, w którym jest przeprowadzane badanie kliniczne. Po zakończeniu badania klinicznego za granicą ubezpieczonemu i dziecku przysługuje prawo do świadczeń określonych w § 9;
   2) Koszty podróży i zakwaterowania - dla dziecka oraz dwóch osób towarzyszących, zgodnie z zakresem określonym w § 8 ust. 5-6 obejmującym podróż w klasie ekonomicznej i rezerwację pokoju dwuosobowego ze śniadaniem w trzy- lub czterogwiazdkowym hotelu w odległości nie większej niż 10 km od miejsca przeprowadzania badań klinicznych;
   3) Dzienne świadczenie dla badań klinicznych – uprawniony otrzymuje 100 EUR za każdy dzień, w którym dziecko bierze udział w badaniu klinicznym w wyznaczonym szpitalu lub placówce medycznej w ramach protokołu badań klinicznych zgodnie z ustaleniami z organizatorem badań klinicznych. Świadczenie to nie jest wypłacane za dni, za które ubezpieczonemu przysługuje dzienne świadczenie szpitalne określone w § 8 ust. 8-9;
   4) Repatriacja zwłok – w przypadku śmierci dziecka w trakcie udziału w badaniach klinicznych poza Polską. Świadczenie realizowane jest stosując odpowiednio zasady określone w § 8 ust. 10-11.
3. Organizator badań klinicznych wskazuje ubezpieczonemu zakres kosztów medycznych, które zostaną pokryte w ramach badania klinicznego.

4. Koszt leków stanowiących przedmiot badania klinicznego oraz koszt bieżącego monitorowania wyników tych badań jest poza zakresem ubezpieczenia.
5. Badania kliniczne zazwyczaj odbywają się w połączeniu lub równolegle z aktualnie przyjętym standardem leczenia danej diagnozy nowotworu (zgodnie ze „standardem opieki medycznej") - jeżeli organizator badania klinicznego nie pokryje kosztów leczenia zgodnie z wyżej wspomnianym aktualnie przyjętym standardem leczenia danej diagnozy nowotworu, zostaną one pokryte w ramach ubezpieczenia w zakresie określonym w § 13.

Testy genetyczne dla rodziny

§ 14

1. Jeśli ekspercki raport medyczny potwierdza wykrycie potencjalnie dziedzicznych mutacji genów, Further zaproponuje ubezpieczonemu badanie mutacji germinalnych dziecka i pokryje jego koszty.
2. Jeśli wynik badania mutacji germinalnych dziecka jest dodatni, Further zaproponuje badanie mutacji germinalnych uprawnionym członkom rodziny dziecka w celu ustalenia obecności mutacji genów u tych osób. Testy odbywają się za zgodą osoby poddawanej testowi.
3. Further w oparciu o przesłanki medyczne podejmuje decyzję, kto z członków rodziny dziecka zostanie poddany badaniu mutacji germinalnych.
4. Further organizuje pobranie próbki i dostarcza ją do laboratorium. Laboratorium przeprowadza badanie oraz podaje wyniki.
5. W przypadku, jeśli wyniki testu są pozytywne, ekspert w zakresie genetyki współpracujący z Further przekazuje raport z wytycznymi uprawnionemu członkowi rodziny, a następnie kontaktuje się z uprawnionym członkiem rodziny ubezpieczonego w celu omówienia jego wyników.

Realizacja świadczeń

§ 15

1. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego do ubezpieczyciela przez ubezpieczonego.
2. W celu uzyskania świadczenia ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie z Infolinią i podać następujące dane:
   1) imię i nazwisko ubezpieczonego oraz dziecka;
   2) miejsce zamieszkania;
   3) numer polisy ubezpieczeniowej;
   4) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
   5) adres email – poczty elektronicznej;
   6) dzień wystąpienia poważnego stanu chorobowego.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest:
   1) dostarczyć wymagane przez ubezpieczyciela dokumenty;
   2) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej zgłaszanego rozpoznania poważnego stanu chorobowego dziecka;
   3) współpracować z Further w zakresie koniecznym do właściwej realizacji świadczeń.
4. Druga opinia medyczna wraz z informacją, o przysługującym dziecku uprawnieniu do opieki medycznej za granicą zostanie sporządzona i wysłana do ubezpieczonego w sposób z nim uzgodniony (pocztą na adres zamieszkania lub na adres poczty elektronicznej) w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczyciela, zgłoszenia roszczenia/ zawiadomienia o wystąpieniu poważnego stanu chorobowego.
5. Jeśli w terminie określonym w ust. 4 nie jest możliwe przygotowanie drugiej opinii medycznej, to zostanie ona przekazana ubezpieczonemu w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności jej sporządzenie stanie się możliwe. Bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel realizuje w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu poważnego stanu chorobowego.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 16

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, jest wyłączona, gdy poważny stan chorobowy powstał w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko;
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
   3) czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
   4) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
   5) zatruciem dziecka alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem dziecka pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
   6) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
   7) rozpoznanymi u dziecka chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeśli w dniu wystąpienia poważnego stanu chorobowego dziecko nie posiadało miejsca zamieszkania w Polsce albo posiadało miejsce zamieszkania w Polsce, ale w ciągu 12 miesięcy przed wystąpieniem poważnego stanu chorobowego przebywało poza Polską dłużej niż 183 dni kalendarzowe.

3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, nie zrealizuje świadczenia i nie pokrywa kosztów powstałych w związku z:
   1) niezastosowaniem się przez dziecko do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie za granicą lub do określonego planu leczenia;
   2) odmową poddania się dziecka leczeniu, dodatkowym analizom lub badaniom diagnostycznym koniecznym w celu określenia ostatecznej diagnozy lub planu leczenia;
   3) leczeniem innymi metodami, jeśli zalecanym przez lekarza konsultanta sposobem leczenia jest przeszczep, określony w module czwartym;
   4) leczeniem nowotworów związanych z AIDS i infekcją wirusem HIV;
   5) leczeniem nowotworów skóry, który nie jest czerniakiem złośliwym, i który nie został sklasyfikowany histopatologicznie, histologicznie jako powodujący inwazję/naciekanie poza naskórek (zewnętrzną warstwę skóry);
   6) postępowaniem profilaktycznym;
   7) leczeniem alternatywnym:
   8) leczeniem eksperymentalnym nawet, jeśli zaleca je lekarz podczas leczenia poważnego stanu chorobowego, jak również te procedury diagnostyczne, terapeutyczne i/lub chirurgiczne, których bezpieczeństwo i wiarygodność nie zostały uznane przez międzynarodową społeczność naukową za wyjątkiem:
      a) leczenia poza wskazaniami rejestracyjnymi leków („off label”);
      b) badań klinicznych realizowanych zgodnie z § 12-13.
   9) leczeniem z wykorzystaniem terapii genowej, terapii komórkami somatycznymi, inżynierii tkankowej; za wyjątkiem terapii Limfocytami CAR-T jeśli:
      a) leczenie jest przeprowadzane na podstawie rekomendacji z eksperckiego raportu medycznego
      i
      b) jest prowadzone zgodnie z zaaprobowanym protokołem terapii CAR-T;
   10) leczeniem z zastosowaniem innej techniki niż pomostowanie (by-pass) tętnic wieńcowych w przypadku operacyjnego wykonania pomostów aortalno-wieńcowych naczyniowych (by-pass) w przypadku choroby niedokrwiennej serca (choroby wieńcowej);
   11) przeszczepieniem narządów od żywego dawcy, w którym:
      a) konieczność przeprowadzenia przeszczepu wątroby wynika ze skutków alkoholowej choroby wątroby;
      b) wykonanie przeszczepu wymaga leczenia komórkami macierzystymi;
      c) narząd do przeszczepu został zakupiony od dawcy narządów;
      d) dziecko jest dawcą dla osoby trzeciej;
   12) przeszczepieniem narządów szpiku kostnego z wykorzystaniem przeszczepu krwiopochodnych komórek macierzystych z krwi pępowinowej.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje pokrycia kosztów w związku z:
   1) leczeniem chorób oraz wykonywaniem procedur medycznych nieobjętych zakresem ubezpieczenia;
   2) świadczeniami, które nie zostały wskazane w drugiej opinii medycznej przez lekarza konsultanta w celu leczenia poważnego stanu chorobowego;
   3) poniesieniem kosztów w innej placówce medycznej za granicą niż wskazana w certyfikacie leczenia za granicą, do której zostało skierowane dziecko;
   4) leczeniem powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych zastosowanych podczas leczenia za granicą, innych niż te, które:
      a) wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub innej placówce medycznej za granicą oraz
      b) są niezbędne, żeby dziecko mogło zostać uznane za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu leczenia za granicą;
   5) leczeniem długotrwałych skutków ubocznych, łagodzeniem przewlekłych objawów lub rehabilitacją (w tym fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej oraz terapii logopedycznej);
   6) leczeniem lub pobytem w szpitalach uzdrowiskowych (sanatoryjnych), szpitalach rehabilitacyjnych, sanatoriach i uzdrowiskach, ośrodkach pomocy społecznej, domach opieki, ośrodkach leczenia uzależnień, hospicjach, ośrodkach opieki domowej, nawet jeśli takie leczenie lub usługi są zalecane lub konieczne w ramach leczenia poważnego stanu chorobowego;
   7) leczeniem zmian otępiennych, które wywołuje starość lub w przypadku wszelkiego rodzaju zaburzeń poznawczych, niezależnie od tego, jaka jest ich przyczyna;
   8) epidemią, którą ogłaszają władze państwowe.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje pokrycia kosztów:
   1) dodatkowych posiłków, poza śniadaniami hotelowymi zapewnionymi w ramach pobytu w hotelu oraz wszelkich innych dodatkowych kosztów pobytu w hotelu. Podwyższenie standardu hotelu nie jest objęte ubezpieczeniem;
   2) przejazdów z hotelu do szpitala lub placówki medycznej lub do lekarza prowadzącego podczas leczenia za granicą;
   3) rozmów telefonicznych dziecka, dawcy oraz osób towarzyszących;
   4) tłumacza i tłumaczenia w innym zakresie niż te, które są przygotowane przez Further;
   5) usług świadczonych osobie towarzyszącej, z wyjątkiem kosztów objętych ubezpieczeniem w ramach organizacji i pokrycia kosztów podróży, transportu i zakwaterowania;
   6) zakwaterowania, transportu organizowanego przez ubezpieczonego, we własnym zakresie bądź przez osobę trzecią w imieniu ubezpieczonego;
   7) wydatków medycznych poniesionych przez ubezpieczonego przed datą wystawienia certyfikatu leczenia za granicą;

8) zakupu leków lub kosztów leków podanych dziecku, wydawanych na receptę po powrocie do Polski, które są dostępne bez recepty lub zostały w całości sfinansowane przez publiczną służbę zdrowia.

6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje pokrycia kosztów powstałych w związku z zakupem lub wynajmem:
   1) sztucznych narządów lub organów ani urządzeń, które zastępują całość albo część narządu lub całość albo część funkcji tego narządu (protez), z wyjątkiem protez piersi po mastektomii i protez zastawek serca jako skutków wykonania procedur medycznych zorganizowanych w ramach leczenia za granicą;
   2) przyrządów ortopedycznych, obuwia ortopedycznego, gorsetów, kul;
   3) okularów korekcyjnych, szkieł kontaktowych, protez zębowych, peruk;
   4) wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych i oczyszczaczy powietrza.
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za:
   1) medyczną poprawność drugiej opinii medycznej ani za skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tej opinii;
   2) skutki wdrożenia planu leczenia w ramach leczenia za granicą, oraz leczenia za granicą, w tym jego skuteczność;
   3) skutki wdrożenia planów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w tym ich skuteczność.
8. Jeśli z powodu siły wyższej, a także ograniczeń operacyjnych czy logistycznych, które ogłaszają władze lokalne lub międzynarodowe, uniemożliwione będzie zorganizowanie i przeprowadzenie leczenia za granicą, to ubezpieczyciel zorganizuje usługi i pokryje koszty w ramach świadczenia wymienionego w § 8 ust. 7 w Polsce (z wyłączeniem świadczeń realizowanych lub finansowanych przez publiczną służbę zdrowia), o ile:
   1) te same ograniczenia nie uniemożliwiają organizacji tych usług i świadczeń w Polsce oraz
   2) istnieje możliwość realizacji leczenia w Polsce, w takim samym zakresie z zastrzeżeniem ust. 9.
9. Usługi i świadczenia wskazane w ust. 8 będą realizowane w Polsce do czasu, gdy ubezpieczyciel będzie w stanie potwierdzić i zorganizować leczenie za granicą, a stan zdrowia dziecka będzie umożliwiał kontynuację leczenia poza Polską.
10. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej) jest ograniczona lub wyłączona w poniższym zakresie:
    1) kosztu wykonania biopsji – świadczenie nie obejmuje kosztów biopsji wykonanej w celu wycięcia tkanki lub pobrania płynu, który będzie źródłem próbki niezbędnej do profilowania molekularnego za wyjątkiem pobrania krwi do płynnej biopsji, zgodnie z § 6 ust. 2.
    2) wydatków medycznych dotyczących badań klinicznych:
       a) jakiekolwiek wydatki medyczne w przypadku, gdy badania kliniczne odbywają się w Polsce, zgodnie z § 13;
       b) w przypadku, gdy badania kliniczne przeprowadzane są poza Polską – jakiekolwiek wydatki medyczne w przypadku, gdy leczenie zgodnie ze standardem opieki medycznej odbywa się w innym szpitalu lub placówce medycznej niż ta, w której przeprowadzane jest badanie kliniczne, zgodnie z § 13;
       c) leczenia niezamierzonych efektów ubocznych lub komplikacji medycznych związanych z leczeniem nowotworowym w ramach badania klinicznego.
    3) Świadczenie nie obejmują następujących niemedycznych wydatków:
       a) jakichkolwiek kosztów związanych z podróżą lub zakwaterowaniem ubezpieczonego lub dziecka lub jego/jej członków rodziny w celu pobrania lub wycięcia materiału do badań,
       b) jakichkolwiek opłat lub kosztów związanych z przystąpieniem do badania klinicznego.

§ 17

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 18

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 173/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzone w życie z dniem 1 grudnia 2024 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Załącznik nr 1 do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia dziecka za granicą Plus (OWUD)

Katalog poważnych stanów chorobowych dziecka warta

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych stanów chorobowych:

Nr	Moduł ochrony	Rodzaj poważnego stanu chorobowego
1	NOWOTWORY	1) nowotwór złośliwy
		2) nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ)
		3) ciężka dysplazja nowotworowa
2	CHIRURGIA SERCOWO-NACZYNIOWA	4) operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)
		5) operacja zastawki serca
3	NEUROCHIRURGIA	6) operacja mózgu
		7) operacja łagodnego guza rdzenia kręgowego
4	PRZESZCZEPY	8) przeszczep narządów od żywego dawcy
		9) przeszczep szpiku kostnego

Nowotwór (guz) złośliwy

§ 2

Za nowotwór (guz) złośliwy uważa się nowotwór (guz) o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powoduje naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek oraz posiada zdolność do tworzenia przerzutów do innych narządów. Do nowotworów złośliwych zalicza się także mięsaka, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina) i białaczkę. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ)

§ 3

Za nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ), uważa się każdy rak przedinwazyjny lub nowotwór „in situ" (Tis): nowotwór złośliwy, który ogranicza się do nabłonka (nie przekracza błony podstawnej nabłonka) i który nie nacieka podścieliska i nie daje przerzutów. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Ciężka dysplazja nowotworowa

§ 4

Za ciężką dysplazję nowotworową, uważa się wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które są cytologicznie lub histologicznie sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia (ang. high-grade dysplasia) lub ciężka dysplazja (ang. severe dysplasia).

Operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)

§ 5

Za operację pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) uważa się zabieg polegający na wszczepieniu co najmniej jednego pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej, z zastosowaniem techniki pomostowania (by-pass).

Operacja zastawki serca

§ 6

Za operację zastawki serca, uważa się zabieg polegający na wymianie lub naprawie jednej lub większej liczby zastawek serca, niezależnie od tego, czy jest wykonywana w trakcie operacji na otwartej klatce piersiowej, minimalnie inwazyjnie lub za pomocą cewnika kardiologicznego, na podstawie zalecenia wydanego przez lekarza kardiologa.

Operacja mózgu

§ 7

Za operację mózgu uważa się zabieg polegający na interwencji neurochirurgicznej w mózgu lub w pozostałych strukturach wewnątrzczaszkowych.

Operacja łagodnego guza rdzenia kręgowego

§ 8

Za operację łagodnego guza rdzenia kręgowego uważa się zabieg polegający na interwencji neurochirurgicznej mającej na celu leczenie łagodnego guza rdzenia kręgowego. Łagodny guz rdzenia kręgowego, to tylko taki guz, który jest zlokalizowany w rdzeniu kręgowym („Medula Spinalis"), a jego łagodny charakter jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.

Przeszczep narządów od żywego dawcy

§ 9

Za przeszczepienie narządów uważa się operację chirurgiczną, podczas której dziecku jako biorcy zostaje przeszczepiona nerka, płat płuca, część wątroby lub część trzustki od innego żyjącego zgodnego antygenowo dawcy.

Przeszczep szpiku kostnego

§ 10

Za przeszczepienie szpiku kostnego uważa się przeszczep komórek szpiku kostnego lub komórek macierzystych z krwi obwodowej, które pochodzą od dziecka (przeszczep autologiczny) lub dawcy (przeszczep allogeniczny).

Niniejszy Katalog poważnych stanów chorobowych dziecka WARTA został zatwierdzony uchwałą nr 173/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzony w życie z dniem 1 grudnia 2024 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia Drugiej opinii medycznej dziecka, zatwierdzonych Uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 30 października 2022 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 OWU § 1 § 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 1 - 2 § 7 ust. 4 i 10 § 14 ust. 13 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA DRUGIEJ OPINII MEDYCZNEJ DZIECKA

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia Drugiej opinii medycznej dziecka mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
   1) **centrum** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu, numer telefonu do centrum operacyjnego znajduje się na polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia;
   2) **choroba** – zaburzenie strukturalne lub funkcjonalne organizmu, powodujące wystąpienie specyficznych objawów, sklasyfikowane w „Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych", w tym również jednostka (U09) - Zdrowie pacjenta po zakończeniu COVID-19, i zdiagnozowane po raz pierwszy przez lekarza prowadzącego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia Drugiej opinii medycznej;
   3) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego/współubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego/współubezpieczonego (w pełni lub częściowo), wskazane we wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia
   4) **Druga opinia medyczna** – wydana na piśmie opinia lekarza konsultanta, która oparta jest na analizie dokumentacji medycznej dotyczącej dziecka w zakresie poprawności ustalonej przez lekarza prowadzącego diagnozy, podjętego lub zaleconego leczenia oraz rokowania co do możliwości wyleczenia w przypadku wyrażenia takiej woli dziecka lub opiekuna dziecka we wniosku o wydanie Drugiej opinii medycznej;
   5) **lekarz konsultant** – lekarz medycyny praktykujący poza terytorium Polski, który w środowisku medycznym jest uznany za specjalistę w zakresie swojej wiedzy i umiejętności lekarskich;
   6) **lekarz prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie ubezpieczonego w związku z chorobą, o której mowa w dodatkowej umowie ubezpieczenia Drugiej opinii medycznej;
   7) **okres ubezpieczenia wynikający z umowy dodatkowego ubezpieczenia** - okres, którego dzień początkowy i czas trwania wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu:
      a) wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia albo
      b) pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna zgodnie z częstotliwością opłacania, wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia - w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia,

      i kończący się z końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 4 - 6;
   8) **opiekun dziecka** - rodzic lub opiekun prawny dziecka, działający w jego imieniu i na jego rzecz do ukończenia przez dziecko 18 roku życia lub bez względu na wiek, gdy dziecko jest ubezwłasnowolnione;
   9) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona;
   10) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia Drugiej opinii medycznej dziecka, stanowiące załącznik do OWU;
   11) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą organizacji świadczeń w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia Drugiej opinii medycznej dziecka;
   12) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie Drugiej opinii medycznej dziecka.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
   1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
   2) nie później niż 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, od którego umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.

   Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta, jeśli dziecko w dniu doręczenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia do ubezpieczyciela ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 18 lat. Ubezpieczony i współubezpieczony nie mogą wskazać jednocześnie tego samego dziecka.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 1 rok, z zastrzeżeniem ust. 5 - 6.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejny rok, z zastrzeżeniem ust. 6 i 8.
6. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez dziecko 25 lat.

7. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
   1) do wniosku, o którym mowa w ust. 1 lub
   2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5; dokumentów na podstawie których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować dziecko ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
9. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w pozostałym zakresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia dziecku przysługuje prawo do skorzystania z Drugiej opinii medycznej w przypadku zdiagnozowania choroby w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia obejmuje:
   1) wydanie opinii dotyczącej postawionej przez lekarza prowadzącego diagnozy i dotychczas prowadzonego leczenia;
   2) udzielenie odpowiedzi na pytania zadane przez dziecko lub opiekuna dziecka w związku z opiniowaną chorobą i stanem zdrowia dziecka;
   3) propozycję planu leczenia, jeśli zdaniem lekarza konsultanta zastosowany sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony;
   4) opinię w zakresie rokowania co do możliwości wyleczenia - w przypadku wyrażenia takiej woli przez dziecko lub opiekuna dziecka we wniosku o wydanie Drugiej opinii medycznej.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu Drugiej opinii medycznej, rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2 - 3.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu Drugiej opinii medycznej w zakresie choroby spowodowanej wypadkiem, rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.
3. W sytuacji zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o której mowa w § 2 ust. 2 pkt 2) odpowiedzialność ubezpieczyciela w przypadku wskazanym:
   1) w ust. 1 rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka, zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5;
   2) w ust. 2 rozpoczyna się, od pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.

   Pierwszy dzień okresu od kiedy obowiązuje umowa dodatkowego ubezpieczenia, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu Drugiej opinii medycznej wygasa na zasadach określonych w § 3 ust. 11 OWU, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez dziecko 25 lat.

Składka

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.

Świadczenie

§ 6

1. Dziecku przysługuje prawo do świadczenia w zakresie Drugiej opinii medycznej, jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę u dziecka, a w dniu wnioskowania o świadczenie dokumentacja medyczna dotycząca choroby jest nie starsza niż 12 miesięcy.
2. Dziecko ma prawo do jednego świadczenia z tytułu Drugiej opinii medycznej w stosunku do tego samego rozpoznania. W przypadku pogorszenia stanu zdrowia, potwierdzonego nowymi wynikami badań diagnostycznych, dziecku na wniosek dziecka lub opiekuna dziecka przysługuje kolejna Druga opinia medyczna.

3. W ramach Drugiej opinii medycznej dziecka, ubezpieczyciel za pośrednictwem świadczeniodawcy:
   1) poinformuje dziecko lub opiekuna dziecka o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie Drugiej opinii medycznej i w razie potrzeby zobowiązuje się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów,
   2) przetłumaczy zebraną dokumentację na język angielski,
   3) prześle zebraną dokumentację do lekarza konsultanta, specjalizującego się w danym schorzeniu,
   4) zapewni sporządzenie Drugiej opinii medycznej przez lekarza konsultanta i jej przetłumaczenie na język polski,
   5) dostarczy Drugą opinię medyczną dziecku lub opiekunowi dziecka lub na pisemny wniosek dziecka lub opiekuna dziecka – lekarzowi prowadzącemu.
4. Informacje zawarte w Drugiej opinii medycznej są opinią uzupełniającą w stosunku do opinii wydanej przez lekarza prowadzącego, a zakres wykorzystania Drugiej opinii medycznej wymaga uzgodnienia przez dziecko lub opiekuna dziecka z lekarzem prowadzącym leczenie.
5. Ubezpieczyciel i świadczeniodawca nie odpowiada za skutki jakichkolwiek działań lub zaniechania działań w oparciu o informacje zawarte w Drugiej opinii medycznej oraz za skutki wdrożenia proponowanych przez lekarzy konsultantów planów leczenia, a także ich skuteczność.

Realizacja świadczenia

§ 7

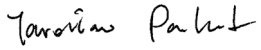
1. W celu uzyskania Drugiej opinii medycznej, dziecko lub opiekun dziecka zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie ze świadczeniodawcą i podać następujące dane:
   1) nr PESEL dziecka,
   2) imię i nazwisko dziecka,
   3) miejsce zamieszkania,
   4) numer polisy ubezpieczeniowej,
   5) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
   6) adres email – poczty elektronicznej,
   7) krótki opis dotyczący zdiagnozowania choroby.
2. Warunkiem uzyskania Drugiej opinii medycznej dziecka jest dostarczenie do świadczeniodawcy wszystkich wymaganych dokumentów do spełnienia świadczenia, w szczególności dziecko lub opiekun dziecka zobowiązany jest:
   1) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej zdiagnozowania choroby,
   2) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia zdiagnozowanej choroby z ostatnich 12 miesięcy licząc od zgłoszenia świadczenia z tytułu niniejszej umowy,
   3) dostarczyć do świadczeniodawcy formularze, o których wypełnienie zwrócił się świadczeniodawca.
3. Dziecko lub opiekun dziecka zobowiązany jest udzielić ubezpieczycielowi oraz świadczeniodawcy pisemnej zgody na:
   1) zasięganie informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych dziecku w zakresie opiniowanej choroby,
   2) przekazywanie danych medycznych dotyczących dziecka, o których mowa w pkt 1) powyżej, do lekarza konsultanta w celu uzyskania Drugiej opinii medycznej.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje kosztu wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych w Drugiej opinii medycznej lub niezbędnych do jej sporządzenia.
5. Świadczeniodawca pokrywa koszt sporządzenia i wydania dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia dziecka przez lekarza prowadzącego.
6. Świadczeniodawca przekaże informację o trzech placówkach medycznych działających poza terytorium Polski, specjalizujących się w danej jednostce chorobowej. Dziecko lub opiekun dziecka powinien wybrać preferowaną placówkę medyczną, której lekarz konsultant wyda Drugą opinię medyczną.
7. Świadczeniodawca przetłumaczy na język angielski dokumentację medyczną dostarczoną przez dziecko lub opiekuna dziecka lub lekarza prowadzącego oraz przekaże przetłumaczoną dokumentację medyczną do lekarza konsultanta, a także zapewnieni tłumaczenie sporządzonej przez lekarza konsultanta Drugiej opinii medycznej na język polski przed jej przekazaniem dziecku lub opiekunowi dziecka.
8. Druga opinia medyczna zostanie sporządzona i wysłana do dziecka lub opiekuna dziecka w sposób z nim uzgodniony (pocztą na adres zamieszkania lub na adres poczty elektronicznej) w terminie czternastu dni roboczych od daty dostarczenia kompletnej dokumentacji medycznej do wybranej placówki medycznej i lekarza konsultanta.
9. W przypadku, gdy do sporządzenia Drugiej opinii medycznej niezbędne jest uzyskanie dodatkowych informacji medycznych, Druga opinia medyczna zostanie sporządzona w ciągu czternastu dni roboczych od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności uzyskanie brakujących informacji medycznych było możliwe.
10. Ubezpieczyciel oraz świadczeniodawca nie są zobowiązani do dostarczenia Drugiej opinii medycznej, w przypadku gdy lekarz prowadzący nie udostępni kopii dokumentacji medycznej i wyników badań dotyczących stanu chorobowego dziecka. W przypadku, gdy świadczeniodawca nie będzie w stanie zebrać dokumentacji medycznej dotyczącej choroby dziecka od lekarza prowadzącego lub podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych, dziecko albo opiekun dziecka będzie zobowiązany do samodzielnego dostarczenia tej dokumentacji i wyników badań.

§ 8

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 30 października 2022 r.



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Załącznik nr 1 do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia:
powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku (OWUD)
powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku (OWUD)
TABELA NORM OCENY PROCENTOWEJ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU

A. USZKODZENIA GŁOWY

1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):
   a) uszkodzenie powłok czaszki - w zależności od rozmiaru, ruchomości i tkliwości blizn 1-10
   b) oskalpowanie poniżej 25% powierzchni skóry owłosionej 1-10
      u mężczyzn
      u kobiet
   c) oskalpowanie od 25%-75% powierzchni skóry owłosionej 11-20
   d) oskalpowanie powyżej 75% powierzchni skóry owłosionej 21-30

UWAGA!!
W przypadku przeszczepu skóry i odtworzenia owłosienia należy ocenić wg pkt. 1a).

2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgłębienia, szczeliny, fragmentacja) w zależności od rozległości uszkodzeń:
   a) bez wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego 1-10
   b) z nawracającym płynotokiem nosowym i/lub usznym 11-25
3. Ubytki w kościach czaszki w zależności od powierzchni ubytku: .....
   a) poniżej 10 cm^2 1-10
   b) od 10 do 50 cm^2 11-15
   c) powyżej 50 cm^2 16-25

UWAGA!!
Ubytki kostne uzupełniane operacją plastyczną z dobrym efektem skutkują obniżeniem uszczerbku o połowę. Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości ocenianych wg pkt. 2, 3 są inne uszkodzenia powłok czaszki, należy je ocenić osobno wg pkt. 1.

4. Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w pkt. 1, 2, 3 w postaci: przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej leczonej operacyjnie, przepukliny mózgowej - ocenia się osobno w zależności od rodzaju i stopnia powikłań: 1-25
5. Porażenia i niedowłady połowicze:
   a) porażenia połowicze lub paraplegia (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0-1 º wg skali Lovette'a 100
   b) głęboki niedowład połowiczy lub parapareza 2 º wg skali Lovette'a 60-80
   c) średniego stopnia niedowład połowiczy lub parapareza kończyn dolnych 3 º wg skali Lovette'a 40-60
   d) niewielki lub dyskretny niedowład połowiczy lub niedowład kończyny dolnych 4 º lub 4/5 º wg skali Lovette'a 5-35
   e) porażenie kończyn górnych 0-1 º wg skali Lovette'a z niedowładem kończyny górnej 3-4 º wg skali Lovette'a:
      prawej 70-90
      lewej 60-80
   f) niedowład kończyny górnej 3-4 º wg skali Lovette'a z porażeniem konczyny dolnej 0-1 º wg skali Lovette'a:
      prawej 70-90
      lewej 60-80
   g) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 0-1 º wg skali Lovette'a:
      prawej 40-50
      lewej 30-40
   h) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 2-2/3 º wg skali Lovette'a:
      prawej 30-40
      lewej 20-30
   i) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 3-4 º wg skali Lovette'a:
      prawej 10-30
      lewej 5-20
   j) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny dolnej 0 º wg skali Lovette'a 50
   k) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny dolnej 1-2 º wg skali Lovette'a 30-50
   l) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny dolnej 3-4 º wg skali Lovette'a 10-30

UWAGA!!
W przypadku współistnienia afazji należy dodatkowo ocenić wg pkt. 11, przy czym całkowity uszczerbek nie może przekroczyć 100%. W przypadku współistnienia deficytu ruchowego z innymi objawami uszkodzenia mózgu należy oceniać wg pkt. 9. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi, należy oceniać wg pkt. 5 osobno dla każdej kończyny.

SKALA LOVETTE'A

0º - brak czynnego skurczu mięśnia - brak siły mięśniowej
1º-2º - ślad czynnego skurczu mięśnia - 5-20% prawidłowej siły mięśniowej
3º - zdolność do wykonywania ruchu czynnego przy pomocy i odciążenia odcinka ruchowego - 25% prawidłowej siły mięśniowej
4º - zdolność do wykonywania ruchu czynnego z pewnym oporem - 75% prawidłowej siły mięśniowej
5º - prawidłowa siła, tzn. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem - 100 % prawidłowej siły mięśniowej

6. Zespoły pozapiramidowe:
   a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki innych osób 100
   b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp. 40-80
   c) zaznaczony zespół pozapiramidowy 10-30
7. Zaburzenia równowagi pochodzenia móżdżkowego:
   a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie 100
   b) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w dużym stopniu 50-80
   c) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w miernym stopniu 10-40
   d) dyskretnie utrudniające chodzenie i sprawność ruchową 1-10
8. Padaczka:
   a) z licznymi napadami, z zaburzeniami psychicznymi, charakteropatią, otępieniem z koniecznością opieki innych osób 100
   b) padaczka z rzadkimi napadami, ale ze zmianami otępiennymi, utrudniająca w znacznym stopniu wykonywanie pracy 30-70
   c) padaczka bez zmian psychicznych z częstymi napadami (3 napady

tygodniowo i więcej) 40-60
d) padaczka bez zmian psychicznych z rzadkimi napadami (2 i mniej na miesiąc) 10-40
e) padaczka z napadami o różnej morfologii bez utraty przytomności 1-10

UWAGA!!
Podstawą rozpoznania padaczki są: obserwacja napadu przez lekarza, typowe zmiany EEG, dokumentacja z leczenia szpitalnego i ambulatoryjna.

9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):
   a) ciężkie zaburzenia neurologiczne i psychiczne powodujące konieczność opieki innych osób (zmiany otępienne, psychozy, zaburzenia zachowania) 80-100
   b) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym 50-70
   c) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu 30-50
   d) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o niewielkim nasileniu 10-30

UWAGA!!
Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, psychiatrycznym oraz badania dodatkowe (EEG, TK lub NMR).

10. Nerwice i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych lub po innym ciężkim urazie:
    a) skargi subiektywne związane z urazem głowy lub innym ciężkim urazem w zależności od stopnia zaburzeń (nawracające bóle i zawroty głowy, męczliwość, nadpobudliwość, osłabienie pamięci, trudność koncentracji, zaburzenia snu itp.) 1-5
    b) utrwalone nerwice po urazie czaszkowo-mózgowym lub ciężkim urazie ciała - w zależności od stopnia zaburzeń 2-20
11. Zaburzenia mowy:
    a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią 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 pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnątrz wydzielnicze pochodzenia ośrodkowego):
    a) znacznie upośledzające sprawność ustroju 40-60
    b) nieznacznie upośledzające sprawność ustroju 20-30
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:
    a) nerwu okoruchowego:
       - w zakresie mięśni wewnętrznych oka - w zależności od stopnia uszkodzenia 5-15
       - w zakresie mięśni zewnętrznych oka - w zależności od stopnia uszkodzenia 10-30
    b) nerwu bloczkowego 3
    c) nerwu odwodzącego - w zależności od stopnia uszkodzenia 1-15
14. Uszkodzenia 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 częściowe lub całkowite nerwu twarzowego - w zależności od stopnia uszkodzenia:
    a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki 20
    b) obwodowe częściowe w zależności od stopnia nasilenia 5-15
    c) izolowane uszkodzenie centralne 5-10

UWAGA!!
Uszkodzenia nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej należy oceniać wg pkt. 48. Uszkodzenia centralne nerwu twarzowego współistniejące z innymiobjawami uszkodzenia mózgu należy oceniać wg pkt. 5 i 9.

16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego - w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego:
    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

B. USZKODZENIA TWARZY

19. Uszkodzenia powłok twarzy (blizny, ubytki, przebarwienia):
    a) oszpecenie bez zaburzeń funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy 1-10
    b) oszpecenie z miernymi zaburzeniami funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz od stopnia zaburzenia funkcji 10-30
    c) oszpecenie połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmów, zaburzenia oddychania, mowy, ślinotok, zaburzenia funkcji powiek itp.) - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz od stopnia zaburzenia funkcji 30-60
20. Uszkodzenia nosa:
    a) uszkodzenie nosa - bez zaburzeń oddychania i powonienia - blizny i/lub niewielkie zniekształcenia nosa 1-5
    b) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania - w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania 5-20
    c) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia - w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu 10-25
    d) utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego 5
    e) utrata znacznej części nosa lub utrata całkowita (łącznie z kością nosa) 20-30

UWAGA!!
Jeśli uszkodzenie nosa wchodzi w zakres uszkodzeń objętych pkt. 19, należy oceniać wg tego punktu (tj. wg pkt. 19).

21. Utrata zębów:
    a) siekacze i kły - utrata częściowa 2

b) siekacze i kły - utrata całkowita 3
c) pozostałe zęby - utrata częściowa 1
d) pozostałe zęby - utrata całkowita 2

22. Uszkodzenia (złamania, zwichnięcia) kości oczodołu, szczęki, kości jarzmowej, żuchwy, stawu skroniowo-żuchwowego - w zależności od przemieszczenia, zniekształceń, asymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, rozwierania szczęk, zaburzeń czucia:
a) nieznacznego stopnia 1-5
b) średniego stopnia 5-10
c) znacznego stopnia 10-25

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

24. Ubytek podniebienia:
a) z zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń 5-25
b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń 25-40

25. Uszkodzenia języka, przedsionka jamy ustnej, warg - w zależności od stopnia ubytku, wielkości blizn, zaburzeń mowy, połykania:
a) niewielkie zmiany, częściowe ubytki - bez zaburzeń mowy i połykania 1-5
b) średnie zmiany i ubytki - z zaburzeniami mowy i połykania 5-15
c) duże zmiany i ubytki - z dużymi zaburzeniami mowy i połykania 15-40
d) całkowita utrata języka 50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

26. Obniżenie ostrości wzroku, utrata jednego lub obojga oczu:
a) uszczerbek ustala się wg Tabeli:
Tabela ostrości wzroku

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) podwójne widzenie bez zaburzeń ostrości wzroku 1-10
c) utrata wzroku jednego oka z równoczesnym wyłuszczeniem gałki ocznej 38

UWAGA!!
Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szkłami, zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Wysokość uszczerbku określona w pkt. 26c obejmuje również oszpecenie związane z wyłuszczeniem gałki ocznej.

27. Porażenie nastawności (akomodacji) - przy zastosowaniu szkieł korekcyjnych:
a) jednego oka 15
b) obojga oczu 30

28. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych z zaburzeniami ostrości wzroku:
a) rozdarcie naczyniówki jednego oka ..... wg Tabeli do pkt. 26a
b) zapalenie naczyniówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego ..... wg Tabeli do pkt. 26a
c) urazowe uszkodzenie plamki żółtej jednego oka ..... wg Tabeli do pkt. 26a
d) zanik nerwu wzrokowego ..... wg Tabeli do pkt. 26a
e) 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:
a) blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki) ..... wg Tabeli do pkt. 26a
b) zaćma pourazowa ..... wg Tabeli do pkt. 26a
c) ciała obce wewnątrzgałkowe z obniżeniem ostrości wzroku ..... wg Tabeli do pkt. 26a + 10%
d) ciała obce wewnątrzgałkowe bez zaburzeń ostrości wzroku 10

30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych, termicznych, promieniowania elektromagnetycznego lub działania energii elektrycznej:
a) w zależności od zaburzeń ostrości wzroku ..... wg Tabeli do pkt. 26a
b) bez zaburzeń ostrości wzroku 1-5

31. Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się wg Tabeli:
Tabela pola widzenia

Zwężenie do (w °)	Przy nienaruszonym oku drugim	W obu oczach	Przy ślepocie drugiego oka
60	0%	0%	35%
50	5%	15%	45%
40	10%	25%	55%
30	15%	50%	70%
20	20%	80%	85%
10	25%	90%	95%
poniżej 10	35%	95%	100%

32. Niedowidzenie połowiczne:
a) dwuskroniowe 60
b) dwunosowe 30
c) jednoimienne 30
d) inne ubytki pola widzenia (jednooczne) 1-5

33. Bezsoczewkowatość po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej:
a) w jednym oku 25
b) w obu oczach 40

34. Usunięcie zaćmy pourazowej z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej:
a) w jednym oku 15
b) w obu oczach 30

UWAGA!!
W przypadku, gdy współistnieją nie dające się skorygować zaburzenia ostrości wzroku, ocenia się dodatkowo wg Tabeli 26a z ograniczeniem do 35% dla jednego oka i 100% dla obojga oczu.

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 ostrości wzroku (pkt. 26a) i Tabeli pola widzenia (pkt. 31)
- nie mniej niż 15%: ..... wg Tabeli 26a i 31 - nie mniej niż 15%

37. Jaskra - oceniać wg Tabeli ostrości wzroku (pkt. 26a) i Tabeli pola widzenia (pkt. 31), z tym zastrzeżeniem, że ogólny procent uszczerbku na zdrowiu nie może być wyższy niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu:..... wg Tabeli 26a i 31

38. Wytrzeszcz tętniący
- w zależności od stopnia:..... 50-100

39. Zaćma urazowa - oceniać wg Tabeli ostrości wzroku (pkt. 26a): ..... wg Tabeli 26a

40. Przewlekłe zapalenie spojówek, uszkodzenie powiek (oparzenia, urazy itp.):
a) niewielkie zmiany 1-5
b) duże zmiany, blizny i zrosty powiek powodujące niedomykalność 5-10

UWAGA!! DO WSZYSTKICH PUNKTÓW DOTYCZĄCYCH NARZĄDU WZROKU
Łączny uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia jednego oka nie może przekroczyć 35% lub w obu oczach 100%. Jeśli uraz powiek wchodzi w skład uszkodzeń twarzy należy oceniać odpowiednio wg pkt. 19 lub 22. Uwaga ta dotyczy wszystkich punktów dotyczących narządu wzroku - nie jest związana jedynie z pkt. 40.

D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

41. a) Upośledzenie ostrości słuchu - trwały uszczerbek na zdrowiu ocenia się wg poniższej Tabeli 41a:

Obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosera (w modyfikacji)				
Ucho prawe / Ucho lewe	0-25 dB	26-40 dB	41-70 dB	powyżej 70 dB
0-25 dB	0%	5%	10%	20%
26-40 dB	5%	15%	20%	30%
41-70 dB	10%	20%	30%	40%
powyżej 70 dB	20%	30%	40%	50%

UWAGA!!
Oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1000 i 2000 Hz.

b) w wyjątkowych przypadkach, przy braku możliwości wykonania badania audiometrycznego można się posługiwać Tabelą 41b:

Ucho prawe / Ucho lewe	słuch normalny	osłabienie słuchu - szept słyszalny do 4 m	przytępienie słuchu - szept słyszalny do 1 m	głuchota zupełna
słuch normalny	0%	5%	10%	20%
osłabienie słuchu - szept słyszalny do 4 m	5%	15%	20%	30%
przytępienie słuchu - szept słyszalny do 1 m	10%	20%	30%	40%
głuchota zupełna	20%	30%	40%	50%

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

UWAGA!!
Jeśli szum uszny towarzyszy deficytowi słuchu, należy oceniać wyłącznie wg Tabeli 41a (Tabeli 41b), natomiast jeżeli towarzyszy zaburzeniom równowagi, należy oceniać wg pkt. 47.

42. Uszkodzenia małżowiny usznej:
a) utrata części małżowiny 1-5
b) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia, odmrożenia) - w zależności od stopnia uszkodzeń 5-10
c) całkowita utrata jednej małżowiny 15
d) całkowita utrata obu małżowin 25-30

43. Zwężenie lub zarośnięcie przewodu słuchowego jednostronne lub obustronne z upośledzeniem słuchu - oceniać wg Tabeli ostrości słuchu - Tabela 41a (41b).....wg Tabeli 41a (41b)

44. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:
a) jednostronne 5-10
b) obustronne 10-15

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.....wg Tabeli 41a (41b)

47. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:
a) z uszkodzeniem części słuchowej .....wg Tabeli 41a (41b)
b) z uszkodzeniem części statycznej w stopniu niewielkim (zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi) - w zależności od stopnia uszkodzenia..... 1-20
c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej w znacznym stopniu (zawroty głowy, zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się, nudności, wymioty) - w zależności od stopnia uszkodzenia..... 20-50
d) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia 30-60

48. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:
a) jednostronne 10-30
b) dwustronne 30-60

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU

49. Uszkodzenia gardła z upośledzeniem funkcji 5-20

50. Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych - bez konieczności noszenia rurki tchawiczej - w zależności od stopnia uszkodzenia:
a) niewielka okresowa duszność, chrypka 5-10

b) świst krtaniczny, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachłystywanie się 10-30

51. Uszkodzenia krtani wymagające 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 wysiłkowa 10-20
    c) duszność w trakcie chodzenia po płaskim terenie wymagająca okresowego zatrzymywania się 20-40
    d) duże zwężenie (potwierdzone badaniem bronchoskopowym) z dusznością spoczynkową 40-60
53. Uszkodzenia przełyku:
    a) zwężenie bez zaburzeń w odżywianiu 1-10
    b) częściowe trudności w odżywianiu - w zależności od stopnia upośledzenia odżywiania 10-30
    c) możliwość odżywiania wyłącznie pokarmami płynnymi 50
    d) całkowita niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową 80
54. Uszkodzenia tkanek miękkich (skóry i mięśni), naczyń, nerwów - w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy:
    a) niewielkiego stopnia 1-5
    b) średniego stopnia 5-15
    c) znacznego stopnia - rozległe blizny, znacznie ograniczona ruchomość szyi, przykurcze mięśniowe 15-30

UWAGA!!
Uszkodzenia tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego należy oceniać wg pkt. 89.

F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA

55. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu - w zależności od rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:
    a) zniekształcenia, ubytki i blizny bez ograniczenia ruchomości oddechowej klatki piersiowej 1-5
    b) zniekształcenia, ubytki i blizny z niewielkim ograniczeniem wydolności oddechowej 5-10
    c) zniekształcenia, ubytki i blizny ze średnim ograniczeniem wydolności oddechowej 10-20
    d) zniekształcenia, rozległe blizny, duże ubytki mięśniowe ze znacznym ograniczeniem wydolności oddechowej 20-40
56. Utrata brodawki sutkowej:
    a) u mężczyzn - oceniać wg pkt. 55a 1-5
    b) u kobiet - w zależności od rozległości blizny, wieku oraz utraty funkcji 5-15
57. Uszkodzenie lub utrata sutka w zależności od wielkości ubytków i blizn, płci i wieku:
    a) częściowe uszkodzenie lub częściowa utrata sutka 5-15
    b) całkowita utrata sutka 15-25
    c) utrata całkowita sutka z częścią mięśnia piersiowego 25-35

UWAGA!! DO PUNKTÓW 56-57
Wysokość uszczerbku na zdrowiu należy oceniać również wg przewidywanej utraty funkcji.

58. Złamania żeber:
    a) bez zniekształceń, bez upośledzenia wydolności oddechowej 1-5
    b) z obecnością zniekształceń, bez zmniejszenia wydolności oddechowej 5-10
    c) z obecnością zniekształceń i umiarkowanym zmniejszeniem wydolności oddechowej 10-20
    d) ze znacznym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej i ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej 25-30
59. Złamanie mostka:
    a) bez zniekształceń 1-3
    b) ze zniekształceniami 3-10
60. Uszkodzenia kości (żeber, mostka) powikłane przewlekłym zapaleniem kości i szpiku, przetokami, obecnością ciał obcych ocenia się wg pkt. 58-59, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o: 1-15
61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):
    a) uszkodzenia płuc i opłucnej bez 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!! DO PUNKTÓW 61 i 62
Przy orzekaniu wg pkt. 61 i 62 należy potwierdzać uszczerbek badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim - RTG.
Stopnie upośledzenia niewydolności oddechowej:

- **niewielkiego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej - VC 70-80%, FEV_1 70-80%, FEV_1 % VC 70-80% - w odniesieniu do wartości należnych**
- **średniego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej - VC 50-70%, FEV_1 50-70%, FEV_1 % VC 50-70% - w odniesieniu do wartości należnych**
- **znaczne zmniejszenie wydolności oddechowej - VC poniżej 50%, FEV_1 poniżej 50%, FEV_1 % 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) IV klasa NYHA, EF poniżej 35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości 60-90

UWAGA!!
Przy orzekaniu uszczerbku należy uwzględniać dokumentację z leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego, badania RTG, EKG i ECHO.

KLASYFIKACJA NOWOJORSKIEGO TOWARZYSTAWA KARDIOLOGICZNEGO (NYHA)

KLASA I

Bez ograniczenia aktywności fizycznej: podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności ani kołatania serca.

KLASA II

Niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej: dobre samopoczucie w spoczynku, podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, kołatanie serca lub duszność.

KLASA III

Znaczne ograniczenia aktywności fizycznej: dobre samopoczucie w spoczynku, jednak mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna, powoduje występowanie objawów klinicznych.

KLASA IV

Niemożność wykonywania jakiegokolwiek wysiłku bez dyskomfortu: objawy niewydolności serca występują nawet w spoczynku i nasilają się przy każdym wysiłku.

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

G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA

65. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, wysiłkowe, przetoki, blizny itp.)
    - w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia jamy brzusznej:
    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 powłok brzusznych). Za przepukliny tzw. wysiłkowe uważa się przepukliny spowodowane nagłym wysiłkiem fizycznym (np. po dźwignięciu ciężaru).

66. Uszkodzenia żołądka, jelit i sieci:
    a) bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego 1-5
    b) z niewielkimi zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywiania 5-15
    c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania 5-40
    d) ze znacznymi zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania - odżywianie jedynie poza jelitowe 40-50
67. Przetoki jelitowe, kałowe i sztuczny odbyt - w zależności od stopnia zanieczyszczania się zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:
    a) jelita cienkiego 30-80
    b) jelita grubego 20-70
68. Przetoki okołoodbytnicze 15
69. Uszkodzenia odbytu, zwieracza odbytu:
    a) blizny, zwężenia, niewielkie dolegliwości 1-5
    b) powodujące całkowite nietrzymanie kału i gazów 60
70. Uszkodzenia odbytnicy:
    a) pełnościenne uszkodzenie bez zaburzeń funkcji 1-5
    b) wypadanie błony śluzowej 5-10
    c) wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania 10-30

UWAGA!! DO PUNKTÓW 66-70
Uszczerbek dotyczy wyłącznie zmian pourazowych, nie obejmuje zmian chorobowych np. z powodu nowotworu i innych.

71. Uszkodzenie śledziony:
    a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcia) - potwierdzone badaniem obrazowym 1-5
    b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu 5-10
    c) utrata śledziony bez zmian w obrazie krwi 15
    d) utrata śledziony ze zmianami w obrazie krwi i/lub ze zrostami otrzewnowymi 30
72. Uszkodzenia wątroby, przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego i trzustki - w zależności od zaburzeń funkcji i od powikłań:
    a) utrata pęcherzyka żółciowego bez zaburzeń funkcji 1-5
    b) pozostałe uszkodzenia bez zaburzeń funkcji uszkodzonego narządu 10-20
    c) z zaburzeniami funkcji narządu w zależności od stopnia 20-60

H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOPŁCIOWYCH

73. Uszkodzenia nerek:
    a) uszkodzenie nerki bez zaburzeń funkcji (krwiak, pęknięcie) - potwierdzone badaniem obrazowym 1-5
    b) uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji - w zależności od stopnia uszkodzenia 10-25
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo funkcjonującej: 35
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki - w zależności od stopnia funkcjonowania pozostałej nerki: 40-75
76. Uszkodzenia moczowodu powodujące zwężenie jego światła:
    a) nie powodujące zaburzeń funkcji 1-5
    b) z zaburzeniem funkcji układu moczowego 5-20
77. Uszkodzenie pęcherza moczowego - 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
    c) znacznego stopnia zaburzenia funkcji 15-30
78. Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego - w zależności od stopnia stałego zanieczyszczania się moczem:
    a) upośledzające jakość życia w stopniu umiarkowanym 10-25
    b) upośledzające jakość życia w stopniu znacznym 25-50
79. Zwężenie cewki moczowej:
    a) powodujące trudności w oddawaniu moczu, bez nawracających zakażeń 5-15
    b) z nawracającymi zakażeniami 15-30

c) z nietrzymaniem i/lub zaleganiem moczu i z powikłaniami 30-75
80. Utrata prącia: 40
81. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia - w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzeń funkcji: 5-30
82. Uszkodzenie lub utrata jednego jądra lub jednego jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w 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, sromu, pochwy, worka mosznowego:
a) blizny, ubytki, deformacje 1-10
b) wypadanie pochwy 10
c) wypadanie pochwy i macicy 30

I. OSTRE ZATRUCIA I ICH NASTĘPSTWA

87. Nagłe zatrucia gazami i/lub substancjami chemicznymi:
a) ze stwierdzoną utratą przytomności, obserwacją szpitalną, lecz bez wtórnych powikłań 1-5
b) powodujące trwałe upośledzenie funkcji układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych 10-25

UWAGA!!
Uszkodzenia układu nerwowego spowodowane nagłym zatruciem gazami należy oceniać wg odpowiednich pkt. Tabeli dotyczących układu nerwowego.

88. Następstwa innych zatruć oraz następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych (porażenia energią elektryczną, ukąszenia):
a) ze stwierdzoną utratą przytomności, obserwacją szpitalną, lecz bez wtórnych powikłań 1-5
b) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu średnim 5-15
c) powodujące upośledzenie funkcji narządów w stopniu znacznym - oceniać wg pkt. Tabeli odpowiednich dla danego narządu ..... wg pkt Tabeli odpowiednich dla danego narządu

UWAGA!!
Uszkodzenia wzroku i słuchu oceniać wg odpowiednich Tabel - 26a, 31, 41a, 41b. Miejscowe następstwa czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych oceniać wg pkt. Tabel odpowiednich dla danej okolicy ciała.

J. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA

89. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym:
a) skręcenie, stłuczenie, niewielkie uszkodzenie aparatu więzadłowego z przemieszczeniem kręgów poniżej 3 mm lub niestabilność kątowa poniżej 12º - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości 1-5
b) ze złamaniem blaszki granicznej lub kompresją trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamania kręgu powodujące zniekształcenie średniego stopnia, podwichnięcia (potwierdzone czynnościowym badaniem RTG), stan po usunięciu jądra miażdżystego, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości 5-15
c) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamania kręgu powodujące zniekształcenia dużego stopnia, zwichnięcia, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości 15-40
d) całkowite zesztywnienie z niekorzystnym ustawieniem głowy 50

UWAGA!!
Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miażdżystego oceniać należy wg pkt. 89b lub 89c w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości. Ograniczenie ruchomości spowodowane zespołem bólowym korzeniowym oceniać należy wg pkt. 95.

90. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1-Th11):
a) skręcenie, stłuczenie z niewielkim uszkodzeniem aparatu więzadłowego, złamanie blaszki granicznej lub kompresja trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamania powodujące zniekształcenia średniego stopnia, stan po usunięciu jądra miażdżystego - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości 1-5
b) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamania kręgu powodujące zniekształcenia dużego stopnia, zwichnięcia, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości 5-15
c) całkowite zesztywnienie - w zależności od ustawienia kręgosłupa 15-40

UWAGA!!
Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miażdżystego oceniać należy wg pkt. 90b lub 90c w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości. Jeśli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości jest zespół bólowy korzeniowy, należy oceniać wg pkt. 95d.

91. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym (Th12-L5):
a) skręcenie, stłuczenie z niewielkim uszkodzeniem aparatu więzadłowego - w zależności od stopnia ruchomości 1-5
b) złamanie blaszki granicznej lub kompresja kręgu do 50% wysokości kręgu powodujące zniekształcenie średniego stopnia, stan po usunięciu jądra miażdżystego - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości do 50% wysokości 5-12
c) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamania kręgu powodujące zniekształcenia dużego stopnia, zwichnięcia, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości 12-20
d) zesztywnienie - w zależności od ustawienia kręgosłupa 30-40

UWAGA!!
Jeżeli złamaniu Th12 towarzyszy złamanie sąsiedniego kręgu w odcinku piersiowym, należy oceniać wg pkt. 91. Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miażdżystego, należy oceniać wg pkt. 91b i 91c, w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa jest zespół bólowy korzeniowy należy oceniać wyłącznie wg pkt. 95d i 95e.

92. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych lub ościstych kręgu, złamanie kości guzicznej:
    a) złamanie jednego wyrostka poprzecznego lub ościstego kręgu, złamanie kości guzicznej 1-2
    b) mnogie złamanie wyrostków poprzecznych lub ościstych kręgów - w zależności od liczby, stopnia przemieszczenia i ograniczenia ruchomości kręgosłupa 2-10

UWAGA!!
Zespół bólowy guziczny w następstwie stłuczenia lub złamania kości guzicznej należy oceniać wg pkt. 95h.

93. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) itp. - ocenia się wg pkt. 89-92 zwiększając uszczerbek o:... 5-10
94. Uszkodzenie rdzenia kręgowego:
    a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn..... 100
    b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiający poruszanie się za pomocą dwóch lasek..... 70
    c) niedowład kończyn dolnych umożliwiający poruszanie się o jednej lasce..... 40
    d) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrdzeniowym)..... 100
    e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrdzeniowym)..... 70
    f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrdzeniowym) 30
    g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego) 40
    h) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów - w zależności od stopnia zaburzeń 10-30
95. Urazowe zespoły korzeniowe (bólowe, 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 niedowładów 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 !!
Przy ostatecznym ustalaniu uszczerbku wg pkt. 95 należy uwzględnić uszczerbek ustalony przez ortopedę (w zależności od stwierdzanych następstw należy obniżyć uszczerbek).

K. USZKODZENIA MIEDNICY

96. Rozejście spojenia łonowego i/lub zwichnięcie 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, zwichnięcie spojenia łonowego ze zwichnięciem stawu krzyżowo-biodrowego leczone operacyjnie - w zależności od zaburzeń chodu..... 15-35

UWAGA!!
Przy towarzyszącym złamaniu kości miednicy należy oceniać wg pkt. 97 lub 99.

97. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno lub wielomiejscowe - w zależności od zniekształcenia i zaburzeń chodu:
    a) w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa, kość kulszowa)..... 1-5
    b) w odcinku przednim obustronnie 5-15
    c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a)..... 15-30
    d) w odcinku przednim i tylnym obustronnie 30-45
98. Złamanie panewki stawu biodrowego z centralnym lub bez centralnego zwichnięcia stawu biodrowego - w zależności od upośledzenia funkcji stawu:
    a) złamanie niewielkiego fragmentu panewki bez zwichnięcia centralnego lub z centralnym zwichnięciem I° 1-10
    b) pozostałe zwichnięcia centralne i złamania panewki - ze średnim ograniczeniem funkcji stawu 10-20
    c) pozostałe zwichnięcia centralne i złamania panewki - ze znacznym ograniczeniem funkcji stawu 20-35
    d) bardzo duże zmiany - zesztywnienie w stawie - w zależności od ustawienia..... 35-55

UWAGA!!
Uraz stawu biodrowego wyleczony protezą należy oceniać wg pkt. 143.

99. Izolowane złamanie miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej (biodrowej):
    a) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np.złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej - bez zniekształcenia i zaburzeń funkcji..... 1-5
    b) mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej - bez zniekształcenia i bez zaburzeń funkcji 2-7
    c) jednomiejscowe złamanie miednicy i/lub kości krzyżowej - ze zniekształceniem i z zaburzeniem funkcji..... 3-10

d) mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej - ze zniekształceniem i z zaburzeniem funkcji 5-20

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ

ŁOPATKA

	Prawa	Lewa
100. Łopatka - złamanie łopatki:		
a) wygojone złamanie łopatki z niewielkim przemieszczeniem, bez większych zaburzeń funkcji kończyny	1-10	1-5
b) wygojone złamanie łopatki 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 pkt. 100 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.

OBOJCZYK

	Prawa	Lewa
101. Obojczyk - złamanie obojczyka:		
a) niewielkie zniekształcenie, bez ograniczenia ruchów	1-3	1-2
b) średniego stopnia zniekształcenie i miernego stopnia ograniczenie ruchów	3-10	2-5
c) duże zniekształcenie i znaczne ograniczenie ruchów	10-25	5-20
102. Staw rzekomy obojczyka	Prawa	Lewa
- w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji kończyny:	5-25	1-20
103. Zwichnięcie stawu obojczykowo - barkowego lub obojczykowo - mostkowego - w zależności od ograniczenia ruchów, upośledzenia funkcji dźwigania i stopnia zniekształcenia:	Prawa	Lewa
a) niewielkie zmiany	1-5	1-3
b) zmiany średniego stopnia	5-15	3-12
c) znaczne zmiany	15-25	12-20

UWAGA!!
Jeśli deficyt funkcji kończyny wynika z nakładania się skutków złamania obojczyka oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny ocenia się wg pkt. 182, natomiast stopień zniekształcenia wg pkt. 101-103. W przypadku nienakładania się deficytów ocenia się dodatkowo wg pkt. 182.

	Prawa	Lewa
104. Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) ocenia się wg pkt. 101-103 zwiększając procent trwałego uszczerbku o:	1-5	
105. Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego - w zależności od blizn, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń złamanej głowy, nasady bliższej kości ramiennej i innych zmian wtórnych:	Prawa	Lewa
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 barkowego - w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny:	Prawa 20-30	Lewa 15-25
107. Nawrotowe zwichnięcie stawu barkowego potwierdzone dokumentacja lekarską:	Prawa	Lewa
a) po leczeniu operacyjnym w zależności od ograniczenia ruchomości	5-25	5-20
b) nie leczone operacyjnie	25	20

UWAGA!!
Nawrotowe zwichnięcie jest skutkiem ostatniego wcześniejszego zwichnięcia stawu barkowego. Przy ustalaniu uszczerbku należy uwzględnić uszczerbek istniejący po poprzednim zwichnięciu. Kolejne zwichnięcia nie zwiększają wysokości uszczerbku.

	Prawa	Lewa
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 według norm neurologicznych.

	Prawa	Lewa
109. Zesztywnienie stawu barkowego:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antypozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) - w zależności od ustawienia funkcji	20-35	15-30
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40	35
110. Bliznowaty przykurcz stawu barkowego - w zależności od zaburzeń czynności stawu	wg pkt.	wg pkt.
- oceniać wg pkt. 105 i 109:	105 i 109	105 i 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 pkt. 105-110, zwiększając stopień uszczerbku - w zależności od stopnia powikłań i upośledzeń funkcji:	1-35	1-25
		Prawa
112. Utrata kończyny w barku:	75	70
		Prawa
113. Utrata kończyny wraz z łopatką:	80	75

RAMIĘ

	Prawa	Lewa
114. Złamanie trzonu kości ramiennej w zależności od przemieszczeń, ograniczenia ruchów w stawie łopatkowo - ramiennym i łokciowym:		
a) zmiany niewielkie - z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi	3-15	2-10
b) duże zmiany - ze znacznym przemieszczeniem i skróceniem..	Prawa 15-30	Lewa 10-25
c) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawem rzekomym, ciałami obcymi (z wyjątkiem ciał obcych wynikających z techniki operacyjnej) i zmianami neurologicznymi	30-55	25-50
115. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien i ich przyczepów, nerwów ramienia, naczyń - w zależności od zmian		

wtórnych i upośledzenia funkcji: ..... Prawa Lewa
a) zmiany niewielkie - z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi 1-5 1-5
b) zmiany średnie 5-10 5-10
c) zmiany duże 30-55 25-50

UWAGA!! Oceniać wyłącznie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań należy orzekać wg pkt. 114.

116. Utrata kończyny w obrębie ramienia: ..... Prawa Lewa
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej 70 65
b) przy dłuższych kikutach 65 60
117. Przepukliny mięśniowe ramienia ..... Prawa Lewa
- w zależności od rozmiarów: 1-6 1-4

ŁOKIEĆ

118. Złamanie w obrębie stawu łokciowego (dalsza nasada kości ramiennej, bliższa nasada kości promieniowej i łokciowej) - w zależności od zniekształceń i ograniczenia ruchów: ..... Prawa Lewa
a) niewielkie zmiany 1-5 1-4
b) średnie zmiany 5-15 5-10
c) duże zmiany, przewlekłe zapalenie kości, brak zrostu, staw rzekomy 15-30 10-25
119. Zesztywnienie stawu łokciowego: ..... Prawa Lewa
a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia 30 25
b) z brakiem ruchów obrotowych 35 30
c) w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (160°-180°) 50 45
d) w innych ustawieniach - w zależności od przydatności czynnościowej kończyny 30-45 25-40
120. Uszkodzenie łokcia - zwichnięcie, skręcenie, uszkodzenia tkanek miękkich, skóry - w zależności od blizn, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń: Prawa Lewa
a) zmiany niewielkiego stopnia 1-5 1-4
b) zmiany średniego stopnia 5-15 4-10
c) zmiany dużego stopnia - powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami 15-40 10-35

UWAGA!!
Należy orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań należy orzekać wg pkt. 118.

121. Cepowy staw łokciowy - ..... Prawa Lewa
w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni: 15-30 10-25
122. Utrata kończyny górnej na ..... Prawa Lewa
poziomie stawu łokciowego: 65 60

UWAGA!! DO WSZYSTKICH PUNKTÓW DOTYCZĄCYCH STAWU ŁOKCIOWEGOFunkcjonalny pełny wyprost stawu łokciowego - 0°, pełne zgięcie - 140°, supinacja i pronacja - 0°-80°.

PRZEDRAMIĘ

123. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące zniekształcenia i ograniczenia ruchomości nadgarstka, ruchów rotacyjnch przedramienia, ruchów palców: Prawa Lewa
a) z niewielkim zniekształceniem bez istotnych zaburzeń ruchomości (np. złamanie podokostnowe u dzieci, złamanie bez przemieszczenia, izolowane złamanie wyrostka rylcowatego) 1-5 1-4
b) średnie zniekształcenia z ograniczeniem ruchomości bez zaburzeń wtórnych 3-10 2-8
c) średnie lub duże zniekształcenie ze średnim ograniczeniem ruchomości, ze zmianami wtórnymi 10-20 8-15
d) bardzo duże zniekształcenia, z dużym ograniczeniem ruchów, ze zmianami wtórnymi 20-30 15-25
124. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia - w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych: ..... Prawa Lewa
a) niewielkie zmiany 1-5 1-4
b) średnie zmiany 5-20 5-15
c) duże zmiany, zmiany wtórne i inne 20-30 15-25
125. Uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń - w zależności od rozmiarów uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne): ..... Prawa Lewa
a) niewielkie zmiany 1-5 1-4
b) średnie zmiany 5-10 4-8
c) znaczne zmiany 10-20 8-15

UWAGA!!
Wg pkt. 125 należy orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku towarzyszących złamań orzekać należy odpowiednio wg pkt. 123, 124, 126, 127.

126. Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej - w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych: ..... Prawa Lewa
a) zmiany średniego stopnia 10-20 10-15
b) zmiany dużego stopnia 20-35 15-30
127. Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia - w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych: ..... Prawa Lewa
a) średniego stopnia 10-25 10-20
b) dużego stopnia 25-40 20-35
128. Uszkodzenia przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaną techniką operacyjną), ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi - ocenia się wg pkt. 123-127, zwiększając stopień uszczerbku w zależności ..... Prawa Lewa
od stopnia powikłań o: 1-15 1-10
129. Utrata kończyny w obrębie ..... Prawa Lewa
przedramienia - w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania: 55-65 50-60
130. Utrata przedramienia w sąsiedztwie ..... Prawa Lewa
stawu nadgarstkowego: 55 50

NADGARSTEK

131. Uszkodzenie nadgarstka: skręcenie, zwichnięcie, złamania - w zależności od blizn, zniekształceń, rozległości uszkodzenia, upośledzenia funkcji,

zmian troficznych i innych zmian wtórnych: ..... Prawa Lewa
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 zesztywnienie w obrębie nadgarstka: ..... Prawa Lewa
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców 15-30 10-25
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców 25-45 15-25

133. Uszkodzenie nadgarstka powikłane głębokimi trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi - ocenia się wg pkt. 131-132 zwiększając stopień uszczerbku - w zależności ..... Prawa Lewa
od stopnia powikłań o: 1-10 1-10

134. Utrata ręki na poziomie nadgarstka: ..... Prawa Lewa
..... 55 50

ŚRÓDRĘCZE

135. Uszkodzenie śródręcza, złamania kości II-V, uszkodzenie części miękkich (skóry, mięśni, naczyń, nerwów) - w zależności od blizn, zniekształceń, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych: ..... Prawa Lewa
a) niewielkie zmiany 1-5 1-4
b) średnie zmiany 5-10 4-8
c) rozległe zmiany 10-20 8-18

KCIUK

136. Utrata kciuka - w zależności od rozmiaru ubytku, blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych: ..... Prawa Lewa
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 (do 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 śródręcza 20-25 18-23
e) utrata obu paliczków z kością śródręcza 25-35 23-33

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: ..... Prawa Lewa
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) 20-25 18-23
e) rozległe zmiany graniczące z utratą pierwszej kości śródręcza 25-35 23-30

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

PALEC WSKAZUJĄCY

138. Utrata w obrębie wskaziciela - w zależności od blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji dłoni: ..... Prawa Lewa
a) utrata częściowa lub całkowita opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej 1-5 1-4
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego 5-10 5-8
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka środkowego 10-15 8-13
d) utrata paliczka paznokciowego i środkowego 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 śródręcza 25-30 23-27

139. Inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela: blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zesztywnienia, zmiany troficzne, czuciowe itp. - w zależności od stopnia: ..... Prawa Lewa
a) niewielkie zmiany 1-5 1-4
b) zmiany średniego stopnia 5-10 5-8
c) zmiany dużego stopnia 10-15 8-13
d) zmiany znacznego stopnia graniczące z utratą wskaziciela (bezużyteczność palca) 15-20 13-18

PALEC TRZECI (III), CZWARTY (IV) I PIĄTY (V)

140. Utrata częściowa lub całkowita palców trzeciego, czwartego i piątego (każdy palec ocenia się osobno): ..... Prawa Lewa
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej 1-2,5 1-2
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego 2,5-5 2-4,5
c) utrata dwóch paliczków 5-8 4,5-7
d) utrata trzech paliczków 8-10 7-8,5

141. Utrata palców III, IV lub V w obrębie ..... Prawa Lewa
lub z kością śródręcza: 10-15 8-13

UWAGA!!
Uszkodzenie palca III przy braku lub bezużyteczności wskaziciela - ocenia się podwójnie palec III. Palec III może zastąpić wskaziciela, przy jego uszkodzeniu powstaje znaczne upośledzenie funkcji dłoni.

142. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V: złamania, zwichnięcia, blizny, uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń, zniekształcenia, przykurcze, zesztywnienia stawów, zmiany troficzne, czuciowe itp. - za każdy palec - w zależności od stopnia: ..... Prawa Lewa
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 palca 9 8

UWAGA!! DOTYCZY WSZYSTKICH USZKODZEŃ PALCÓW
Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców, całkowita ocena musi być niższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi uszkodzenia ręki. Uszkodzenia obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekroczyć wartości uszczerbku przewidzianej za całkowitą utratę ręki (dla prawej 55%, a dla lewej 50%).

M. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

143. Uszkodzenia stawu biodrowego (zwichnięcia, złamania nasady bliższej kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej) - w zależności od zakresu ruchów, przemieszczeń, skróceń, zniekształcenia, zmian wtórnch:
    a) ze zmianami miernego stopnia 5-10
    b) ze zmianami średniego stopnia..... 10-20
    c) ze zmianami dużego stopnia..... 20-40
    d) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano, niepowodzenie leczenia operacyjnego itp.) 40-65
    e) leczenie uszkodzenia zakończone pomyślnym wszczepieniem protezy stawu biodrowego w zależności od ograniczenia funkcji..... 15-40
144. Uszkodzenie tkanek miękkich aparatu torebkowo - więzadłowego, mięśni, naczyń, skóry - w zależności od blizn, ubytków, ograniczenia ruchów:
    a) niewielkiego stopnia 1-5
    b) średniego stopnia..... 5-15
    c) znacznego stopnia 15-25

UWAGA!!
Współistniejące uszkodzenia nerwów należy kwalifikować wg pkt. 182.

145. Zesztywnienie stawu biodrowego - w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:
    a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym 15-30
    b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym 30-60
146. Uszkodzenia stawu biodrowego powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, przetokami, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), ubytkiem tkanki kostnej - ocenia się wg pkt. 143 i 145, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od stopnia powikłań o:..... 5-15
147. Utrata kończyny dolnej przez wyłuszczenie jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej - w zależności od zniekształceń, stanu kikuta i możliwości jego oprotezowania: 75-85

UDO

148. Złamanie kości udowej - w zależności od zniekształceń, zaburzenia osi, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stanie biodrowym i kolanowym, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych:
    a) niewielkie zmiany i skrócenie do 4 cm 1-15
    b) średnie zmiany lub skrócenia do 4 - 6 cm..... 15-30
    c) duże zmiany lub skrócenie ponad 6 cm..... 30-40
149. Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny, opóźniony zrost kości - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych: 40-60
150. Uszkodzenie skóry, mięśni, ścięgien (blizny, ubytki, przepukliny mięśniowe itp.) uda - w zależności od zaburzeń funkcji:
    a) niewielkiego stopnia 1-5
    b) średniego stopnia..... 5-10
    c) znacznego stopnia 10-20
151. Uszkodzenie dużych naczyń, tętniaki pourazowe w obrębie uda - w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych:..... 5-30
152. Uszkodzenie uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, ciałami obcymi (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), skostnieniem pozaszkieletowym i zmianami neurologicznymi - ocenia się wg pkt. 148-151, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od rozmiarów powikłań o: 1-10
153. Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się wg pkt. 148-151, zwiększając stopień uszczerbku - w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o:..... 10-65

UWAGA!! DOTYCZY PUNKTÓW OD 148 DO 151 i 153. Łączny uszczerbek oceniany wg pkt. 148-151 i pkt. 153 nie może przekroczyć 70%.

154. Utrata kończyny - w zależności od długości kikuta i jego przydatności do oprotezowania 50-70

KOLANO

155. Złamanie nasad kości tworzących staw kolanowy, rzepki - w zależności od zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu, zaburzeń statyczno - dynamicznych kończyny i innych zmian:
    a) niewielkie zmiany - możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 90º do 120º i/lub deficyt wyprostu do kąta 5º, mała lub średnia niestabilność prosta lub niewielka rotacyjna 1-10
    b) średnie zmiany - możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 40º do 90º i/lub deficyt wyprostu do kąta w zakresie 15º-5º, 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 0º do 40º i/lub deficyt wyprostu do kąta 15º, utrwalone niestabilności złożone i rotacyjne, znaczne zaburzenia osi kończyny..... 25-40
    d) zesztywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnej korzystnej 0º-15º 30
    e) zesztywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnej niekorzystnej 30-40
156. Skręcenia i zwichnięcia stawu kolanowego (w tym zwichnięcia rzepki) z uszkodzeniem aparatu torebkowo - więzadłowego stawowego (torebka, wiązadła, łękotki) - w zależności od ograniczenia ruchów, stabilności stawu, wydolności statyczno - dynamicznej kończyny:
    a) izolowane uszkodzenia łękotek, stan po leczeniu operacyjnym łękotek z dobrym wynikiem, uszkodzenia aparatu więzadłowego bez cech niestabilności - w zależności

od stopnia upośledzenia ruchu 1-5
b) uszkodzenia aparatu więzadłowego z lub bez uszkodzenia łękotek, powodujące małą lub średnią niestabilność prostą, niewielkiego stopnia rotacyjną, stan po leczeniu operacyjnym stawu z dobrym wynikiem - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu 5-10
c) uszkodzenia aparatu więzadłowego z lub bez uszkodzenia łękotek, powodujące dużą niestabilność prostą lub średniego stopnia rotacyjną, bądź niewielkiego lub średniego stopnia złożoną - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu..... 10-25
d) utrwalone duże niestabilności złożone i rotacyjne, uszkodzenia obu wiązadeł krzyżowych, znaczne zaburzenia osi kończyny - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu 25-40

157. Inne uszkodzenia stawu kolanowego - blizny skóry, ciała obce (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przewlekłe stany zapalne, przetoki i inne zmiany wtórne - w zależności od wydolności stawu:
a) niewielkie zmiany 1-5
b) średnie zmiany 5-10
c) duże zmiany 10-20

158. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego:..... 65

UWAGA!!
Prwidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprostu do 120° dla zgięcia. Jeśli zesztywnienie stawu kolanowego jest spowodowane innymi uszkodzeniami niż złamania kości, należy oceniać wg pkt. 155d lub 155e. Nawrotowe zwichnięcia rzepki należy oceniać uwzględniając uszczerbek istniejący po poprzednich zwichnięciach. Kolejne zwichnięcia nie zwiększają wysokości uszczerbku.

PODUDZIE

159. Złamanie trzonów kości podudzia (jednej lub obu) - w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:
a) zmiany niewielkie lub skrócenie kończyny do 4 cm 5-15
b) duże zmiany wtórne lub skrócenie kończyny od 4 cm do 6 cm..... 15-30
c) bardzo duże zmiany, ze skróceniem kończyny powyżej 6 cm, z rozległymi zmianami wtórnymi w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry, z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych, zmian neurologicznych itp.. 30-50

160. Izolowane złamanie strzałki (nie obejmuje kostki bocznej) - w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, upośledzenia funkcji kończyny: 1-5

161. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, 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!!
Należy orzekać jedynie uszkodzenia tkanek miękkich bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości należy orzekać wg pkt. 159 i 160.

162. Utrata kończyny w obrębie podudzia - w zależności od charakteru kikuta, jego długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:
a) przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej (u dzieci do 10 lat przy długości kikuta do 6 cm) 60
b) przy dłuższych kikutach 40-55

STAW SKOKOWY, STOPA

163. Uszkodzenia stawów goleniowo-skokowego i/lub skokowo-piętowego - skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia wiązadeł, torebki, uszkodzenia tkanek miękkich, blizny - w zależności od zniekształceń, funkcji stopy, zmian wtórnych i innych powikłań:
a) niewielkie zaburzenia ruchomości, niewielkie zniekształcenia, blizny i ubytki 1-2
b) miernego stopnia zaburzenia ruchomości i zniekształcenia - po częściowym uszkodzeniu wiązadeł, bez niestabilności w stawach 2-5
c) średniego stopnia zaburzenia ruchomości i zniekształcenia - po częściowym uszkodzeniu wiązadeł, z niestabilnością w stawach 5-10
d) duże zmiany z utrzymującymi się objawami funkcjonalnej niestabilności stawów, po całkowitym rozerwaniu wiązadeł 10-20

164. Złamania i zwichnięcia kości wchodzących w skład stawu goleniowo-skokowego i/lub skokowo-piętowego, nasad dolnych kości podudzia - w zależności od zniekształceń, ograniczeń ruchomości stopy, zaburzeń statyczno- dynamicznych stopy, zesztywnienia stawów - w zależności od stopnia zmian:
a) niewielkiego stopnia ograniczenia funkcji w obrębie stawów skokowych 2-5
b) średniego stopnia zaburzenia funkcji w stawach skokowych..... 5-10
c) dużego stopnia zaburzenia funkcji w stawach skokowych lub zesztywnienia w ustawieniu pod kątem zbliżonym do prostego 10-20
d) zesztywnienia w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym 20-30
e) znacznego stopnia zaburzenia funkcji w stawach skokowych, powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi i innymi zmianami wtórnymi, zesztywnieniem w ustawieniu niekorzystnym 20-40

165. Złamanie kości skokowej i/lub piętowej (nie wchodzące w zakres pkt. 164) - w zależności od utrzymujących się dolegliwości, przemieszczeń, zniekształceń, ustawienia stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań:
a) niewielkiego stopnia ograniczenia funkcji w obrębie stawów skokowych 1-10
b) średniego stopnia..... 10-20
c) duże zmiany 20-30

166. Utrata kości skokowej i/lub piętowej - w zależności od 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 zmian czynnościowych..... 1-5
b) średniego stopnia - w zależności od zmian 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) I lub V kości śródstopia 1-15
b) II, III i IV kości śródstopia 1-10
c) złamania dwóch kości śródstopia 10-15
d) złamanie trzech lub więcej kości śródstopia 10-20

169. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się wg pkt. 168 zwiększając stopień uszczerbku (w zależności od stopnia powikłań) o: 1-10

170. Inne uszkodzenia stopy - w zależności od dolegliwości, blizn, zniekształceń, zmian troficznych, zaburzeń statyczno-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: 40

173. Utrata stopy w stawie Lisfranca: 35

174. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia - w zależności od rozległości utraty przodostopia i cech kikuta: 20-30

PALCE STOPY

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 1-5
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego 5-8
c) utrata całego palucha 10

176. Inne uszkodzenia palucha - zwichnięcia, 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, V:
a) częściowa utrata na wysokości paliczka środkowego - za każdy palec 1
b) całkowita utrata - za każdy palec 2

179. Utrata palca V z kością śródstopia - w zależności od wielkości utraty kości środstopia: 5-15

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. Inne drobne uszkodzenia i zniekształcenia palców - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji - oceniać łącznie: 1-5

UWAGA!! DO WSZYSTKICH PUNKTÓW
Wartość uszczerbku ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę palca. Uszkodzenie kikuta amputowanych kończyn, wymagające zmiany protezy, reamputacji lub niemożności zastosowania protezy - należy oceniać wg amputacji na wyższym poziomie.

N. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH

182. Uszkodzenie nerwów częściowe lub całkowite - w zależności od stopnia zaburzeń:

		Prawa	L
a)	nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	1-15	
b)	nerwu piersiowego długiego.....	1-15	1-10
c)	nerwu pachwowego	1-25	1-20
d)	nerwu mięśniowo - skórnego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	1-25	1-20
e)	nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu.....	1-35	1-35
f)	nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	1-30	1-25
g)	nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu.....	1-25	1-20
h)	nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu.....	1-15	1-10
i)	nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu.....	1-40	1-30
j)	nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu.....	1-20	1-15
k)	nerwu łokciowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu.....	1-25	1-20
l)	splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	1-25	1-20
ł)	splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej).....	1-45	1-40
m)	pozostałych nerwów odcinka szyjno - piersiowego.....	1-15	
n)	nerwu zasłonowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu.....	1-20	
o)	nerwu udowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu.....	1-30	
p)	nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	1-20	
r)	nerwu sromowego wspólnego.....	1-25	
s)	nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	1-60	
t)	nerwu piszczelowego (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach) - części czuciowej,		

ruchowej lub całego nerwu..... 1-40
u) nerwu strzałkowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu..... 1-25
w) splotu lędźwiowo - krzyżowego..... 1-70
z) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo - krzyżowego 1-10

UWAGA!!
Wg pkt. 182 ocenia się tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadku współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych, należy stosować ocenę wg pkt. dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.

183. Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną - w zależności od stopnia zmian troficznych i nasilenia bólów..... 1-50

Niniejsza Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu została zatwierdzona uchwałą nr 174/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadzona w życie z dniem 30 października 2022 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Katalog poważnych zachorowań stanowiący załącznik do Ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczących poważnego zachorowania ubezpieczonego

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

			Katalog A		Katalog B		Katalog C	
		Rodzaje Poważnych zachorowań	Podstawowy	Rozszerzony	Podstawowy	Rozszerzony	Podstawowy	Rozszerzony
I. Choroby autoimmunologiczne	1.	Łuszczycowe zapalenie stawów	nie	tak	nie	nie	nie	tak
	2.	Twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)	nie	tak	nie	nie	nie	tak
II. Choroby neurologiczne	1.	Bakteryjne zapalenie mózgu z ubytkiem neurologicznym	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	2.	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych z ubytkiem neurologicznym	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	3.	Choroba Alzheimera	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	4.	Choroba Creutzfeldta-Jakoba	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	5.	Choroba Huntingtona	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	6.	Choroba neuronu ruchowego	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	7.	Choroba Parkinsona	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	8.	Dystrofia mięśniowa	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	9.	Neuroborelioza skutkująca leczeniem szpitalnym	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	10.	Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu skutkujące leczeniem szpitalnym	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	11.	Porażenie kończyn	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	12.	Postępujące porażenie nadjądrowe	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	13.	Stwardnienie rozsiane z ubytkami neurologicznymi	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	14.	Śpiączka	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	15.	Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych skutkujące leczeniem szpitalnym	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	16.	Wirusowe zapalenie mózgu z ubytkiem neurologicznym	tak	tak	tak	tak	tak	tak
III. Choroby nowotworowe	1.	Łagodny nowotwór mózgu	tak	tak	tak	tak	nie	nie
	2.	Łagodny nowotwór rdzenia kręgowego	tak	tak	tak	tak	nie	nie
	3.	Nowotwór złośliwy	tak	tak	tak	tak	nie	nie
IV. Choroby reumatoidalne	1.	Reumatoidalne zapalenie stawów o ciężkim przebiegu	nie	tak	nie	nie	nie	tak
	2.	Toczeń rumieniowaty układowy	nie	tak	nie	nie	nie	tak
	3.	Ziarniniakowatość Wegenera	nie	tak	nie	tak	nie	tak
V. Choroby sercowo-naczyniowe	1.	Chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass)	tak	tak	nie	nie	tak	tak
	2.	Infekcyjne zapalenie wsierdzia	nie	tak	nie	nie	nie	tak
	3.	Kardiomiopatia pierwotna	tak	tak	nie	nie	tak	tak
	4.	Operacja aorty	tak	tak	nie	nie	tak	tak
	5.	Operacja zastawek serca	tak	tak	nie	nie	tak	tak
	6.	Przezskórna angioplastyka wieńcowa	tak	tak	nie	nie	tak	tak
	7.	Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym	tak	tak	nie	nie	tak	tak
	8.	Zawał serca	tak	tak	nie	nie	tak	tak

			Katalog A		Katalog B		Katalog C	
		Rodzaje Poważnych zachorowań	Podstawowy	Rozszerzony	Podstawowy	Rozszerzony	Podstawowy	Rozszerzony
VI. Choroby zakaźne	1.	Bąblowiec mózgu leczony operacyjnie	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	2.	Bąblowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej leczony operacyjnie	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	3.	Cholera	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	4.	Dur brzuszny	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	5.	Gorączka denga	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	6.	Gorączka Ebola	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	7.	Gorączka Zachodniego Nilu	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	8.	Gruźlica	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	9.	Malaria skutkująca leczeniem szpitalnym	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	10.	Pełzakowica skutkująca leczeniem szpitalnym	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	11.	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	12.	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	13.	Schistosomatoza (bilharcjoza)	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	14.	Sepsa o ciężkim przebiegu	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	15.	Tężec skutkujący leczeniem szpitalnym	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	16.	Wścieklizna skutkująca leczeniem szpitalnym	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	17.	Zakażenie wirusem HIV lub rozpoznanie AIDS (w związku z wykonywanym zawodem)	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	18.	Zakażenie wirusem HIV lub rozpoznanie AIDS (w wyniku transfuzji krwi)	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	19.	Zgorzel gazowa skutkująca leczeniem szpitalnym	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	20.	Żółta gorączka	nie	tak	nie	tak	nie	tak
VII. Choroby inne	1.	Anemia aplastyczna	nie	tak	nie	tak	nie	nie
	2.	Choroba Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu	nie	tak	nie	tak	nie	nie
	3.	Ciężkie oparzenia	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	4.	Cukrzyca o ciężkim przebiegu (typ 1)	nie	tak	nie	nie	nie	tak
	5.	Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie	nie	tak	nie	nie	nie	tak
	6.	Pierwotne płucne nadciśnienie tętnicze (PAH)	nie	tak	nie	nie	nie	tak
	7.	Piorunujące zapalenie wątroby (ostra niewydolność wątroby)	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	8.	Pourazowe uszkodzenie mózgu	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	9.	Przeszczep narządów	tak	tak	nie	nie	nie	nie
	10.	Ropień mózgu leczony operacyjnie	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	11.	Ropień płuca lub śródpiersia leczony operacyjnie	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	12.	Schyłkowa niewydolność nerek	tak	tak	nie	nie	tak	tak
	13.	Schyłkowa niewydolność oddechowa	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	14.	Schyłkowa niewydolność wątroby	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	15.	Utrata kończyn	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	16.	Utrata kończyny (wskutek choroby)	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	17.	Utrata mowy	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	18.	Utrata słuchu	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	19.	Utrata wzroku	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	20.	Utrata wzroku w jednym oku	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	21.	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego o ciężkim przebiegu	nie	tak	nie	tak	nie	nie
	22.	Zakażona martwica trzustki leczona operacyjnie	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	23.	Zespół krótkiego jelita	nie	tak	nie	tak	nie	nie

DEFINICJE POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

I. Choroby autoimmunologiczne

1. **Łuszczycowe zapalenie stawów** – choroba zapalna stawów występująca u osób chorujących na łuszczycę, która została rozpoznana przez lekarza reumatologa. Odpowiedzialnością objęte są przypadki postaci wielostawowej (co najmniej 5 stawów), osiowej lub okaleczającej postaci Łuszczycowego zapalenia stawów.
   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
2. **Twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)** – układowa choroba tkanki łącznej przebiegająca z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. W rozumieniu niniejszej definicji musi przebiegać z zajęciem serca lub płuc lub nerek. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami biopsji i badań serologicznych. Definicja nie obejmuje twardziny miejscowej (twardziny liniowej lub plackowatej), eozynofilowego zapalenia powięzi i zespołu CREST.
   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.

II. Choroby neurologiczne

1. **Bakteryjne zapalenie mózgu z ubytkiem neurologicznym** – postać choroby wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych, rozpoznana na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych, potwierdzona wynikami: badania płynu mózgowo-rdzeniowego, badań bakteriologicznych lub immunologicznych, powodująca trwałe ubytki lub deficyt neurologiczny niepoddający się rehabilitacji w ciągu 6 miesięcy.
   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
2. **Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych z ubytkiem neurologicznym** – postać choroby wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych, rozpoznana na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych, potwierdzona wynikami: badania płynu mózgowo-rdzeniowego, badań bakteriologicznych lub immunologicznych, powodująca trwałe ubytki lub deficyt neurologiczny niepoddający się rehabilitacji w ciągu 6 miesięcy.
   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
3. **Choroba Alzheimera** – pogorszenie lub utrata czynności intelektualnych spowodowana nieodwracalnymi zmianami funkcjonowania mózgu. Rozpoznanie musi zostać postawione przez lekarza neurologa na podstawie danych klinicznych oraz testów i kwestionariuszy służących do diagnostyki choroby Alzheimera i demencji. Choroba musi powodować poważne upośledzenie funkcji poznawczych.
   Definicja nie obejmuje innych typów demencji.
   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
4. **Choroba Creutzfelda-Jakoba** – postępująca choroba zakaźna, prowadząca do uszkodzenia centralnego układu nerwowego charakteryzująca się objawami psychicznymi (otępienie) oraz neurologicznymi (objawy porażenia nerwów, zaburzenia wzroku, zaburzenia równowagi i inne). Jednoznaczna diagnoza musi być postawiona przez specjalistę neurologa.
   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
5. **Choroba Huntingtona (pląsawica Huntingtona)** - postępująca choroba genetyczna ośrodkowego układu nerwowego, objawiająca się niekontrolowanymi ruchami i postępującym otępieniem, potwierdzona charakterystycznymi objawami klinicznymi oraz pozytywnymi wynikami badań dodatkowych EEG, neuroobrazowych, immunologicznych.
   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
6. **Choroba neuronu ruchowego** – wystąpienie jednej z niżej wymienionych chorób, potwierdzonych przez lekarza neurologa, których wspólną cechą są objawy uszkodzenia neuronów ruchowych:
   1) stwardnienia zanikowego bocznego (SLA);
   2) postępującego zaniku mięśni (PMA);
   3) pierwotnego stwardnienia bocznego (PLS);
   4) postępującego porażenia opuszkowego (PBP).

   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
7. **Choroba Parkinsona** – przewlekła choroba układu pozapiramidowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia produkcji dopaminy. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone wystąpieniem co najmniej 2 z 3 objawów choroby, tj. akinezy, drżenia spoczynkowego, wzmożenia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej).
   Definicja nie obejmuje zespołów objawów parkinsonowskich wywołanych innymi schorzeniami oraz przypadków choroby Parkinsona wywołanej lekami lub substancjami toksycznymi.
   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
8. **Dystrofia mięśniowa** – choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym powodująca postępujący zanik mięśni, prowadząca do trwałych zaburzeń ich funkcji, stwierdzona na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych oraz wyników biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG), skutkująca trwałym ograniczeniem zdolności do samodzielnej egzystencji w postaci braku możliwości wykonania co najmniej 2 z 5 podstawowych czynności dnia codziennego:
   1) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem do lub pod prysznic i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób;
   2) ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania;
   3) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku;
   4) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie;
   5) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni.

Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.

9. **Neuroborelioza skutkująca leczeniem szpitalnym** – krętkowica przenoszona przez kleszcze przebiegająca z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórnymi objawiającymi się rumieniem, zapaleniem stawów, zapaleniem mięśnia sercowego oraz różnorodnymi objawami neurologicznymi i skutkująca koniecznością leczenia szpitalnego.
   Zdiagnozowanie choroby powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego.
   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
10. **Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu skutkujące leczeniem szpitalnym** – postać choroby przenoszonej przez kleszcze, która przebiega z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkująca koniecznością hospitalizacji oraz potwierdzona badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozpoznanie choroby powinno być jednoznacznie ustalone przez lekarza specjalistę neurologa i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.
    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
11. **Porażenie kończyn** – całkowita i trwała utrata funkcji co najmniej 2 kończyn, spełniająca kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowana Wypadkiem lub chorobą nerwów rdzeniowych, rdzenia kręgowego lub mózgu.
    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
12. **Postępujące porażenie nadjądrowe** – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego rozpoznana przez lekarza neurologa na podstawie aktualnych standardów diagnostycznych jako postępujące porażenie nadjądrowe, która doprowadziła do stałych zaburzeń ruchowych, zaburzeń ruchomości gałek ocznych oraz niestabilności postawy.
    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
13. **Stwardnienie rozsiane z ubytkami neurologicznymi** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego), rozpoznana przez lekarza neurologa, wywołana procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi, przejawiająca się zespołem licznych ubytków neurologicznych, rozpoznana na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonalda, poprzedzona epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację objawów: uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia.
    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
14. **Śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin.
    Definicja nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej oraz śpiączki wynikającej ze spożycia alkoholu i innych substancji odurzających.
    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
15. **Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych skutkujące leczeniem szpitalnym** – choroba skutkująca koniecznością leczenia szpitalnego, rozpoznana na podstawie objawów klinicznych, potwierdzona wynikami badań: płynu mózgowo-rdzeniowego, badań wirusologicznych i/lub immunologicznych.
    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
16. **Wirusowe zapalenie mózgu z ubytkiem neurologicznym** – choroba zapalenia mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, móżdżku) o ciężkim przebiegu, wywołana przez infekcję wirusową i powodująca powstanie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się przez okres co najmniej 6 tygodni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa.
    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.

III. Choroby nowotworowe

1. **Łagodny nowotwór mózgu** – wewnątrzczaszkowy, niezłośliwy nowotwór mózgu, opon lub nowotwory nerwów czaszkowych, rozpoznane na podstawie wyników badań neuroobrazowych, immunologicznych lub histopatologicznych, które zostały usunięte lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, spowodowały trwały ubytek neurologiczny.
   Definicja nie obejmuje: guzów przysadki i szyszynki, torbieli, ziarniniaków, malformacji naczyniowych.
   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
2. **Łagodny nowotwór rdzenia kręgowego** – wewnątrzkanałowy, niezłośliwy nowotwór rdzenia kręgowego i opon rdzenia, który został usunięty lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, spowodował trwały ubytek neurologiczny, rozpoznany na podstawie pozytywnych wyników badań dodatkowych obrazowych, immunologicznych lub histopatologicznych.
   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
3. **Nowotwór złośliwy** – nowotwór inwazyjny, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka (w tym mięsaka skóry).
   Definicja nie obejmuje:
   1) raka nieinwazyjnego, raka przedinwazyjnego (*carcinoma in situ*), dysplazji, raka o granicznej złośliwości, raka o niskim stopniu złośliwości oraz wszelkich zmian przedrakowych;
   2) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0) lub ze wskaźnikiem Gleasona nie mniejszym niż 7;
   3) wszelkich nowotworów skóry z wyjątkiem: czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM, chłoniaka skóry oraz mięsaka skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1N0M0 według klasyfikacji TNM;
   4) raka brodawkowatego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1aN0M0, T1bN0M0);
   5) przewlekłej białaczki limfatycznej w stadium niższym niż stopień III według klasyfikacji Rai;
   6) wczesnego stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według

klasyfikacji TNM;
7) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV.

Za Wystąpienie poważnego zachorowania przyjmuje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego w Okresie ubezpieczenia, które potwierdziło obecność nowotworu złośliwego. Jeśli z medycznego punktu widzenia wykonanie badania histopatologicznego nie jest możliwe lub jest ryzykowne, za Wystąpienie poważnego zachorowania przyjmuje się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia przez lekarza onkologa na podstawie dokumentacji medycznej.

IV. Choroby reumatoidalne

1. **Reumatoidalne zapalenie stawów o ciężkim przebiegu** – uogólnione uszkodzenie stawów wyrażające się deformacją co najmniej 3 z następujących grup stawów: stawy międzypaliczkowe rąk, stawy nadgarstkowe, stawy łokciowe, stawy kręgosłupa szyjnego, stawy kolanowe, stawy stóp. Ubezpieczeniem są objęte wyłącznie przypadki ograniczenia samodzielnej egzystencji wyrażającego się utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum 3 z 5 podstawowych czynności życiowych dnia codziennego:
   1) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem do wanny lub pod prysznic i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób;
   2) ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania;
   3) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku;
   4) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie;
   5) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni.

   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
2. **Toczeń rumieniowaty układowy** – choroba autoimmunologiczna przebiegająca z typowymi zmianami skórnymi, nadwrażliwością na słońce, dolegliwościami ze strony stawów i zaburzeniami immunologicznymi, przy współistnieniu zmian w układzie krążenia, lub układzie nerwowym lub w nerkach. Rozpoznanie tocznia powinno być postawione zgodnie z międzynarodowymi kryteriami diagnostycznymi Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego.

   Definicja nie obejmuje:
   1) tocznia rumieniowatego układowego polekowego;
   2) tocznia rumieniowatego krążkowego.

   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
3. **Ziarniniakowatość Wegenera** – układowa choroba autoimmunologiczna powodująca martwicze zapalenie małych i średnich naczyń krwionośnych, charakteryzująca się powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał c-ANCA, przy współistnieniu przynajmniej jednego z objawów:
   1) schyłkowa niewydolność nerek;
   2) schyłkowa niewydolność oddechowa;
   3) utrata wzroku;
   4) utrata słuchu.

   Choroba musi być rozpoznana zgodnie z kryteriami Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego.

   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.

V. Choroby sercowo – naczyniowe

1. **Chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass)** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej, przy otwartej klatce piersiowej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona wskutek zalecenia specjalisty – kardiologa.

   Definicja nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.

   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji chirurgicznej w Okresie ubezpieczenia.
2. **Infekcyjne zapalenie wsierdzia** – choroba infekcyjnego zapalenia wsierdzia u osoby z własnymi, naturalnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, rozpoznana zgodnie z obowiązującymi kryteriami medycznymi przez specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych lub kardiologii.

   Definicja nie obejmuje przypadków tej choroby u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca, wszczepionymi urządzeniami do elektroterapii (elektrostymulatorem, kardiowerterem), u osób, które przebyły operację serca, u osób używających środków uzależniających.

   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
3. **Kardiomiopatia pierwotna** – kardiomiopatia: rozstrzeniowa, przerostowa, gąbczasta, restrykcyjna i arytmogenna prawej komory, skutkująca znaczną i nieodwracalną niewydolnością serca w stopniu co najmniej II według skali Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA), bez współwystępowania choroby wieńcowej, nadciśnienia tętniczego, wady zastawkowej lub wrodzonej serca na tyle istotnej, by doprowadzić do obserwowanej patologii miokardium. Kardiomiopatia musi być potwierdzona badaniem klinicznym i wynikami niezbędnych badań obrazowych takich jak: echokardiograficzne lub tomografia komputerowa lub magnetyczny rezonans jądrowy lub cewnikowanie serca.

   Definicja nie obejmuje kardiomiopatii wtórnych.

   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
4. **Operacja aorty** – operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby

naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty.
Definicja nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu wszelkich rodzajów stentów (także stentgraftu) do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w Okresie ubezpieczenia.

5. **Operacja zastawek serca** – przeprowadzona pierwszorazowa operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonana przy otwartym sercu lub bez otwierania serca. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę w zakresie kardiologii.
   Definicja nie obejmuje operacji naprawczej zastawki serca (a więc bez wymiany) oraz przezskórnego zabiegu plastyki zastawek.
   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w Okresie ubezpieczenia.
6. **Przezskórna angioplastyka wieńcowa** – zabieg przezskórnego poszerzenia zwężeń lub niedrożności dwóch lub więcej tętnic wieńcowych, przeprowadzony z powodu dolegliwości dławicowych, przy użyciu cewnika balonowego. Schorzenie musi być potwierdzone wykazaniem w badaniu koronarograficznym obecności co najmniej 70-procentowego zwężenia światła każdej z dwóch lub więcej tętnic wieńcowych oraz kartą informacyjną poświadczającą rzeczywiste przebycie zabiegu balonowego poszerzenia co najmniej dwóch tętnic wieńcowych w trakcie jednego zabiegu.
   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się rozpoczęcie specjalistycznego leczenia w Okresie ubezpieczenia.
7. **Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym** – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej, w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmózgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych, znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie udaru musi zostać potwierdzone wystąpieniem świeżych zmian naczyniopochodnych zaobserwowanych w badaniach obrazowych (np. w badaniu rezonansu magnetycznego, badaniu tomografii komputerowej).
   Odpowiedzialnością objęte są również przypadki udaru móżdżku, rdzenia przedłużonego, rdzenia kręgowego, które spełniają powyższe kryteria.
   Definicja nie obejmuje:
   1) epizodów pourazowego krwotoku śródmózgowego oraz pourazowego krwotoku podpajęczynówkowego;
   2) udaru mózgu dokonanego w nieokreślonej przeszłości lub takiego, którego daty wystąpienia nie można jednoznacznie określić;
   3) przemijającego napadu niedokrwiennego (TIA) ani odwracalnego niedokrwiennego deficytu neurologicznego (RIND);
   4) wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych.
   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
8. **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego, wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie zawału serca postawione przez lekarza prowadzącego musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, współistniejącego z co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
   1) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego;
   2) nowe zmiany niedokrwienne w badaniu EKG;
   3) uwidocznione w badaniach obrazowych nowe ubytki żywotnego mięśnia sercowego lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej.

   Ochroną objęte są także zawały serca, które wystąpiły w trakcie zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej oraz operacji pomostowania aortalno-wieńcowego.
   Definicja nie obejmuje:
   1) innych ostrych zespołów wieńcowych, w których nie wykazano dowodów na dokonanie się martwicy mięśnia serca;
   2) każdego zdarzenia, które nie zostało potwierdzone jako zawał serca przez lekarza specjalistę (kardiologa);
   3) podwyższenia biomarkerów sercowych, wynikających z zabiegu diagnostycznej angiografii wieńcowej.

   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.

VI. Choroby zakaźne

1. **Bąblowiec mózgu leczony operacyjnie** – bąblowiec mózgu wymagający wykonania operacji chirurgicznej, usunięcia torbieli bąblowcowej mózgu, spowodowanej tasiemcem z rodzaju *Echinococcus*. Rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone badaniem histopatologicznym.
   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w Okresie ubezpieczenia.
2. **Bąblowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej leczony operacyjnie** – bąblowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej wymagający wykonania operacji chirurgicznej, polegającej na usunięciu torbieli bąblowcowej, spowodowanej tasiemcem z rodzaju *Echinococcus*. Rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone badaniem histopatologicznym.
   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w Okresie ubezpieczenia.
3. **Cholera** – ostra choroba zakaźna wywołana przez przecinkowce cholery (*Vibrio cholerae*), potwierdzona charakterystycznym obrazem klinicznym oraz pozytywnym wynikiem badania diagnostycznego mikrobiologicznego lub immunologicznego.
   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
4. **Dur brzuszny** – ostra ogólnoustrojowa choroba zakaźna wywoływana przez pałeczkę duru brzusznego (*Salmonella typhi*) potwierdzona charakterystycznymi objawami klinicznymi i wynikami badań dodatkowych (bakteriologicznych, histopatologicznych, immunologicznych). Definicja nie obejmuje przypadków bezobjawowego nosicielstwa *Salmonella typhi* lub *Salmonella paratyphi*.
   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
5. **Gorączka denga** – ostra tropikalna choroba zakaźna wywołana wirusem dengi, przebiegająca z wysoką gorączką, bólami głowy, bólem pozagałkowym, bólami mięśni, bólami stawów, wysypką, krwotokami, leukopenią.

Rozpoznanie musi być potwierdzone jednym z badań mikrobiologicznych: izolacją wirusa dengi z surowicy, osocza lub leukocytów; wykryciem kwasów nukleinowych metodą PCR; wykryciem antygenów wirusa lub co najmniej 4-krotnym wzrostem miana przeciwciał IgM lub IgG przy wykluczeniu reakcji krzyżowych z innymi flaviwirusami.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.

6. **Gorączka Ebola** – choroba zakaźna wywołana przez wirusa Ebola. Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny musi być jednoznacznie potwierdzony za pomocą odpowiednich testów laboratoryjnych.
   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
7. **Gorączka Zachodniego Nilu** – ostra choroba tropikalna wywołana wirusem Zachodniego Nilu, przebiegająca z wysoką gorączką, nudnościami, wymiotami, trudnościami w połykaniu. Rozpoznanie musi być potwierdzone charakterystycznym obrazem klinicznym oraz odpowiednim poziomem przeciwciał klasy IgM.
   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
8. **Gruźlica** – choroba zakaźna, która jest spowodowana prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) i przebiega z zajęciem miąższu płucnego lub drzewa tchawiczo-oskrzelowego bądź też opłucnej, węzłów chłonnych klatki piersiowej, układu moczowo-płciowego, kości i stawów, opon mózgowych. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego bądź histologicznego i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwprątkowego.
   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
9. **Malaria skutkująca leczeniem szpitalnym** – choroba zakaźna wywołana przez zarodźca zimnicy. Odpowiadamy wyłącznie za taką zimnicę, która skutkowała hospitalizacją. Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny muszą być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną.
   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
10. **Pełzakowica skutkująca leczeniem szpitalnym** – choroba zakaźna wywołana przez pełzaka czerwonki (*Entamoeba histolytica*). Odpowiadamy wyłącznie za taką pełzakowicę, która skutkowała hospitalizacją. Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny muszą być jednoznacznie potwierdzone za pomocą odpowiednich testów laboratoryjnych.
    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
11. **Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B** – aktywna, rozlana, zapalna choroba miąższu wątroby, wywołana przez wirusa zapalenia wątroby typu B (HBV = HBsAg). Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B rozpoznaje się na podstawie poniższych kryteriów występujących łącznie:
    1) stałej obecności antygenu powierzchniowego wirusa HBV (HBsAg) w surowicy przez okres przynajmniej 6 miesięcy;
    2) utrzymywania się stałej lub okresowej zwiększonej aktywności ilości ALT (aminotransferazy alaninowej) powyżej górnej granicy normy.

    Definicja nie obejmuje:
    1) przewlekłego nosicielstwa HBsAg;
    2) przebytego WZW typu B.

    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
12. **Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C** – przewlekłe, aktywne zapalenie wątroby, wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C, trwające ponad 6 miesięcy. Kryteria rozpoznania, które muszą być spełnione łącznie:
    1) stwierdzenie obecności przeciwciał anty HCV (IgG) lub/i obecności HCV RNA;
    2) w badaniu histopatologicznym (biopsja wątroby) albo badaniu elastograficznym wątroby wykonanym nie wcześniej niż po 6 miesiącach od początku choroby obecność cech przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby oraz włóknienia lub marskości.

    Definicja nie obejmuje przypadków rozpoznania WZW C u osób z infekcją HIV/AIDS.
    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
13. **Schistosomatoza (bilharcjoza)** – choroba pasożytnicza, wywoływana przez przywry krwi z rodzaju *Schistosoma*, potwierdzona charakterystycznymi objawami klinicznymi i wynikiem badania parazytologicznego, serologicznego, immunologicznego lub histopatologicznego.
    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
14. **Sepsa o ciężkim przebiegu** – zespół uogólnionej reakcji zapalnej spowodowany przez infekcję bakteryjną, wirusową lub grzybiczą rozprzestrzeniającą się drogą krwionośną, charakteryzującą się obecnością drobnoustrojów chorobotwórczych lub ich toksycznych metabolitów we krwi i prowadzącą do niewydolności wielonarządowej. Definicja obejmuje też przypadki wstrząsu septycznego.
    Dodatkowo spełnione muszą być co najmniej 2 z następujących kryteriów diagnostycznych zespołu uogólnionej reakcji zapalnej:
    1) przyśpieszenie czynności serca (tachykardia) o wartość większą, niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej limitu normy dla danego wieku;
    2) temperatura ciała powyżej 38,5ºC lub poniżej 36ºC;
    3) przyspieszenie częstości oddechów o wartość większą niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej limitu normy dla danego wieku lub konieczność prowadzenia mechanicznej wentylacji niezależnie od schorzeń układu nerwowomięśniowego lub działania leków;
    4) liczba krwinek białych zwiększona lub zmniejszona poza przedział wartości prawidłowych dla danego wieku lub zawartość form niedojrzałych w rozmazie krwi ponad 10%.

    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
15. **Tężec skutkujący leczeniem szpitalnym** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*), która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i skutkowała koniecznością leczenia szpitalnego.
    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
16. **Wścieklizna skutkująca leczeniem szpitalnym** – ostra postać choroby zakaźnej skutkująca koniecznością leczenia szpitalnego, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez potwierdzone w dokumentacji medycznej zakażenie wirusem wścieklizny (*Rabies virus*).

Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.

17. **Zakażenie wirusem HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem)** – zakażenie potwierdzone dokumentacją, z której wynika że jest ono skutkiem przypadkowego ukłucia się igłą / skaleczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, sanitariusza, strażaka lub policjanta. Zdarzenie musi nastąpić w Okresie ubezpieczenia. Dodatkowo test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy licząc od daty zdarzenia.
    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
18. **Zakażenie wirusem HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi)** – zakażenie potwierdzone dokumentacją, wynikłe z przetoczenia zakażonej krwi lub preparatów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musi mieć miejsce w Okresie ubezpieczenia. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.
    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
19. **Zgorzel gazowa skutkująca leczeniem szpitalnym** – choroba spowodowana ciężką przyranną infekcją bakteriami z rodzaju *Clostridium*, ze znacznym miejscowym uszkodzeniem tkanek, wytwarzaniem gazu w tkankach i uogólnioną toksemią, skutkująca leczeniem szpitalnym i potwierdzona charakterystycznymi objawami klinicznymi oraz wynikami badań bakteriologicznych lub immunologicznych.
    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
20. **Żółta gorączka** – choroba zakaźna wywołana wirusem z rodziny *Flaviviridae*. Rozpoznanie kliniczne musi być oparte na potwierdzeniu pobytu w regionie, w którym podejrzewano lub stwierdzono występowanie przypadków żółtej gorączki, wystąpieniu charakterystycznych objawów klinicznych, potwierdzeniu rozpoznania wynikami badań wirusologicznych lub immunologicznych.
    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.

VII. Choroby inne

1. **Anemia aplastyczna** – przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię, trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej 2 z niżej wymienionych sposobów:
    1) przetaczanie preparatów krwiopochodnych;
    2) podawanie preparatów stymulujących szpik;
    3) podawanie preparatów immunosupresyjnych;
    4) przeszczepienie szpiku kostnego.

    Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii na podstawie wyniku biopsji szpiku kostnego.
    Definicja nie obejmuje wad wrodzonych oraz przypadków anemii aplastycznej w wyniku leczenia farmakologicznego, chemioterapii lub radioterapii.
    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się rozpoczęcie specjalistycznego leczenia w Okresie ubezpieczenia.
2. **Choroba Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu** – ciężka postać choroby z pełnościennym, ziarniniakowym zapaleniem jelita, przebiegająca z wytworzeniem przetok, niedrożnością lub perforacją jelita, potwierdzona charakterystycznym obrazem klinicznym oraz wynikami badania histopatologicznego lub immunologicznego.
    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
3. **Ciężkie oparzenia** – oparzenie czynnikami fizycznymi lub chemicznymi wymagające hospitalizacji i obejmujące:
    1) powyżej 40% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie lub
    2) co najmniej 20% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia.

    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zajście Wypadku prowadzącego do powyższych następstw w Okresie ubezpieczenia.
4. **Cukrzyca o ciężkim przebiegu (typ 1)** – cukrzyca insulinozależna wymagająca stałego i regularnego podawania insuliny. Warunkiem uznania zasadności Świadczenia jest:
    1) podawanie insuliny potwierdzone przez specjalistę diabetologa;
    2) potwierdzenie diagnozy przez specjalistę diabetologa.

    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
5. **Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** – masywny zator tętnicy płucnej, w którym wymagane jest usunięcie świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej poprzez jego nacięcie (tzw. embolektomia chirurgiczna) w trakcie zabiegu operacyjnego wykonanego w trybie pilnym z powodu ostrego zatoru tętnicy płucnej.
    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w Okresie ubezpieczenia.
6. **Pierwotne płucne nadciśnienie tętnicze (PAH)** – choroba będąca następstwem przerostu mięśniówki gładkiej naczyń tętniczych płuc oraz zmian (pogrubienia, włóknienia, martwicy) w ich błonie wewnętrznej i środkowej. Dla rozpoznania choroby niezbędne jest wystąpienie następujących parametrów podczas cewnikowania tętnicy płucnej:
    1) wzrost średniego ciśnienia >20 mmHg;
    2) naczyniowy opór płucny >2 WU (mmHg/L/min);
    3) ciśnienie zaklinowania we włośniczkach płucnych <15 mmHg.

    Definicja nie obejmuje nadciśnienia płucnego rozwijającego się wtórnie do istniejących chorób (wtórne nadciśnienie płucne).
    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
7. **Piorunujące zapalenie wątroby (ostra niewydolność wątroby)** – gwałtownie rozwijająca się masywna martwica komórek wątrobowych wywołana zapaleniem wątroby prowadząca bezpośrednio do niewydolności wątroby.
    Rozpoznanie musi być ustalone na podstawie wystąpienia wszystkich poniższych warunków:
    1) szybkiego zmniejszania się wątroby spowodowane uszkodzeniem jej miąższu;

2) szybkiego narastania poziomu enzymów wskaźnikowych uszkodzenia komórki wątrobowej;
3) nasilającej się żółtaczki;
4) encefalopatii wątrobowej.

Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.

8. **Pourazowe uszkodzenie mózgu** – uszkodzenie tkanki mózgowej w wyniku Wypadku, potwierdzone badaniami neuroobrazowymi, skutkujące stwierdzonymi w badaniu klinicznym ograniczeniami samodzielnej egzystencji wyrażającymi się utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum 3 z 5 podstawowych czynności życiowych dnia codziennego:
   1) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem do wanny lub pod prysznic i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób;
   2) ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania;
   3) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku;
   4) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie;
   5) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni.

   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zajście Wypadku prowadzącego do powyższych następstw w Okresie ubezpieczenia.
9. **Przeszczep narządów** – przeszczepienie jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie na listę biorców oczekujących na przeszczep: serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki, jelita lub kombinacji tych narządów w trakcie tego samego zabiegu oraz szpiku kostnego po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.

   Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zakwalifikowanie na listę biorców lub przeszczep w Okresie ubezpieczenia.
10. **Ropień mózgu leczony operacyjnie** – ropień mózgu, wymagający usunięcia chirurgicznego. Rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone badaniem histopatologicznym.

    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w Okresie ubezpieczenia.
11. **Ropień płuca lub śródpiersia leczony operacyjnie** – ropień płuca lub śródpiersia, dla którego konieczne jest przeprowadzenie leczenia operacyjnego. Definicja nie obejmuje ropniaka opłucnej oraz przypadków ropnia wtórnego płuc powstających w przebiegu zabiegów diagnostyczno-leczniczych, takich jak: endoskopia, torakoskopia, chirurgiczne otwarcie klatki piersiowej, instrumentacja przełyku i dróg oddechowych oraz kaniulacja centralnych naczyń żylnych i tętniczych wewnątrz klatki piersiowej.

    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w Okresie ubezpieczenia.
12. **Schyłkowa niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek. Wymagane jest udokumentowanie rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii (z podaniem daty przeprowadzenia pierwszej dializy) lub przeszczepu nerki lub udokumentowanie wpisania na listę biorców.

    Definicja nie obejmuje: ostrej odwracalnej niewydolności nerek, przy której konieczna jest czasowa dializa oraz niewydolność jednej nerki.

    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się rozpoczęcie specjalistycznego leczenia w Okresie ubezpieczenia.
13. **Schyłkowa niewydolność oddechowa** – schyłkowe stadium choroby płuc powodującej przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:
    1) natężona objętość wydechowa jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach;
    2) konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię;
    3) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO2) równe lub niższej niż 55 mmHg;
    4) duszność spoczynkowa.

    Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa.

    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
14. **Schyłkowa niewydolność wątroby** – schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby powodująca co najmniej 1 z poniższych objawów:
    1) wodobrzusze niepoddające się leczeniu;
    2) trwała żółtaczka;
    3) żylaki przełyku;
    4) encefalopatia wrotna.

    Definicja nie obejmuje przypadków chorób wątroby powstałych wskutek nadużywania alkoholu, substancji psychoaktywnych, leków.

    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
15. **Utrata kończyn** – całkowita i nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana Wypadkiem. Nasza ochrona obejmuje także jednoczasową utratę obu rąk w obrębie nadgarstka albo powyżej lub obu stóp w obrębie stawów skokowych lub powyżej oraz utratę jednej ręki w obrębie nadgarstka lub powyżej nadgarstka oraz jednej stopy w obrębie stawów skokowych lub powyżej stawów.

    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zajście Wypadku prowadzącego do powyższych następstw w Okresie ubezpieczenia.
16. **Utrata kończyny (wskutek choroby)** – amputacja co najmniej jednej kończyny wskutek choroby: w obrębie nadgarstka lub powyżej nadgarstka – w zakresie kończyn górnych: w obrębie stawów skokowych lub powyżej stawów - w zakresie kończyn dolnych.

    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w Okresie ubezpieczenia.
17. **Utrata mowy** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata funkcji mowy spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtani lub uszkodzeniem ośrodka mowy w mózgu w wyniku: Wypadku, rozrostu guza lub choroby, utrzymująca się przez minimum 6 kolejnych miesięcy. Definicja nie obejmuje przypadków: chorób spowodowanych zaburzeniami psychicznymi, czy utraty

mowy możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.

18. **Utrata słuchu** – trwała i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach, spowodowana chorobą lub Wypadkiem, wykazująca średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu.
    Definicja nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
19. **Utrata wzroku** – trwała i nieodwracalna obuoczna utrata ostrości wzroku, spowodowana chorobą lub Wypadkiem, poniżej 5/50 (0,1) lub obuoczne ograniczenie pola widzenia poniżej 20 stopni.
    Definicja nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
20. **Utrata wzroku w jednym oku** – całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku spowodowana chorobą lub Wypadkiem, charakteryzująca się ostrością widzenia=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę.
    Definicja nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
21. **Wrzodziejące zapalenie jelita grubego o ciężkim przebiegu** – zapalenie jelita powodujące ostre, zagrażające życiu powikłania tej zapalnej choroby jelit, w którym wszystkie poniższe kryteria muszą być spełnione:
    1) cała okrężnica została dotknięta masywnym krwawieniem lub nastąpiła perforacja okrężnicy; oraz
    2) niezbędnym leczeniem ostrym była kolektomia całkowita lub proktokolektomia całkowita; oraz
    3) rozpoznanie musi opierać się na dowodach histopatologicznych typowych dla wrzodziejącego zapalenia jelita grubego i musi być potwierdzone przez specjalistę.

    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
22. **Zakażona martwica trzustki leczona operacyjnie** – zakażona martwica trzustki wymagająca wykonania pierwszorazowego zabiegu operacyjnego polegającego na laparotomii i nekrektomii, czyli usunięciu martwiczych tkanek okołotrzustkowych lub trzustki u osoby, u której rozpoznano zakażenie tych tkanek w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Definicja nie obejmuje przypadków martwicy trzustki wynikającej ze spożycia alkoholu.
    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w Okresie ubezpieczenia.
23. **Zespół krótkiego jelita** – nieodwracalny stan po wycięciu części lub całości jelita cienkiego, w którym konieczne jest stałe żywienie pozajelitowo. Rozpoznanie choroby i jej nieodwracalność musi być potwierdzona przez gastroenterologa na podstawie: wywiadu medycznego, badania przedmiotowego (cech wyniszczenia i odwodnienia).
    Definicja nie obejmuje przypadków, w których choroba doprowadzająca do wycięcia części lub całości jelita została zdiagnozowana przed rozpoczęciem odpowiedzialności.
    Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w Okresie ubezpieczenia.

Katalog poważnych zachorowań zatwierdziliśmy uchwałą nr 140/2025 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadziliśmy w życie z dniem 14 września 2025 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot

Katalog metod leczenia specjalistycznego stanowiący załącznik do Ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczących leczenia specjalistycznego ubezpieczonego

KATALOG METOD LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO			
	Metoda Leczenia specjalistycznego	**Wysokość Świadczenia (jako procent Sumy ubezpieczenia)**	**Definicja**
1.	**Ablacja**	100%	Zabieg kardiologiczny przeprowadzany przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej, który ma na celu usunięcie ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca. Za ablację uważa się również metodę usunięcia ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca przy użyciu niskiej temperatury (tzw. krioablację punktową albo balonową). Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień wykonania zabiegu.
2.	**Chemioterapia**	100%	Metoda ogólnoustrojowego (leczenie systemowe) leczenia choroby nowotworowej preparatami chemioterapeutycznymi. Droga podania i rodzaj leku muszą być zastosowane według aktualnie obowiązujących schematów leczenia chorób nowotworowych. Definicja nie obejmuje przypadków leczenia hormonalnego nawet ze wskazań onkologicznych. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.
3.	**Dializoterapia**	100%	Metoda leczenia ostrej i krańcowej przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia pierwszej dializy.
4.	**Immunoterapia w stwardnieniu rozsianym (SM)**	100%	Metoda leczenia stwardnienia rozsianego, należąca do terapii modyfikujących przebieg choroby (DMT – Disease-Modifying Therapies), działająca immunomodulująco lub immunosupresyjnie, czyli hamująca aktywność układu odpornościowego. Definicja nie obejmuje leczenia rzutów choroby, leczenia objawowego ani rehabilitacji neurologicznej. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.
5.	**Leczenie chorób nienowotworowych metodą Gamma Knife lub CyberKnife**	50%	Metoda leczenia następujących chorób nienowotworowych: neuralgia nerwu trójdzielnego, drżenie samoistne, malformacja naczyniowa. Definicja nie obejmuje zabiegów frakcjonowanych ani leczenia chorób pozaczaszkowych. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia zabiegu.
6.	**Radioterapia**	100%	Metoda stosowana w onkologii polegająca na zastosowaniu promieniowania jonizującego w celu leczenia chorób nowotworowych. Definicja obejmuje także leczenie za pomocą radioterapii stereotaktycznej, w tym Gamma Knife lub CyberKnife. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego.
7.	**Terapia genetyczna w leczeniu rdzeniowego zaniku mięśni (SMA)**	100%	Terapia polegająca na farmakologicznej modulacji ekspresji genu SMN2 w celu zwiększenia produkcji funkcjonalnego białka SMN (Survival Motor Neuron). Terapia przeznaczona jest dla pacjentów z potwierdzonym molekularnie rozpoznaniem SMA i prowadzona jest zgodnie z obowiązującymi kryteriami klinicznymi. Definicja nie obejmuje terapii zastępczej genu SMN1 ani leczenia objawowego. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.
8.	**Terapia interferonowa**	100%	Leczenie polegające na zastosowaniu interferonów w celu stymulowania odpowiedzi immunologicznej organizmu w procesie leczenia chorób: wirusowego zapalenia wątroby typu B (WZW B), wirusowego zapalenia wątroby typu C (WZW C). Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.
9.	**Terapia radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy**	25%	Metoda leczenia polegająca na podaniu pacjentowi radioaktywnego jodu w celu zniszczenia nadczynnych komórek tarczycy. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.
10.	**Terapia przeciwwirusowa w leczeniu WZW typu B lub C**	50%	Leczenie stosowane w przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu B (WZW B) lub wirusowego zapalenia wątroby typu C (WZW C), polegające na zastosowaniu leków przeciwwirusowych, które mają na celu całkowite zwalczenie wirusów lub zahamowanie replikacji wirusów odpowiedzialnych za te choroby. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.

11.	**Walwuloplastyka balonowa**	100%	Zabieg polegający na wprowadzeniu balonu do zwężonej zastawki serca i jej rozszerzeniu, aby poprawić przepływ krwi. Definicja nie obejmuje przezskórnej implantacji zastawki ani leczenia niedomykalności zastawkowej. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia zabiegu.
12.	**Wertebroplastyka przy leczeniu naczyniaka kręgosłupa**	50%	Zabieg polegający na wstrzyknięciu do zmienionego chorobowo trzonu kręgu cementu kostnego w celu leczenia naczyniaka kręgosłupa. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia zabiegu.
13.	**Wszczepienie implantu ślimakowego**	50%	Operacja związana z umieszczeniem w ślimaku elektrody stymulacyjnej implant oraz umocowanie procesora wewnętrznego w loży kostnej na powierzchni czaszki, w następstwie pogorszenia słuchu. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
14.	**Wszczepienie kardiowertera/ defibrylatora**	100%	Zabieg implantacji na stałe urządzenia stymulującego serce z funkcją defibrylacji lub kardiowersji. Definicja nie obejmuje zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
15.	**Wszczepienie pompy baklofenowej**	25%	Operacja wszczepienia pompy pod skórę brzucha z wszczepieniem elastycznego cewnika biegnącego pod skórą do kanału kręgowego. Za pośrednictwem cewnika pompa kontroluje dozowanie leku, który hamuje objawy spastyczne po udarze mózgu, po uszkodzeniu rdzenia kręgowego. Definicja nie obejmuje zabiegów uzupełniania leku, kontroli systemu, jego programowania ani wymiany poszczególnych elementów. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
16.	**Wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora)**	100%	Zabieg implantacji na stałe urządzenia stymulującego serce, tzw. rozrusznika, bez funkcji defibrylacji, kardiowersji i synchronizacji skurczu serca. Definicja nie obejmuje zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
17.	**Wszczepienie stymulatora do głębokiej stymulacji mózgu**	50%	Operacja wszczepienia cienkich elektrod stymulujących do głęboko położonych części mózgu. Wszczepione elektrody generują impulsy elektryczne modyfikujące działanie ośrodków nerwowych odpowiedzialnych za rozwój choroby, w przypadku leczenia choroby Parkinsona. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
18.	**Wszczepienie stymulatora resynchronizującego**	100%	Zabieg implantacji na stałe urządzenia stymulującego serce z funkcją synchronizacji skurczu serca lub z funkcją defibrylacji. Definicja nie obejmuje zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia zabiegu.
19.	**Wszczepienie systemu zastawkowego komorowo-otrzewnowego**	25%	Operacja wszczepienia systemu drenów i zaworów, które kontrolują szybkość odsączania się płynu mózgowo-rdzeniowego i zapobiegają jego cofaniu z powodu wodogłowia będącego następstwem ropnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, guza ośrodkowego układu nerwowego lub krwotoku śródczaszkowego. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
20.	**Zastosowanie trombektomii mechanicznej**	100%	Zabieg chirurgiczny stosowany w leczeniu udaru niedokrwiennego mózgu, polegający na mechanicznym usunięciu niedrożności z tętnicy mózgowej w celu przywrócenia prawidłowego przepływu krwi do mózgu i zminimalizowania uszkodzeń mózgu. Definicja nie obejmuje leczenia trombolitycznego. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia zabiegu.

Katalog metod Leczenia specjalistycznego zatwierdziliśmy uchwałą nr 140/2025 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadziliśmy w życie z dniem 14 września 2025 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Katalog operacji stanowiący załącznik do Ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczących operacji ubezpieczonego

Wskazane w Katalogu operacji poziomy Operacji odpowiadają poniższym procentom Sumy ubezpieczenia:

Poziom Operacji	1	2	3	4	5
Procent Sumy ubezpieczenia	10%	25%	50%	75%	100%

	Nazwa Operacji	Poziom Operacji
A	**Operacje układu nerwowego**	
1.	Chemotalamectomia	4
2.	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	5
3.	Dekortykacja opon mózgu	3
4.	Drenaż krwiaka śródmózgowego	4
5.	Drenaż przestrzeni podpajęczynówkowej	3
6.	Drenaż przestrzeni podtwardówkowej	3
7.	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	3
8.	Drenaż ropnia podpajęczynówkowego mózgowego	3
9.	Drenaż ropniaka podtwardówkowego	3
10.	Drenaż wodniaka śródczaszkowego	3
11.	Implantacja, założenie wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu	3
12.	Kraniotomia z usunięciem krwiaka nadtwardówkowego	4
13.	Kraniotomia z usunięciem krwiaka podtwardówkowego	4
14.	Kraniotomia z usunięciem krwiaka śródmózgowego	4
15.	Kraniotomia z usunięciem obcego ciała z czaszki	4
16.	Kraniotomia z usunięciem ropnia nadtwardówkowego	4
17.	Lobektomia/ traktotomia	4
18.	Operacje naprawcze nerwu obwodowego	1
19.	Odbarczenie nerwu czaszkowego	3
20.	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	5
21.	Operacja naprawcza opony twardej	5
22.	Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego	3
23.	Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego ze stabilizacją	4
24.	Operacja przepukliny mózgowej	3
25.	Operacja przepukliny oponowej lub/i rdzeniowej	3
26.	Operacja tętniaka lub naczyniaka mózgu	5
27.	Operacje naprawcze nerwu współczulnego	2
28.	Podwiązanie tętnicy oponowej środkowej	3
29.	Pozaczaszkowy drenaż komorowy z założeniem zastawki	3
30.	Pozaczaszkowy drenaż mózgu	3
31.	Przecięcie dróg mózgowych	4
32.	Przecięcie dróg rdzenia kręgowego	4
33.	Przeszczep nerwu czaszkowego	5
34.	Przeszczep nerwu obwodowego	4
35.	Przeszczep opony twardej mózgu	4
36.	Rekonstrukcja nerwu czaszkowego	5
37.	Rekonstrukcja nerwu obwodowego	2
38.	Rekonstrukcja opon mózgowych	5
39.	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	5
40.	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	4
41.	Sympatektomia lędźwiowa	3
42.	Sympatektomia przedkrzyżowa	2
43.	Sympatektomia szyjna	3
44.	Talamotomia	4
45.	Usunięcie ropnia móżdżku	3
46.	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	5
47.	Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	3
48.	Wycięcie opon rdzeniowych	4
49.	Wycięcie guza móżdżku	4
50.	Wycięcie guza pnia mózgu	4
51.	Wycięcie lub zniszczenie splotu naczyniówkowego opon mózgowych	3
52.	Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego	2
53.	Wycięcie nerwu obwodowego	2
54.	Wycięcie zmiany rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych	5
55.	Wycięcie zmiany tkanki mózgu	5
56.	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	5
57.	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	1
58.	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	5
59.	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	3
60.	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	3
61.	Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	2
B	**Operacje wydzielania wewnętrznego i piersi**	
62.	Operacja szyszynki	5
63.	Wycięcie całkowite przysadki mózgowej	5
64.	Częściowe wycięcie przysadki mózgowej	5
65.	Całkowite usunięcie tarczycy	4
66.	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	2
67.	Wycięcie przewodu tarczowo-językowego	3
68.	Częściowe wycięcie tarczycy (płata)	3
69.	Wycięcie tarczycy językowej	3
70.	Całkowite usunięcie przytarczyc	4
71.	Częściowe usunięcie przytarczyc	3
72.	Jednostronne usunięcie nadnercza	2
73.	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	2
74.	Obustronne usunięcie nadnerczy	3
75.	Wycięcie zmiany nadnercza	2
76.	Wycięcie grasicy	3
77.	Całkowita obustronna rekonstrukcja piersi	4

	Nazwa Operacji	Poziom Operacji
78.	Całkowita jednostronna rekonstrukcja piersi	3
79.	Obustronne radykalne odjęcie piersi (obustronna mastektomia)	5
80.	Jednostronne radykalne odjęcie piersi (jednostronna mastektomia)	3
81.	Obustronne proste odjęcie piersi (obustronna mastektomia)	4
82.	Jednostronne proste odjęcie piersi (jednostronna mastektomia)	3
83.	Subtotalna mammektomia	3
84.	Wycięcie kwadrantu piersi	1
85.	Usunięcie zmiany piersi	1
86.	Operacja dotycząca brodawki sutkowej	1
C	**Operacje oka**	
87.	Wycięcie gałki ocznej	3
88.	Wytrzewienie gałki ocznej z jednoczasowym wszczepem protezy	3
89.	Usunięcie zmiany oczodołu	3
90.	Osteoplastyka oczodołu	3
91.	Nacięcie oczodołu	1
92.	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	1
93.	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	3
94.	Repozycja mięśnia okoruchowego	3
95.	Usunięcie mięśnia okoruchowego	3
96.	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem	2
97.	Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	1
98.	Usunięcie ciała rzęskowego	2
99.	Operacje naprawcze soczewki	2
100.	Usunięcie soczewki (w tym operacja zaćmy)	2
101.	Operacja ciała szklistego	2
102.	Protezowanie gałki ocznej	2
103.	Rewizja protezy gałki ocznej	1
104.	Operacje naprawcze powieki	1
105.	Rekonstrukcja powieki	1
106.	Operacja gruczołu łzowego	1
107.	Operacja kanału łzowego	1
108.	Usunięcie zmiany spojówki	1
109.	Operacja naprawcza spojówki	1
110.	Wycięcie zmiany rogówki	1
111.	Operacja naprawcza rogówki	1
112.	Usunięcie zmiany twardówki	1
113.	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki	1
114.	Nacięcie twardówki	1
115.	Wycięcie tęczówki	1
116.	Nacięcie tęczówki	1
117.	Nacięcie torebki soczewki oka	1
118.	Zniszczenie zmiany siatkówki	1
119.	Zabieg naprawczy wielu struktur oka (pourazowe)	3
120.	Operacyjne zaopatrzenie pękniętej gałki ocznej	3
121.	Wycięcie zmiany ciałka rzęskowego	1
D	**Operacje ucha**	
122.	Operacja ślimaka	3
123.	Wszczepienie implantu ślimakowego	2
124.	Operacja aparatu przedsionkowego	2
125.	Wycięcie ucha zewnętrznego	2
126.	Plastyka ucha zewnętrznego	2
127.	Plastyka przewodu słuchowego ucha zewnętrznego	2
128.	Wytworzenie zewnętrznego przewodu słuchowego części kostnej	2
129.	Otwarcie wyrostka sutkowatego	2
130.	Operacja naprawcza błony bębenkowej	2
131.	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	3
132.	Usunięcie zmiany ucha środkowego	2
133.	Operacja trąbki Eustachiusza	1
134.	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	1
135.	Drenaż ucha zewnętrznego	1
136.	Drenaż ucha środkowego	1
137.	Operacja naprawcza ucha środkowego	1
138.	Drenaż ucha wewnętrznego	2
139.	Operacja przetoki ucha wewnętrznego	2
140.	Wszczepienie protezy ślimaka	3
E	**Operacje układu oddechowego**	
141.	Operacja przegrody nosa	1
142.	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	1
143.	Usunięcie zmiany nosa wewnętrznego	1
144.	Operacja zatoki nosa	1
145.	Operacja naprawcza deformacji nosa	1
146.	Amputacja (usunięcie) nosa	4
147.	Operacyjne tamowanie krwotoku z nosa	1
148.	Rekonstrukcja przewodu zatokowo-nosowego	1
149.	Operacje naprawcze nozdrzy tylnych	1
150.	Jednoczasowa rekonstrukcja krtani i tchawicy	5
151.	Wycięcie gardła	5
152.	Wycięcie zmiany gardła	2
153.	Rozszerzanie gardła	2
154.	Zamknięcie przetoki gardła	2
155.	Przeszczep krtani	5
156.	Usunięcie zrostów krtani	1
157.	Wycięcie krtani	3
158.	Rekonstrukcja krtani	3
159.	Wycięcie zmiany krtani	2
160.	Rozszerzenie krtani	1
161.	Operacja przetoki krtani	1
162.	Operacja naprawcza krtani	3
163.	Wycięcie chrząstki krtani	2
164.	Wycięcie strun głosowych	2
165.	Wszczepienie protezy głosowej	3
166.	Protezowanie tchawicy	3
167.	Operacja ostrogi tchawicy	3
168.	Częściowe wycięcie tchawicy	3
169.	Tracheostomia	1
170.	Operacja naprawcza tchawicy	2
171.	Operacja przetoki tchawicy	2
172.	Przeszczep płuca	5
173.	Całkowite usunięcie płuca	5
174.	Częściowe wycięcie płuca	4
175.	Usunięcie zmiany tkanki płucnej	3
176.	Operacja naprawcza oskrzela	2
177.	Wycięcie oskrzela	4
178.	Częściowe usunięcie oskrzela	3
179.	Operacja przetoki oskrzelowej	1
180.	Wycięcie zmiany oskrzela	2
181.	Wycięcie zmiany śródpiersia	3
182.	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej	1
183.	Wycięcie zmiany zatoki szczękowej	1
184.	Wyłonienie zatoki szczękowej	1
185.	Otwarcie zatoki czołowej	1

	Nazwa Operacji	Poziom Operacji
186.	Wycięcie zmiany zatoki czołowej	1
187.	Obliteracja zatoki czołowej	1
188.	Wycięcie zatoki czołowej	1
189.	Otwarcie zatoki klinowej	1
190.	Usunięcie zatoki klinowej	1
191.	Otwarcie komórek sitowych	1
192.	Wycięcie komórek sitowych	1
F	**Operacje w zakresie jamy ustnej**	
193.	Całkowite wycięcie języka	3
194.	Częściowe wycięcie języka	2
195.	Korekcja deformacji podniebienia	2
196.	Korekcja deformacji wargi	1
197.	Częściowe wycięcie wargi	2
198.	Usunięcie zmiany wargi	1
199.	Usunięcie zmiany języka	1
200.	Wycięcie torbieli bocznej szyi lub pozostałości szczeliny skrzelowej	1
201.	Usunięcie zmiany podniebienia	1
202.	Częściowe lub całkowite wycięcie migdałków	1
203.	Operacje naprawcze ślinianki lub przewodu ślinowego	1
204.	Wycięcie ślinianki	2
205.	Wycięcie zmiany ślinianki	1
206.	Nacięcie gruczołu ślinowego	1
207.	Przeszczepienie przewodu ślinowego	2
208.	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	1
209.	Podwiązanie przewodu ślinowego	1
210.	Poszerzenie przewodu ślinowego	1
211.	Uvulectomia	1
212.	Zamknięcie przetoki ślinowej	1
213.	Rekonstrukcja struktur jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	2
G	**Operacje przewodu pokarmowego**	
214.	Operacja przepukliny przeponowej	3
215.	Nacięcie przełyku	1
216.	Całkowite wycięcie przełyku	5
217.	Zespolenie omijające przełyku	5
218.	Operacja naprawcza przełyku	5
219.	Częściowe wycięcie przełyku	3
220.	Usunięcie zmiany przełyku	2
221.	Rewizja zespolenia przełyku	2
222.	Wytworzenie przetoki przełykowej	3
223.	Operacja żylaków przełyku	3
224.	Wprowadzenie endoprotezy przełyku	3
225.	Wytworzenie sztucznego przełyku	4
226.	Odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego	3
227.	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	3
228.	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	3
229.	Usunięcie zmiany żołądka	2
230.	Całkowite wycięcie żołądka	5
231.	Częściowe wycięcie żołądka (nie dotyczy operacji bariatrycznych)	3
232.	Operacja plastyczna żołądka (nie dotyczy operacji bariatrycznych)	2
233.	Zaszycie wrzodu żołądka	2
234.	Zaszycie rozerwanego żołądka	2
235.	Pyloromyotomia	2
236.	Operacja antyrefluksowa	2
237.	Gastrostomia	3
238.	Opanowanie krwotoku w żołądku lub dwunastnicy	2
239.	Zaszycie wrzodu dwunastnicy	2
240.	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze (nie dotyczy operacji bariatrycznych)	3
241.	Zespolenie żołądkowo-jelitowe (nie dotyczy operacji bariatrycznych)	3
242.	Wycięcie dwunastnicy	4
243.	Usunięcie zmiany dwunastnicy	3
244.	Zespolenie omijające dwunastnicy	3
245.	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	3
246.	Operacja przetoki dwunastniczej	2
247.	Zaszycie rozerwanej dwunastnicy	2
248.	Całkowite wycięcie jelita cienkiego	4
249.	Częściowe wycięcie jelita cienkiego	3
250.	Usunięcie zmiany jelita cienkiego	1
251.	Jejunostomia	2
252.	Zespolenie omijające jelita cienkiego	3
253.	Zamknięcie przetoki jelita cienkiego	3
254.	Zaszycie rozerwanego jelita cienkiego	2
255.	Odprowadzenie skrętu jelita	2
256.	Odprowadzenie wgłobienia jelita	2
257.	Rewizja zespolenia jelita cienkiego	3
258.	Wytworzenie ileostomii	3
259.	Rewizja ileostomii	2
260.	Ufiksowanie jelita cienkiego	2
261.	Usunięcie zrostów otrzewnowych	1
262.	Wycięcie wyrostka robaczkowego	1
263.	Wycięcie kątnicy	4
264.	Wyłonienie kątnicy	3
265.	Prawostronna hemikolektomia	4
266.	Wycięcie poprzecznicy	4
267.	Lewostronna hemikolektomia	4
268.	Wycięcie esicy	4
269.	Wycięcie kilku odcinków jelita grubego	4
270.	Wycięcie jednego odcinka jelita grubego	3
271.	Operacja przetoki jelita grubego	3
272.	Usunięcie zmiany esicy	2
273.	Usunięcie zmiany okrężnicy	2
274.	Operacja okrężnicy	2
275.	Nacięcie okrężnicy	1
276.	Wyłonienie poprzecznicy	3
277.	Wyłonienie esicy	3
278.	Zaszycie rozerwania jelita grubego	2
279.	Zespolenie omijające okrężnicy	3
280.	Całkowite wycięcie okrężnicy	5
281.	Ufiksowanie jelita grubego	2
282.	Wycięcie odbytnicy	5
283.	Zaszycie rozerwanej odbytnicy	2
284.	Usunięcie zmiany odbytnicy	3
285.	Ufiksowanie odbytnicy	2
286.	Operacja naprawcza odbytu	2
287.	Wycięcie odbytu	4
288.	Wycięcie zmiany odbytu	2
289.	Drenaż przez okolicę krocza	1
290.	Wycięcie zatoki włosowej	1
291.	Wycięcie hemoroidów	1
292.	Totalna śródbrzuszna kolektomia	5
H	**Operacje narządów jamy brzusznej**	

	Nazwa Operacji	Poziom Operacji
293.	Przeszczep wątroby (jako biorca)	5
294.	Operacja pobrania fragmentu wątroby od żywego dawcy	5
295.	Częściowe wycięcie wątroby	4
296.	Usunięcie zmiany wątroby	2
297.	Zespolenie przewodu wątrobowego	4
298.	Przeszczep trzustki	5
299.	Całkowite wycięcie trzustki	5
300.	Wycięcie głowy trzustki	5
301.	Wycięcie ogona trzustki	4
302.	Zespolenie przewodu trzustkowego	3
303.	Usunięcie zmiany trzustki	2
304.	Otwarty drenaż trzustki	2
305.	Wytworzenie przetoki torbieli trzustki	3
306.	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	3
307.	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	2
308.	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	4
309.	Plastyka przewodu żółciowego wspólnego	3
310.	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	3
311.	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	2
312.	Przezdwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera	3
313.	Przezdwunastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera	1
314.	Zaszycie uszkodzonego przewodu żółciowego	3
315.	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	1
316.	Usunięcie zmiany dróg żółciowych	2
317.	Wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	3
318.	Całkowite wycięcie śledziony	4
319.	Operacja z powodu pęknięcia śledziony z pozostawieniem narządu	2
320.	Wycięcie zmiany śledziony	2
321.	Częściowe wycięcie śledziony	3
322.	Wycięcie zmiany trzustki	3
323.	Wycięcie brodawki Vatera	2
I	**Operacje serca i naczyń wieńcowych**	
324.	Przeszczep serca	5
325.	Korekcja całkowita tetralogii Fallota	5
326.	Operacja złożonych wad wielkich naczyń	5
327.	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	5
328.	Korekcja całkowita wspólnego pnia tętniczego	5
329.	Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo - komorowej	5
330.	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	5
331.	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	5
332.	Zamknięcie przewodu tętniczego Botalla	3
333.	Operacja naprawcza tętniaka serca	3
334.	Wycięcie tętniaka serca	4
335.	Operacje mięśni brodawkowatych serca	3
336.	Operacje nici ścięgnistych serca	3
337.	Plastyka przedsionka serca	5
338.	Plastyka komory serca	5
339.	Plastyka zastawki dwudzielnej	5
340.	Wszczepienie zastawki dwudzielnej	4
341.	Plastyka zastawki aortalnej	5
342.	Wszczepienie zastawki aortalnej	4
343.	Plastyka zastawki trójdzielnej	5
344.	Wszczepienie zastawki trójdzielnej	4
345.	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	5
346.	Wszczepienie zastawki tętnicy płucnej	4
347.	Rewizja plastyki zastawki serca	5
348.	Otwarta walwulotomia	4
349.	Zamknięta walwulotomia	4
350.	Przezskórna wymiana zastawki aortalnej	3
351.	Przezskórna wymiana zastawki mitralnej	3
352.	Przezskórne zamknięcie uszka przedsionka	2
353.	Pomostowanie jednej tętnicy wieńcowej	5
354.	Pomostowanie więcej, niż jednej tętnicy wieńcowej	5
355.	Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	4
356.	Drenaż osierdzia	2
357.	Wycięcie osierdzia	5
358.	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	4
359.	Otwarta koronaroplastyka	5
360.	Przezskórna operacja tętnicy płucnej	2
361.	Operacja układu bodźcoprzewodzącego serca	2
362.	Wszczepienie systemu wspomagania serca	4
363.	Wszczepienie systemu mechanicznego wspomagania serca	4
364.	Przezskórna angioplastyka tętnicy wieńcowej	2
365.	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	2
J	**Operacje naczyń tętniczych i żylnych**	
366.	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy płucnej	5
367.	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	5
368.	Wycięcie tętniaka aorty	5
369.	Plastyka aorty	5
370.	Operacja naprawcza uszkodzenia aorty	3
371.	Zespolenie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	5
372.	Zespolenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	5
373.	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	3
374.	Usunięcie skrzepliny z aorty	3
375.	Usunięcie skrzepliny z tętnicy mózgu	3
376.	Operacja tętniaka tętnicy mózgu	5
377.	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy mózgu	3
378.	Rekonstrukcja tętnicy mózgu	3
379.	Wycięcie zmiany tętnicy mózgu	3
380.	Usunięcie skrzepliny z tętnicy szyjnej	2
381.	Operacja tętniaka tętnicy szyjnej	3
382.	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy szyjnej	3
383.	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	3
384.	Wycięcie zmiany tętnicy szyjnej	3
385.	Usunięcie skrzepliny z tętnicy podobojczykowej	2
386.	Operacja tętniaka tętnicy podobojczykowej	2
387.	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy podobojczykowej	3
388.	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	5
389.	Wycięcie zmiany tętnicy podobojczykowej	2

	Nazwa Operacji	Poziom Operacji
390.	Usunięcie skrzepliny z tętnicy kończyny górnej	2
391.	Operacja tętniaka tętnicy kończyny górnej	2
392.	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy kończyny górnej	3
393.	Rekonstrukcja tętnicy kończyny górnej	3
394.	Wycięcie zmiany tętnicy kończyny górnej	2
395.	Usunięcie skrzepliny z tętnicy nerkowej	2
396.	Operacja tętniaka tętnicy nerkowej	2
397.	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy nerkowej	3
398.	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	5
399.	Wycięcie zmiany tętnicy nerkowej	2
400.	Usunięcie skrzepliny z innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	2
401.	Operacja tętniaka innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	2
402.	Operacja naprawcza uszkodzenia innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	3
403.	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	5
404.	Wycięcie zmiany innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	2
405.	Usunięcie skrzepliny z tętnicy biodrowej	2
406.	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej	5
407.	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy biodrowej	3
408.	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	5
409.	Wycięcie zmiany tętnicy biodrowej	2
410.	Usunięcie skrzepliny z tętnicy udowej	2
411.	Operacja tętniaka tętnicy udowej	5
412.	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy udowej	3
413.	Rekonstrukcja tętnicy udowej	5
414.	Wycięcie zmiany tętnicy udowej	2
415.	Usunięcie skrzepliny z tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	2
416.	Operacja tętniaka tętnicy kończyny dolnej inne, niż wymienione	2
417.	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	3
418.	Rekonstrukcja tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	3
419.	Wycięcie zmiany tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	2
420.	Rekonstrukcja żyły głównej górnej	3
421.	Operacja naprawcza uszkodzenia żyły głównej górnej	3
422.	Rekonstrukcja żyły głównej dolnej	3
423.	Operacja naprawcza uszkodzenia żyły głównej dolnej	3
424.	Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	5
425.	Zespolenie tętniczo-żylne	2
426.	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	1
427.	Wycięcie żylaków kończyny dolnej	2
428.	Usunięcie skrzepliny z żyły	3
429.	Pomostowanie aorty brzusznej lub/i tętnic brzusznych lub/i tętnic kończyn dolnych	3
430.	Szycie tętnicy	2
431.	Operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	5

	Nazwa Operacji	Poziom Operacji
K	**Operacje układu moczowego i gruczołu krokowego**	
432.	Wycięcie obu nerek	5
433.	Całkowite wycięcie nerki	4
434.	Przeszczep nerki (jako biorca)	5
435.	Operacja pobrania nerki od żywego dawcy	5
436.	Częściowe wycięcie nerki	3
437.	Wycięcie kielicha nerkowego	2
438.	Usunięcie zmiany nerki	2
439.	Ufiksowanie nerki ruchomej	2
440.	Operacja przetoki nerkowej	2
441.	Operacja naprawcza nerki	2
442.	Nefrostomia	2
443.	Zeszycie nerki po urazie	2
444.	Operacja torbieli nerki	2
445.	Usunięcie kamienia z nerki	1
446.	Usunięcie skrzepliny z nerki	2
447.	Pielostomia	2
448.	Całkowite wycięcie moczowodu	4
449.	Częściowe wycięcie moczowodu	3
450.	Reimplantacja moczowodu do pęcherza moczowego	3
451.	Wytworzenie przetoki moczowodowej	2
452.	Reimplantacja moczowodu	2
453.	Operacja naprawcza moczowodu	2
454.	Operacja przetoki moczowodu	2
455.	Zespolenie moczowodu z drugim moczowodem	3
456.	Wszczepienie moczowodu do jelita	3
457.	Wszczepienie protezy moczowodu	3
458.	Przezcewkowe usunięcie skrzepu z moczowodu	1
459.	Przezcewkowe usunięcie ciała obcego z moczowodu	1
460.	Przezcewkowe usunięcie kamienia z moczowodu	1
461.	Wszczepienie elektronicznego stymulatora moczowodu	2
462.	Wytworzenie przetoki skórno-jelitowo-moczowodowej	2
463.	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	5
464.	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	3
465.	Powiększenie pojemności pęcherza moczowego	3
466.	Wycięcie lub zniszczenie zmiany pęcherza moczowego	2
467.	Operacja naprawcza ujścia pęcherza moczowego	2
468.	Operacja plastyczna pęcherza moczowego i cewki moczowej	3
469.	Wycięcie uchyłka pęcherza moczowego	2
470.	Operacja przetoki pęcherzowej	2
471.	Wszczepienie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego	2
472.	Usunięcie kamienia z pęcherza moczowego	1
473.	Zespolenie pęcherza z pętlą jelitową	3
474.	Rekonstrukcja pęcherza moczowego	3
475.	Wytworzenie zastępczego pęcherza moczowego	3
476.	Wytworzenie końcowej przetoki kałowej z wszczepieniem moczowodów	3
477.	Operacja przetoki cewki moczowej	2
478.	Korekcja zwężenia cewki moczowej	1

	Nazwa Operacji	Poziom Operacji
479.	Wycięcie uchyłka cewki moczowej	2
480.	Plastyka ujścia zewnętrznego cewki moczowej	2
481.	Wszczepienie protezy cewki moczowej	3
482.	Całkowite wycięcie cewki moczowej	4
483.	Częściowe wycięcie cewki moczowej	3
484.	Operacja spodziectwa	1
485.	Operacja naprawcza cewki moczowej	2
486.	Sfałdowanie cewki moczowej	1
487.	Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej	1
488.	Operacja wierzchniactwa	1
489.	Całkowite wycięcie stercza	3
490.	Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza	1
491.	Usunięcie zmiany stercza	1
492.	Częściowe wycięcie stercza	3
493.	Usunięcie kamieni sterczowych	1
494.	Wycięcie pęcherzyków nasiennych	1
495.	Plastyka ujścia pęcherza moczowego	2
496.	Operacyjne leczenie nietrzymania moczu	2
497.	Zespolenie układu moczowego	2
498.	Plastyka układu moczowego	2
499.	Nacięcie moczowodu	1
500.	Operacja naprawcza pęcherza moczowego	2
501.	Wytworzenie zespolenia pęcherza moczowego	2
L	**Operacje męskich narządów płciowych**	
502.	Wycięcie prącia całkowite	3
503.	Wycięcie prącia częściowe	3
504.	Usunięcie zmiany prącia	1
505.	Operacja naprawcza prącia	1
506.	Protezowanie prącia	2
507.	Replantacja prącia	2
508.	Obustronne wycięcie jąder	3
509.	Usunięcie jądra	1
510.	Operacja wodniaka jądra	1
511.	Obustronne sprowadzenie jąder do moszny	2
512.	Jednostronne sprowadzenie jąder do moszny	1
513.	Protezowanie jądra	2
514.	Wycięcie zmiany jądra	1
515.	Całkowite wycięcie moszny	3
516.	Częściowe wycięcie moszny	1
517.	Operacja najądrza	1
518.	Wycięcie najądrza	1
519.	Wycięcie zmiany najądrza	1
520.	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	2
521.	Operacja żylaków powrózka nasiennego	1
522.	Wycięcie nasieniowodu	1
523.	Operacja napletka	1
M	**Operacje żeńskich narządów płciowych**	
524.	Całkowite wycięcie macicy z przydatkami	4
525.	Całkowite wycięcie macicy	3
526.	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	3
527.	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	2
528.	Wycięcie szyjki macicy	1
529.	Wycięcie zmiany szyjki macicy	1
530.	Operacja więzadła szerokiego macicy	1
531.	Operacja innego więzadła macicy	1
532.	Usunięcie mięśniaków macicy	2
533.	Usunięcie zrostów macicy	1
534.	Wycięcie zmiany trzonu macicy	1
535.	Zabieg naprawczy poporodowego rozdarcia macicy	1
536.	Operacja zamknięcia przetoki macicy	2
537.	Operacje aparatu zawieszającego macicę	1
538.	Obustronne wycięcie jajników i jajowodów	2
539.	Operacja jajnika i/lub jajowodu	1
540.	Wycięcie pochwy	2
541.	Nacięcie zrostów pochwy	1
542.	Usunięcie zmiany pochwy	1
543.	Operacja naprawcza pochwy	2
544.	Operacja przetoki pochwowej	2
545.	Rekonstrukcja sklepienia pochwy	3
546.	Plastyka sklepienia pochwy	2
547.	Operacja łechtaczki	1
548.	Operacja gruczołu Bartholina	1
549.	Wycięcie zmiany sromu	2
550.	Operacja naprawcza w obrębie sromu	1
551.	Uwolnienie zrostów sromu	1
552.	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	2
553.	Operacja w obrębie zatoki Douglase'a	1
554.	Wycięcie sromu	2
N	**Operacje skóry**	
555.	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	2
556.	Przeszczep płata skórnego z unerwieniem	2
557.	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	1
558.	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórnego	1
559.	Przeszczep płata skóry owłosionej	1
560.	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórnego	1
561.	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	1
562.	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	2
563.	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	1
564.	Siatkowy autoprzeszczep skóry	1
565.	Przeszczep śluzówki	1
566.	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	1
567.	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	1
568.	Uszypułowany lub płatowy przeszczep skóry	1
O	**Operacje tkanek miękkich**	
569.	Operacja naprawcza przepony	4
570.	Zaszycie pękniętej przepony	4
571.	Wycięcie zmiany przepony	2
572.	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	4
573.	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	3
574.	Wycięcie opłucnej po obu stronach klatki piersiowej	2
575.	Wycięcie zmiany opłucnej	2
576.	Zabieg naprawczy opłucnej	2
577.	Drenaż odmy opłucnowej po obu stronach klatki piersiowej	1
578.	Drenaż odmy opłucnowej po jednej stronie klatki piersiowej	1
579.	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	1

	Nazwa Operacji	Poziom Operacji
580.	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	1
581.	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	1
582.	Plastyka nawrotowej przepukliny w kresie białej	1
583.	Plastyka nawrotowej przepukliny pępkowej	1
584.	Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	1
585.	Pierwotna plastyka przepukliny udowej	2
586.	Pierwotna plastyka przepukliny pępkowej	1
587.	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	2
588.	Pierwotna plastyka przepukliny w kresie białej	2
589.	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	1
590.	Plastyka przepukliny kulszowej	1
591.	Plastyka przepukliny kulszowo odbytniczej	1
592.	Plastyka przepukliny lędźwiowej	1
593.	Plastyka przepukliny zasłonowej	1
594.	Przełożenie ścięgna	1
595.	Wycięcie ścięgna	2
596.	Operacja naprawcza ścięgna	1
597.	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	2
598.	Operacja przewodu limfatycznego	3
599.	Operacja dotycząca plastyki pępka	1
600.	Usunięcie zmiany otrzewnej	1
601.	Operacja dotycząca sieci	1
602.	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	1
603.	Operacja dotycząca krezki okrężnicy	1
604.	Przeszczep powięzi	1
605.	Wycięcie powięzi brzucha	1
606.	Usunięcie zmiany powięzi	1
607.	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	1
608.	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	1
609.	Operacja kaletki maziowej	1
610.	Uwolnienie ścięgna	1
611.	Operacja cieśni nadgarstka	1
612.	Zmiana długości ścięgna	1
613.	Wycięcie mięśnia	1
614.	Wycięcie pochewki ścięgna	1
615.	Operacja naprawcza mięśnia	1
616.	Uwolnienie mięśnia	1
617.	Drenaż węzła chłonnego	1
618.	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	1
619.	Przeszczep mięśnia	2
620.	Dekortykacja płuca	2
621.	Operacja naprawcza otrzewnej	1
622.	Operacja naprawcza przepukliny zaotrzewnowej	1
P	**Operacje kości i stawów**	
623.	Operacja naprawcza czaszki	2
624.	Uzupełnienie ubytku kości czaszki	3
625.	Odgłobienie kości czaszki po urazie	3
626.	Usunięcie zmiany kości czaszki	1
627.	Rekonstrukcja jednej kości twarzoczaszki	3
628.	Rekonstrukcja więcej, niż jednej kości twarzoczaszki	3
629.	Wycięcie kości twarzoczaszki innej, niż żuchwa	2
630.	Całkowite wycięcie żuchwy	4
631.	Częściowe wycięcie żuchwy	3
632.	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	3
633.	Nastawienie otwarte złamania kości nosa	1
634.	Nastawienie otwarte złamania kości oczodołu	2
635.	Nastawienie otwarte złamania szczęki	2
636.	Nastawienie otwarte złamania żuchwy	2
637.	Nastawienie otwarte zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego	3
638.	Operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	5
639.	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	5
640.	Operacja odbarczająca kręgosłupa lędźwiowego	5
641.	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	5
642.	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	5
643.	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	5
644.	Discektomia - wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa	3
645.	Usztywnienie (artrodeza) stawów kręgosłupa	3
646.	Usunięcie przepukliny jądra miażdżystego jednego stawu kręgosłupa	1
647.	Usunięcie przepukliny jądra miażdżystego więcej, niż jednego stawu kręgosłupa	2
648.	Usunięcie zmiany kręgosłupa	2
649.	Unieruchomienie złamania kręgosłupa	2
650.	Wszczepienie całkowitej endoprotezy stawu biodrowego	3
651.	Wszczepienie całkowitej endoprotezy stawu kolanowego	3
652.	Wszczepienie całkowitej endoprotezy stawów skokowych	3
653.	Wszczepienie całkowitej endoprotezy stawu barkowego	3
654.	Wszczepienie całkowitej endoprotezy stawu łokciowego	3
655.	Wszczepienie całkowitej endoprotezy nadgarstka	3
656.	Wszczepienie całkowitej endoprotezy innego stawu, niż wymienione	3
657.	Wszczepienie częściowej endoprotezy stawu biodrowego	3
658.	Wszczepienie częściowej endoprotezy stawu kolanowego	2
659.	Wszczepienie częściowej endoprotezy stawów skokowych	2
660.	Wszczepienie częściowej endoprotezy stawu barkowego	3
661.	Wszczepienie częściowej endoprotezy stawu łokciowego	3
662.	Wszczepienie częściowej endoprotezy nadgarstka	2
663.	Wszczepienie częściowej endoprotezy innego stawu, niż wymienione	2
664.	Usztywnienie (artrodeza) stawu biodrowego	2
665.	Usztywnienie (artrodeza) stawu kolanowego	2
666.	Usztywnienie (artrodeza) stawu skokowego	1
667.	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	1

	Nazwa Operacji	Poziom Operacji
668.	Usztywnienie (artrodeza) stawu barkowego	2
669.	Usztywnienie (artrodeza) stawu łokciowego	2
670.	Usztywnienie (artrodeza) stawów nadgarstka	1
671.	Usztywnienie (artrodeza) stawów kciuka	1
672.	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu	1
673.	Usunięcie zmiany kości	1
674.	Pierwotne otwarte nastawienie przezstawowego złamania kości	1
675.	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	1
676.	Protezowanie ścięgna	2
677.	Otwarta stabilizacja oddzielonej nasady kości	2
678.	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	1
679.	Pierwotne otwarte nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	1
680.	Wzmocnienie ścięgna protezą	2
681.	Operacja stabilizująca więzadła stawu kolanowego	1
682.	Wycięcie łąkotki kolana	1
683.	Operacja stabilizująca rzepkę stawu kolanowego	2
684.	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny górnej	2
685.	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny dolnej	2
686.	Operacja stabilizująca staw barkowy	2
687.	Wycięcie kości ektopowej	1
688.	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	1
689.	Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną	1
690.	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	1
691.	Uwolnienie przykurczu stawu	1
692.	Korekcja stopy końsko-szpotawej	2
693.	Wycięcie martwiaka kości	1
694.	Całkowita rekonstrukcja kciuka	3
695.	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	3
696.	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	3
697.	Uwolnienie torebki stawowej	1
698.	Uwolnienie stawu	1
699.	Uwolnienie więzadła	2
700.	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją	2
701.	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości	2
702.	Artroplastyka nadgarstka lub śródręcza	2
703.	Artroplastyka śródręczno-paliczkowa i międzypaliczkowa	2
704.	Operacja palucha koślawego/operacja struktur okołostawowych palucha	1
705.	Osteotomia	2
706.	Wycięcie zmiany kości twarzoczaszki	1
707.	Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej	2
708.	Otwarte nastawienie kości twarzy	2
709.	Przeszczep kostny kości twarzy	4
710.	Osteotomia bez rozdzielenia (z wyłączeniem stóp i rąk)	2
711.	Osteotomia klinowa (z wyłączeniem stóp i rąk)	2
712.	Resekcja kości (z wyłączeniem stóp i rąk)	2
713.	Otwarte nastawienie urazowego zwichnięcia stawu (nie obejmuje zwichnięcia protezy stawu biodrowego)	2
R	**OPERACJE PREWENCYJNE**	
714.	Prewencyjne usunięcie jajników i jajowodów ze wskazań medycznych	3
715.	Prewencyjne całkowite usunięcie jelita grubego z wytworzeniem zbiornika jelitowego	4
716.	Prewencyjne całkowite usunięcie tarczycy z usunięciem węzłów chłonnych śródpiersia	4
717.	Prewencyjna całkowita resekcja żołądka z odtworzeniem ciągłości przewodu pokarmowego	5
718.	Prewencyjne całkowite wycięcie macicy z przydatkami	4
719.	Prewencyjne całkowite wycięcie macicy	3
720.	Prewencyjne obustronne radykalne odjęcie piersi (obustronna mastektomia)	5
S	**RÓŻNE**	
721.	Przeszczep twarzy	5
722.	Replantacja kończyny górnej na poziomie ramienia	4
723.	Replantacja kończyny górnej na poziomie przedramienia	3
724.	Replantacja kończyny górnej na poziomie nadgarstka	3
725.	Replantacja kciuka	2
726.	Replantacja palca ręki innego, niż kciuk	2
727.	Replantacja kończyny dolnej na poziomie uda	4
728.	Replantacja kończyny dolnej na poziomie podudzia	3
729.	Replantacja kończyny dolnej na poziomie stawów skokowych	3
730.	Replantacja palucha stopy	2
731.	Replantacja palca innego, niż paluch	2
732.	Wyłuszczenie kończyny górnej w stawie barkowym	4
733.	Amputacja kończyny górnej na poziomie ramienia	4
734.	Amputacja kończyny górnej w stawie łokciowym	4
735.	Amputacja kończyny górnej na poziomie przedramienia	4
736.	Amputacja kończyny górnej w stawach nadgarstka	3
737.	Amputacja kciuka w obrębie paliczka bliższego	2
738.	Wyłuszczenie kończyny dolnej w stawie biodrowym	4
739.	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	4
740.	Amputacja kończyny dolnej w stawie kolanowym	4

	Nazwa Operacji	Poziom Operacji
741.	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia	4
742.	Amputacja kończyny dolnej na poziomie stawów skokowych	3

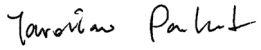
	Nazwa Operacji	Poziom Operacji
743.	Amputacja palucha w obrębie paliczka bliższego	2

**skala operacji od 1 (operacje najlżejsze) do 5 (operacje najcięższe).*

Katalog operacji zatwierdziliśmy uchwałą nr 140/2025 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. i wprowadziliśmy w życie z dniem 14 września 2025 r.



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Katalog sportów uprawianych wyczynowo, stanowiący załącznik do:

1) **Ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczących operacji ubezpieczonego;**
2) **Ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczących pobytu ubezpieczonego w szpitalu.**

KATALOG SPORTÓW UPRAWIANYCH WYCZYNOWO			
1.	badminton	21.	piłka: ręczna, siatkowa, koszykowa
2.	baseball	22.	piłka wodna
3.	biathlon	23.	pływanie
4.	biegi długodystansowe	24.	podnoszenie ciężarów
5.	bilard	25.	polo
6.	curling	26.	rolkarstwo i wrotkarstwo
7.	futbol amerykański	27.	rugby
8.	gimnastyka akrobatyczna	28.	saneczkarstwo, z wyłączeniem saneczkarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi
9.	gimnastyka artystyczna	29.	skateboarding
10.	gimnastyka sportowa	30.	snowboarding, z wyłączeniem snowboardingu poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi
11.	golf	31.	squash
12.	hokej	32.	szermierka
13.	jeździectwo (z wyłączeniem wyścigów konnych)	33.	taniec
14.	kulturystyka	34.	tenis stołowy
15.	lekkoatletyka	35.	tenis ziemny
16.	łucznictwo	36.	triathlon
17.	łyżwiarstwo figurowe i szybkie	37.	wakeboarding, z wyłączeniem akrobacji
18.	narciarstwo alpejskie, z wyłączeniem narciarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, skoków i narciarstwa akrobatycznego	38.	wieloboje lekkoatletyczne
19.	narciarstwo biegowe	39.	wioślarstwo
20.	piłka nożna (w tym halowa)	40.	żeglarstwo śródlądowe

Katalog sportów uprawianych wyczynowo zatwierdziliśmy uchwałą nr 140/2025 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadziliśmy w życie z dniem 14 września 2025 r.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot

Karta produktu

Ubezpieczenie na życie

Ubezpieczyciel: TUnŻ „WARTA" S.A.

Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego

Produkt: **Warta Ochrona**
Indywidualne ubezpieczenie na życie

W Karcie Produktu zawarte są najważniejsze informacje o indywidualnym ubezpieczeniu na życie Warta Ochrona. Karta Produktu nie jest częścią umowy ubezpieczenia, nie stanowi wzorca umownego ani materiału marketingowego. Karta Produktu została przygotowana przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA" S.A. i ma za zadanie pokazać kluczowe informacje o produkcie oraz pomóc klientowi w zrozumieniu cech produktu.

Decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia należy podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, zwłaszcza z ogólnymi warunkami indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona (OWU) oraz ogólnymi warunkami umów dodatkowych ubezpieczeń (OWUD), w których znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu.

Podstawowe informacje o ubezpieczeniu

Warta Ochrona to produkt ochronny, skierowany do osób w wieku poniżej 70. roku życia (wiek zawarcia umowy) z ochroną nawet do 100 lat, oferujący wsparcie finansowe ubezpieczonemu i jego najbliższym, w przypadku trudnych sytuacji losowych (w chorobie oraz po wypadku). Elastyczne ubezpieczenie pozwalające dostosować zakres oraz wysokość zabezpieczenia do indywidualnych potrzeb klienta. Jedna polisa może obejmować całą rodzinę (rodziców i dzieci). Umowa dodatkowa leczenie ubezpieczonego/dziecka za granicą oraz leczenie ubezpieczonego/dziecka za granicą Plus skierowana jest do osób, które mają miejsce zamieszkania w Polsce i które w ciągu roku kalendarzowego nie planują przebywać poza Polską (np. w ramach delegacji służbowej, podróży) dłużej niż 183 dni kalendarzowe.

Ubezpieczający	• Osoba, która zawiera z ubezpieczycielem umowę. • Może nim być osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej.
Ubezpieczony	• Osoba fizyczna, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia. • Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ukończyła 18 lat i nie ukończyła 70. roku życia. • Ubezpieczony jest wskazany w umowie.
Współubezpieczony	• Osoba fizyczna będąca w dniu zawarcia umowy małżonkiem lub partnerem ubezpieczonego, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia. • Współubezpieczony jest wskazany w umowie. • Możliwość ustanowienia współubezpieczonego na jednej polisie z ubezpieczonym jest wyłączona w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na okres dłuższy niż do rocznicy polisy po ukończeniu 85. roku życia przez ubezpieczonego.
Dziecko	• Dziecko, którego zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia. Może nim być dziecko własne ubezpieczonego/współubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego/współubezpieczonego (w pełni lub częściowo). • Dziecko jest wskazane w umowie.
Uprawniony	• Osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie. • Ubezpieczony wskazuje uprawnionego do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci, w przypadku pozostałych umów dodatkowych uprawnionym jest on sam.
Umowa ubezpieczenia (umowa)	• Umowa zawarta na podstawie OWU za pośrednictwem agenta, której stronami są ubezpieczyciel i ubezpieczający. • Umowę można zawrzeć na własny rachunek albo na rachunek ubezpieczonego lub współubezpieczonego. • Na mocy umowy: – ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, – ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę.
Zawarcie umowy	• Warunkiem zawarcia umowy jest: – złożenie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, – opłacenie składki, – akceptacja wniosku przez ubezpieczyciela.

Okres ubezpieczenia	• Umowa podstawowa zawierana jest na czas określony, minimalnie 5 lat, maksymalnie do ukończenia przez ubezpieczonego 100 lat. • Umowy dodatkowe zawierane są na 5 lat, za wyjątkiem umów dodatkowych: leczenia za granicą, leczenia za granicą Plus, drugiej opinii medycznej, które zawierane są na 1 rok. • Umowy dodatkowe ulegają przedłużeniu na kolejne 5-letnie okresy, przy czym umowy dodatkowe: leczenia za granicą, leczenia za granicą Plus, drugiej opinii medycznej - na kolejny roczny okres i maksymalnie do czasu zakończenia umowy głównej, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej. • Umowy dodatkowe mogą trwać maksymalnie do ukończenia przez ubezpieczonego 75 lat, z następującym wyjątkiem: – w przypadku wybranych umów: powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji z wypłatą renty miesięcznej, Pomoc medyczna w wariancie: 55 Plus, leczenie ubezpieczonego za granicą, leczenie ubezpieczonego za granicą Plus - umowa dodatkowa rozwiązuje się po ukończeniu przez ubezpieczonego 85 lat, – w przypadku wybranych umów dodatkowych: powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dla aktywnych, pobytu w szpitalu, poważnego zachorowania, operacji, leczenia specjalistycznego - umowa dodatkowa rozwiązuje się po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat, – w przypadku wybranych umów dodatkowych: powstania trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji z wypłatą jednorazową, powstania niezdolności do pracy z wypłatą renty miesięcznej, Sposób na raka – umowa dodatkowa rozwiązuje się po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat, – w przypadku umów dodatkowych dotyczących dziecka - umowa dodatkowa rozwiązuje się po ukończeniu przez dziecko 25 lat.
Wiek wstępu	• Ubezpieczonym może zostać osoba w wieku od 18. do 70. roku życia, z następującym wyjątkiem: – w przypadku wybranych umów dodatkowych: powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dla aktywnych, pobytu w szpitalu, poważnego zachorowania, operacji, leczenia specjalistycznego, leczenia ubezpieczonego za granicą, leczenia ubezpieczonego za granicą Plus - wiek wstępu ograniczony jest do 65. roku życia, – w przypadku wybranych umów dodatkowych: powstania trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji z wypłatą jednorazową, powstania niezdolności do pracy z wypłatą renty miesięcznej, Sposób na raka – wiek wstępu ograniczony jest do 60. roku życia. • W przypadku wybranych umów dodatkowych: powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji z wypłatą renty miesięcznej, Pomoc medyczna w wariancie: 55 Plus, ubezpieczonym może zostać osoba w wieku od 55. do 70. roku życia. • Dzieckiem objętym ochroną może zostać dziecko, które ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 18 lat.
Zakres ubezpieczenia	• Podstawowy zakres ubezpieczenia obejmuje ryzyko śmierci ubezpieczonego. • Zakres ochrony można rozszerzyć o: – umowy dodatkowe dotyczące ubezpieczonego lub współubezpieczonego: · śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku, · śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, · powstania trwałej i całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku z wypłatą jednorazową, · powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, · powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, · powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku dla aktywnych · pobytu ubezpieczonego w szpitalu, · pomoc medyczna, · poważnego zachorowania ubezpieczonego, · operacji ubezpieczonego, · leczenia specjalistycznego ubezpieczonego, · leczenia ubezpieczonego za granicą, · leczenia ubezpieczonego za granicą Plus, · Sposób na raka, · drugiej opinii medycznej ubezpieczonego, · powstania niezdolność do pracy z wypłatą renty miesięcznej, · powstania trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego z wypłatą jednorazową, · powstania niezdolność do samodzielnej egzystencji z wypłatą renty miesięcznej; – umowy dodatkowe dotyczące dziecka ubezpieczonego/współubezpieczonego: · powstania trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku wypadku, · powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku, · pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku, · ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku, · operacji dziecka w wyniku wypadku, · poważnego zachorowanie dziecka, · pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby, · ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku choroby, · leczenia specjalistycznego dziecka, · leczenia dziecka za granicą, · leczenia dziecka za granicą Plus, · drugiej opinii medycznej dziecka. • Szczegółowe informacje o warunkach umów dodatkowych są opisane w ogólnych warunkach umów dodatkowych (OWUD).
Miejsce obowiązywania ubezpieczenia	• Ubezpieczenie podstawowe oraz umowy dodatkowe, które nie zostały wymienione poniżej, obejmują zdarzenia powstałe na całym świecie. • Umowa dodatkowa Pomoc medyczna obejmuje zdarzenia mające miejsce w Polsce. • Umowy dotyczące leczenia za granicą oraz leczenia za granicą Plus obejmują zdarzenia mające miejsce w Polsce, natomiast leczenie poważnego stanu chorobowego odbywa się na całym świecie (poza Polską).
Składka	• Wysokość składki zależy od: sumy ubezpieczenia, aktualnego wieku ubezpieczonego, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej przez ubezpieczonego pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka. • W przypadku zawarcia umów dodatkowych składkę opłaca się łącznie za całą umowę. • Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. • Pierwszą składkę należy wpłacić najpóźniej następnego dnia roboczego po podpisaniu wniosku o zawarcie umowy. W przypadku nieopłacenia pierwszej składki umowa może nie dojść do skutku. • Składka jest płatna z góry to znaczy do pierwszego dnia okresu, za który jest należna. • Dniem wpłaty składki jest dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy na rachunek ubezpieczyciela. • Jeśli druga i kolejna składka nie zostanie wpłacona w wyznaczonym terminie, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do wpłaty zaległych składek w dodatkowym terminie, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego wezwania oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia zaległych składek w dodatkowym terminie.

Początek ochrony	• Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej niż dzień po wpłacie składki na rachunek ubezpieczyciela (do chwili wystawienia polisy, pod warunkiem wpłaty składki ubezpieczony objęty jest ochroną tymczasową na wypadek śmierci w wyniku wypadku, maksymalne świadczenie 100 000 zł). • W przypadku umów dodatkowych: powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji z wypłatą renty miesięcznej, powstania niezdolności do pracy z wypłatą renty miesięcznej, drugiej opinii medycznej, leczenia za granicą, leczenia za granicą Plus, powstania trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji z wypłatą jednorazową, poważnego zachorowania, odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie niektórych zdarzeń rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia oznaczonego jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej niż dzień po wpłacie składki na rachunek ubezpieczyciela. • W przypadku umów dodatkowych: pobytu w szpitalu, operacji, odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie niektórych zdarzeń rozpoczyna się po upływie 30 dni od dnia oznaczonego jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej niż dzień po wpłacie składki na rachunek ubezpieczyciela. • W przypadku umowy dodatkowej Sposób na raka - odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie zachorowania na choroby nowotworowe rozpoczyna się po upływie 180 dni od dnia oznaczonego jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej niż dzień po wpłacie składki na rachunek ubezpieczyciela.
Koniec ochrony	• Ochrona ubezpieczeniowa względem ubezpieczonego (w tym, w zakresie umowy dodatkowego ubezpieczenia) kończy się: – w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 100 lat, z następującym wyjątkiem: · w przypadku wybranych umów dodatkowych: powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji z wypłatą renty miesięcznej, Pomoc medyczna w wariancie: 55 Plus, leczenie ubezpieczonego za granicą , leczenie ubezpieczonego za granicą Plus - po ukończeniu 85 lat, · w przypadku wybranych umów dodatkowych: śmierci w wyniku wypadku, śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego, powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w wyniku wypadku z wypłatą jednorazową, Pomocy medycznej w wariancie: Rodzina, Zdrowie, Aktywni; drugiej opinii medycznej ubezpieczonego – umowa dodatkowa rozwiązuje się po ukończeniu przez ubezpieczonego 75 lat, · w przypadku wybranych umów dodatkowych: powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dla aktywnych, pobytu w szpitalu, poważnego zachorowania, operacji, leczenia specjalistycznego - po ukończeniu 70 lat, · w przypadku wybranych umów dodatkowych – powstania trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji z wypłatą jednorazową, powstania niezdolności do pracy z wypłatą renty miesięcznej, umowy dodatkowej Sposób na raka – po ukończeniu 65 lat, · w przypadku umów dotyczących zdrowia dziecka w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez dziecko 25 lat, – z dniem śmierci ubezpieczonego (lub dziecka), – z dniem złożenia przez ubezpieczonego rezygnacji z zawartej na jego rachunek umowy, – z ostatnim dniem miesiąca polisowego, w którym ubezpieczający złożył oświadczenie wskazujące ubezpieczonego (lub dziecko) względem którego ochrona ma się zakończyć, – z dniem rozwiązania umowy.
Rezygnacja z umowy	• Ubezpieczający może odstąpić od umowy w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą w ciągu 7 dni, od dnia zawarcia umowy. • Ubezpieczający może w dowolnym momencie wypowiedzieć umowę, ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym złożył wypowiedzenie. • Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej. • W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki, za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
Rozwiązanie umowy	• Umowa rozwiązuje się: – z dniem śmierci ubezpieczającego (z zastrzeżeniem, ze w przypadku śmierci ubezpieczającego - ubezpieczony albo współubezpieczony może wejść w prawa i obowiązki ubezpieczającego, za zgodą ubezpieczyciela), – z upływem okresu dodatkowego na opłacenie składki, w przypadku nieopłacenia składki, – z dniem złożenia ubezpieczycielowi przez ubezpieczającego wniosku o odstąpienie od umowy ubezpieczenia, – z ostatnim dniem miesiąca polisowego, w którym ubezpieczający wypowiedział umowę, – z upływem okresu, na jaki została zawarta, – z dniem rezygnacji ubezpieczonego z zawartej na jego rachunek umowy ubezpieczenia, gdy umowę ubezpieczenia zawarto na rachunek jednego ubezpieczonego.
Składka	• Wysokość składki zależy od: sumy ubezpieczenia, aktualnego wieku ubezpieczonego, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej przez ubezpieczonego pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, okresu ubezpieczenia oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka. • W przypadku zawarcia umów dodatkowych czy rozszerzenia umowy o dodatkowe osoby (współubezpieczonego, dziecko) składkę opłaca się łącznie za całą umowę. • Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. • Pierwszą składkę należy wpłacić najpóźniej następnego dnia roboczego po podpisaniu wniosku o zawarcie umowy. W przypadku nieopłacenia pierwszej składki umowa może nie dojść do skutku. • Składka jest płatna z góry, to znaczy do pierwszego dnia okresu, za który jest należna. • Dniem wpłaty składki jest dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy na rachunek ubezpieczyciela. • Jeśli druga i kolejna składka nie zostanie wpłacona w wyznaczonym terminie, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do wpłaty zaległych składek w dodatkowym terminie, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego wezwania oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia zaległych składek w dodatkowym terminie. • W przypadku, gdy dzień zakończenia okresu ubezpieczenia przypada po rocznicy polisy następującej po ukończeniu przez ubezpieczonego 85. roku życia, wysokość składki liczona jest do końca okresu ubezpieczenia z obowiązkiem opłacania jej do rocznicy polisy po ukończeniu 85. roku życia. Od rocznicy polisy po ukończeniu 85. roku życia, ubezpieczający jest zwolniony z obowiązku opłacania składek do końca okresu ubezpieczenia (w przypadku rezygnacji z umowy ubezpieczenia przed upływem okresu ubezpieczenia, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony).

<table>
<tr><td>Suma ubezpieczenia / Świadczenie</td><td colspan="2">• Wartość określona kwotowo.
• Wybierana indywidualnie i w każdej umowie dodatkowej może być inna.
• Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wybierana jest indywidualnie, a jej wysokość od rocznicy polisy po ukończeniu 75. roku życia przez ubezpieczonego ulega obniżeniu. W takim przypadku wysokość sumy ubezpieczenia i składki w poszczególnych latach trwania umowy ubezpieczenia jest wskazana w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.
• Wysokość świadczenia uzależniona jest od wysokości sumy ubezpieczenia.
• Ubezpieczający, przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, ma prawo złożyć wniosek o:
– zmianę zakresu ochrony ubezpieczeniowej (dokupienie umów dodatkowych, które dotychczas nie zostały wskazane w umowie ubezpieczenia) lub
– podwyższenie sumy ubezpieczenia w ramach umowy, za wyjątkiem sumy ubezpieczenia w ramach umowy leczenia za granicą, oraz leczenia za granicą Plus lub
– obniżenie sumy ubezpieczenia w ramach umowy (obniżenie sumy ubezpieczenia w ramach umowy podstawowej możliwa jest najwcześniej po upływie 3-ciej rocznicy polisy), lub
– objęcie ochroną ubezpieczeniową osób dotychczas nieubezpieczonych (zmiana możliwa jest najwcześniej po upływie pierwszej rocznicy polisy), lub wyłączenie wskazanej osoby z ochrony ubezpieczeniowej. Od rocznicy polisy po ukończeniu przez ubezpieczonego 85 roku życia, nie ma możliwości zmiany warunków umowy ubezpieczenia.
• Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości składki.</td></tr>
<tr><td rowspan="11">Suma ubezpieczenia / Limity świadczeń / Okres realizacji świadczeń w ramach umowy dodatkowej leczenia ubezpieczonego / dziecka za granicą</td><td>Wysokość sumy ubezpieczenia dodatkowego (górna granica odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia)</td><td>2 000 000 EUR</td></tr>
<tr><td>RODZAJ ŚWIADCZENIA</td><td>LIMITY W RAMACH POSZCZEGÓLNYCH ŚWIADCZEŃ</td></tr>
<tr><td>1. Druga opinia medyczna</td><td>jedna opinia dla danego rodzaju poważnego stanu chorobowego</td></tr>
<tr><td>2. Opieka medyczna za granicą:</td><td rowspan="4">w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego</td></tr>
<tr><td>1) Organizacja i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego</td></tr>
<tr><td>2) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania</td></tr>
<tr><td>3) Organizacja i pokrycie kosztów leczenia za granicą</td></tr>
<tr><td>4) Dzienne świadczenie szpitalne</td><td>100 EUR za dzień pobytu w szpitalu, maksymalnie 6 000 EUR na każdy poważny stan chorobowy leczony za granicą w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego ubezpieczonego</td></tr>
<tr><td>5) Zwrot kosztów medycznych opłaconych po powrocie z leczenia za granicą – zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę</td><td>maksymalnie 50 000 EUR w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego ubezpieczonego (bez względu na liczbę poważnych stanów chorobowych leczonych za granicą)</td></tr>
<tr><td>6) Organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku</td><td rowspan="2">w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego</td></tr>
<tr><td>3. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="14">Suma ubezpieczenia / Limity świadczeń / Okres realizacji świadczeń w ramach umowy dodatkowej leczenia ubezpieczonego / dziecka za granicą Plus</td><td>Wysokość sumy ubezpieczenia dodatkowego (górna granica odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia)</td><td>2 000 000 EUR</td></tr>
<tr><td>RODZAJ ŚWIADCZENIA</td><td>LIMITY W RAMACH POSZCZEGÓLNYCH ŚWIADCZEŃ</td></tr>
<tr><td>1. Druga opinia medyczna</td><td>jedna opinia dla danego rodzaju poważnego stanu chorobowego</td></tr>
<tr><td>2. Opieka medyczna za granicą:</td><td rowspan="4">w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego</td></tr>
<tr><td>1) Organizacja i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego</td></tr>
<tr><td>2) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania</td></tr>
<tr><td>3) Organizacja i pokrycie kosztów leczenia za granicą</td></tr>
<tr><td>4) Dzienne świadczenie szpitalne</td><td>100 EUR za dzień pobytu w szpitalu, maksymalnie 6 000 EUR na każdy poważny stan chorobowy leczony za granicą w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego ubezpieczonego</td></tr>
<tr><td>5) Zwrot kosztów medycznych opłaconych po powrocie z leczenia za granicą – zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę</td><td>maksymalnie 50 000 EUR w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego ubezpieczonego (bez względu na liczbę poważnych stanów chorobowych leczonych za granicą)</td></tr>
<tr><td>6) Organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku</td><td rowspan="2">w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego</td></tr>
<tr><td>3. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą</td></tr>
<tr><td>4. Spersonalizowana terapia onkologiczna (medycyna precyzyjna)</td><td></td></tr>
<tr><td>1) Badanie mutacji somatycznych</td><td>Pojedyncze badanie profilowania molekularnego i odpowiedni ekspercki raport medyczny dla każdego unikalnego rozpoznania (diagnozy) choroby nowotworowej</td></tr>
</table>

	2) Opieka medyczna za granicą wynikająca z rekomendacji zawartych w eksperckim raporcie medycznym obejmująca protokoły leczenia zgodnie ze wskazaniami rejestracyjnymi leków i poza wskazaniami rejestracyjnymi leków:	
	a) Organizacja i pokrycie kosztów podróży i transportu medycznego	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
	b) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania	
	c) Organizacja i pokrycie kosztów leczenia za granicą	
	d) Dzienne świadczenie szpitalne	100 EUR za dzień pobytu w szpitalu, maksymalnie 6 000 EUR na każdy poważny stan chorobowy leczony za granicą w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego ubezpieczonego
	e) Zwrot kosztów medycznych opłaconych po powrocie z leczenia za granicą – zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę	maksymalnie 50 000 EUR w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego ubezpieczonego (bez względu na liczbę poważnych stanów chorobowych leczonych za granicą)
	f) Organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
	3) Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą na podstawie rekomendacji z eksperckiego raportu medycznego (protokoły leczenia zgodne z wskazaniami rejestracyjnymi leków i poza wskazaniami rejestracyjnymi leków)	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
	4) Badania kliniczne w Polsce	
	a) Organizacja i pokrycie kosztów podróży i trasportu medycznego	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
	b) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania	
	c) Dzienne świadczenie dla badań klinicznych	100 EUR za dzień pobytu w szpitalu, w którym ubezpieczony przyjmował lek w ramach badania lub był testowany w wyznaczonym szpitalu lub placówce medycznej, w ramach protokołu badania klinicznego, maksymalnie: 6000 EUR
	d) Organizacja i pokrycie kosztów transportu zwłok do miejsca pochówku	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
	5) Badania kliniczne poza Polską	
	a) Organizacja i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
	b) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania	
	c) Organizacja i pokrycie kosztów medycznych (pod warunkiem, że leczenie i badania kliniczne są przeprowadzane w tym samym szpitalu lub placówce medycznej)	
	d) Dzienne świadczenie dla badań klinicznych	100 EUR za dzień pobytu w szpitalu, w którym ubezpieczony przyjmował lek w ramach badania lub był testowany w wyznaczonym szpitalu lub placówce medycznej, w ramach protokołu badania klinicznego, maksymalnie: 6000 EUR
	e) Organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
	f) Kontrola stanu zdrowia po badaniach klinicznych poza Polską	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
	6) Testy genetyczne dla rodziny	uprawnieni członkowie rodziny
	• Każdy koszt związany z organizacją i realizacją świadczeń i usług, o których mowa w Tabeli powyżej, pokrywany przez ubezpieczyciela w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia, pomniejsza sumę ubezpieczenia dodatkowego. Wysokość aktualnej sumy ubezpieczenia dodatkowego ubezpieczony może sprawdzić kontaktując się z Infolinią. • Łączna wysokość wszystkich świadczeń realizowanych w ramach umowy dodatkowej, bez względu na liczbę występujących rodzajów poważnych stanów chorobowych, nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w Tabeli powyżej, z zastrzeżeniem limitów w ramach poszczególnych świadczeń. **Okres realizacji świadczeń (zgodnie z definicją w OWUD):** – trwa w nieprzerwany sposób, nie dłużej niż przez okres 36 miesięcy, – liczony jest od pierwszego dnia pierwszej podróży, rozpoczynającej leczenie za granicą pierwszego z poważnych stanów chorobowych wymienionych w katalogu poważnych stanów chorobowych Warta, w ramach danego modułu ochrony, – dotyczy wszystkich poważnych stanów chorobowych z danego modułu, które wystąpiły w tym okresie. Na wszystkie poważne stany chorobowe występujące w ramach danego modułu ochrony przypada wyłącznie jeden, ten sam okres realizacji świadczeń. W okresie ubezpieczenia ubezpieczony może skorzystać z maksymalnie 4 okresów realizacji świadczeń. **Przykład:** Jeżeli w pierwszym module ochrony, w związku ze zdiagnozowaniem **nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (In situ)**, pierwsza podróż ubezpieczonego/dziecka rozpoczęła się 1 lutego 2022r., a następnie po zdiagnozowaniu w okresie odpowiedzialności **nowotworu (guza) złośliwego**, (wskazany w katalogu poważnych stanów chorobowych tym samym module ochrony), kolejna podróż ubezpieczonego w celu leczenia tego **nowotworu (guza) złośliwego** rozpocznie się 1 czerwca 2023r., to okres realizacji świadczeń dla tych dwóch poważnych stanów chorobowych rozpoczyna się od 1 lutego 2022r i trwa nieprzerwanie przez 36 miesięcy tj. do 31 stycznia 2025 roku.	

Indeksacja	• Ubezpieczyciel może zaproponować, od pierwszej rocznicy polisy, podwyższenie sumy ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji. • Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości składki. • Od rocznicy polisy po ukończeniu przez ubezpieczonego 85. roku życia, zapisy dot. indeksacji nie mają zastosowania.
Wyłączenia odpowiedzialności	• W przypadku śmierci ubezpieczonego odpowiedzialnością ubezpieczyciela nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku: – samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia na jego rachunek, – poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych, – działań wojennych, stanu wojennego, – czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru, – skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania. • Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego. • W przypadku leczenia za granicą, leczenia za granicą Plus ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeśli w dniu wystąpienia poważnego stanu chorobowego dziecko/ubezpieczony nie miał miejsca zamieszkania w Polsce albo miał miejsce zamieszkania w Polsce, ale w ciągu 12 miesięcy przed wystąpieniem poważnego stanu chorobowego przebywał poza Polską dłużej niż 183 dni kalendarzowe. • W przypadku umów dodatkowych wyłączenia odpowiedzialności znajdują się w poszczególnych OWUD.
Zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego	• Wniosek o wypłatę świadczenia uprawniony składa bezpośrednio do ubezpieczyciela: – za pomocą formularza dostępnego na stronie: www.warta.pl/pomoc-i-obsluga/zgloszenie-szkody/formularz-zycie – w dowolnej placówce ubezpieczyciela.
Reklamacje	• Reklamacje mogą być składane ubezpieczycielowi: – na piśmie w postaci papierowej: na adres skrytka pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1 albo doręczone osobiście w każdej jednostce ubezpieczyciela obsługującej klientów; – na piśmie w postaci elektronicznej: na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-43731-69770-HRJAI-14 albo za pomocą formularza na stronie www.warta.pl/reklamacje; – ustnie: telefonicznie pod nr 502 308 308 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo do protokołu w każdej jednostce ubezpieczyciela obsługującej klientów. • Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi na piśmie: listem w postaci papierowej lub pocztą elektroniczną w postaci elektronicznej – w zależności od sposobu zgłoszenia reklamacji lub wyboru składającego reklamację. W przypadku złożenia reklamacji przez klienta na adres do doręczeń elektronicznych, ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi elektronicznie na adres do doręczeń elektronicznych klienta. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący reklamację zostanie uprzednio powiadomiony. • Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest jednostka organizacyjna TUnŻ „WARTA" S.A. wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA" S.A. • Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest: – Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl); – Rzecznik Finansowy (rf.gov.pl).
Opodatkowanie świadczeń	• Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela nastąpi zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych albo ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych. • Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn, w związku z art. 831 § 3 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny.

Karta produktu

Ubezpieczenie na życie

Ubezpieczyciel: TUnŻ „WARTA" S.A.

Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego

Produkt: Warta Ochrona Indywidualne ubezpieczenie na życie OFERTA SPECJALNA

W Karcie Produktu zawarte są najważniejsze informacje o ofercie specjalnej indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona. Karta Produktu nie jest częścią umowy ubezpieczenia, nie stanowi wzorca umownego ani materiału marketingowego. Karta Produktu została przygotowana przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA" S.A. z siedzibą w Warszawie i ma za zadanie pokazać kluczowe informacje o ofercie specjalnej produktu oraz pomóc klientowi w zrozumieniu cech oferty i produktu.

Decyzję o zawarciu Umowy ubezpieczenia należy podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, w tym zwłaszcza z ogólnymi warunkami indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona (OWU) oraz ogólnymi warunkami umów dodatkowych ubezpieczeń (OWUD), w których znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu.

Załącznik dotyczący oferty specjalnej indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA

Warta Ochrona to produkt ochronny, skierowany do osób w wieku poniżej 70. roku życia, z ochroną do 75. roku życia w ramach oferty specjalnej, oferujący wsparcie finansowe ubezpieczonemu i jego najbliższym, w przypadku trudnych sytuacji losowych (w chorobie oraz po wypadku). Oferta specjalna została przygotowana z myślą o klientach, którzy poszukują ochrony ubezpieczeniowej w związku z zawarciem umowy kredytu i chcą ustanowić zabezpieczenie kredytu w formie polisy na życie. Oferta specjalna została dostosowana do standardowych wymagań banków dotyczących ubezpieczeń na życie, wymaganych przez banki, jako zabezpieczenie kredytu.

INFORMACJE O UBEZPIECZENIU W PRZYPADKU OFERTY SPECJALNEJ:	
Ubezpieczający	• Osoba, która zawiera z ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia. • Osoba fizyczna, która jednocześnie jest ubezpieczonym. • W przypadku oferty specjalnej wyłączona jest możliwość, aby ubezpieczającym była osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej. • Osoba posiadająca umowę kredytu z bankiem. • Osoba, która wnioskuje o zawarcie umowy ubezpieczenia w celu ustanowienia zabezpieczenia wymaganego przez bank w związku z zawartą/zawieraną przez nią umową kredytu.
Ubezpieczony	• Osoba fizyczna, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia. • Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ukończyła 18 lat i nie ukończyła 70 lat. • Ubezpieczony jest wskazany w umowie.
Współubezpieczony	• Możliwość ustanowienia współubezpieczonego jest wyłączona w przypadku oferty specjalnej.
Dziecko	• Możliwość ubezpieczenia dziecka jest wyłączona w przypadku oferty specjalnej.
Uprawniony	Uprawnionym w ofercie specjalnej umowy ubezpieczenia jest bank, z którym ubezpieczający ma lub zamierza zawrzeć umowę kredytu. Jeżeli ubezpieczony wskazał uprawnionego do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci do wysokości zobowiązań wynikających z zawartej z tym uprawnionym umowy kredytu, ubezpieczony może wskazać dodatkowego uprawnionego albo dodatkowego uprawnionego i uprawnionego zastępczego do części świadczenia pozostającego po spłacie zobowiązań wynikających z tej umowy. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał dodatkowego uprawnionego, albo dodatkowego uprawnionego i uprawnionego zastępczego, albo osoby te w dniu zajścia zdarzenia nie żyją lub utraciły prawo do świadczenia, wysokość należnego świadczenia przewyższająca wartość zobowiązań wynikających z zawartej umowy kredytu, przypada zgodnie z OWU: 1) małżonkowi; 2) w równych częściach dzieciom, jeżeli brak jest małżonka; 3) w równych częściach rodzicom, jeżeli brak jest małżonka i dzieci; 4) w równych częściach innym osobom powołanym do dziedziczenia po ubezpieczonym, jeżeli brak jest osób wymienionych w pkt 3.
Umowa ubezpieczenia (umowa)	• Umowa zawarta na podstawie OWU za pośrednictwem agenta, której stronami są ubezpieczyciel i ubezpieczający. • W przypadku oferty specjalnej umowę można zawrzeć wyłącznie na własny rachunek. • Na mocy umowy: – ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, – ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę.

Zawarcie umowy	• Warunkiem zawarcia umowy jest: – złożenie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, – opłacenie składki, – akceptacja wniosku przez ubezpieczyciela, – w przypadku oferty specjalnej: ustanowienie banku jako uprawnionego.
Okres ubezpieczenia	• Umowa podstawowa zawierana jest na czas określony, minimalnie 5 lat, maksymalnie do ukończenia przez ubezpieczonego 75 lat. • Możliwość wydłużenia okresu ubezpieczenia po 75. roku życia ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku oferty specjalnej. • Umowy dodatkowe zawierane są na 5 lat. Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na kolejny 5-letni okres, maksymalnie do czasu zakończenia umowy głównej, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej. • Umowy dodatkowe mogą trwać maksymalnie do ukończenia przez ubezpieczonego 75 lat, z wyjątkiem umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji z wypłatą jednorazową, która rozwiązuje się po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat.
Wiek wstępu	• Ubezpieczonym może zostać osoba w wieku od 18. do 70. roku życia, z wyjątkiem umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji z wypłatą jednorazową, dla której wiek wstępu ograniczony jest do 60. roku życia.
Zakres ubezpieczenia	• Podstawowy zakres ubezpieczenia obejmuje ryzyko śmierci ubezpieczonego. • W przypadku oferty specjalnej zakres ochrony można rozszerzyć o następujące umowy dodatkowe: – śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku, – powstanie trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w wyniku wypadku z wypłatą jednorazową, – powstanie trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego z wypłatą jednorazową. • Klient może zawrzeć umowę w zakresie tylko podstawowym albo rozszerzyć ją o jedno, dwa lub trzy ryzyka wymienione powyżej. • W ofercie specjalnej nie ma możliwości rozszerzenia ochrony o inne ryzyka niż te wymienione powyżej.
Miejsce obowiązywania ubezpieczenia	• Ubezpieczenie podstawowe oraz umowy dodatkowe obejmują zdarzenia powstałe na całym świecie.
Początek ochrony	• Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej niż dzień po wpłacie składki na rachunek ubezpieczyciela (do chwili wystawienia polisy, pod warunkiem wpłaty składki ubezpieczony objęty jest ochroną tymczasową na wypadek śmierci w wyniku wypadku, maksymalne świadczenie 100 000 zł). • W przypadku umów dodatkowych: powstania trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji z wypłatą jednorazową odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie niektórych zdarzeń rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia oznaczonego jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej niż dzień po wpłacie składki na rachunek ubezpieczyciela.
Koniec ochrony	• Ochrona ubezpieczeniowa względem ubezpieczonego (w tym, w zakresie umowy dodatkowego ubezpieczenia) kończy się: – w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 75 lat, z wyjątkiem umowy dodatkowego ubezpieczenia trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji z wypłatą jednorazową, dla której ochrona kończy się w rocznicę polisy po ukończeniu 65 lat, – z dniem śmierci ubezpieczonego, – z dniem złożenia przez ubezpieczonego rezygnacji z zawartej na jego rachunek umowy, – z dniem rozwiązania umowy.
Rezygnacja z umowy	• Ubezpieczający może odstąpić od umowy w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą w ciągu 7 dni, od dnia zawarcia umowy. • Ubezpieczający może w dowolnym momencie wypowiedzieć umowę ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym złożył wypowiedzenie. • Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej. • W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki, za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
Rozwiązanie umowy	• Umowa rozwiązuje się: – z dniem śmierci ubezpieczającego, – z upływem okresu dodatkowego na opłacenie składki, w przypadku nieopłacenia składki, – z dniem złożenia ubezpieczycielowi przez ubezpieczającego wniosku o odstąpienie od umowy ubezpieczenia, – z ostatnim dniem miesiąca polisowego, w którym ubezpieczający wypowiedział umowę, – z upływem okresu na jaki została zawarta, – z dniem rezygnacji ubezpieczonego z zawartej na jego rachunek umowy ubezpieczenia, gdy umowę ubezpieczenia zawarto na rachunek jednego ubezpieczonego.
Składka	• Wysokość składki zależy od: sumy ubezpieczenia, aktualnego wieku ubezpieczonego, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej przez ubezpieczonego pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka. • W przypadku zawarcia umów dodatkowych składkę opłaca się łącznie za całą umowę. • Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. • Pierwszą składkę należy wpłacić najpóźniej następnego dnia roboczego po podpisaniu wniosku o zawarcie umowy. W przypadku nieopłacenia pierwszej składki umowa może nie dojść do skutku. • Składka jest płatna z góry to znaczy do pierwszego dnia okresu, za który jest należna. • Dniem wpłaty składki jest dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy na rachunek ubezpieczyciela. • Jeśli druga i kolejna składka nie zostanie wpłacona w wyznaczonym terminie, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do wpłaty zaległych składek w dodatkowym terminie, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego wezwania oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia zaległych składek w dodatkowym terminie.
Suma ubezpieczenia / Świadczenie	• Wartość określona kwotowo. • W ofercie specjalnej do wyboru są dwie opcje sumy ubezpieczenia: stała suma ubezpieczenia przez cały okres ubezpieczenia albo malejąca suma ubezpieczenia. W przypadku wyboru przez ubezpieczającego malejącej sumy ubezpieczenia, suma ubezpieczenia maleje co roku począwszy od 3. roku polisowego do maksymalnej wartości 40% początkowej sumy ubezpieczenia w ostatnim roku polisowym. W przypadku wyboru malejącej sumy ubezpieczenia jej wysokość w poszczególnych latach trwania umowy ubezpieczenia jest wskazana w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia. • W ofercie specjalnej suma ubezpieczenia jest wyznaczana w oparciu o wysokość kwoty kredytu, który ma być objęty zabezpieczeniem. • Wysokość sumy ubezpieczenia w umowach dodatkowych równa jest sumie ubezpieczenia dotyczącej ryzyka śmierci ubezpieczonego (w przypadku wyboru malejącej sumy ubezpieczenia wysokość sumy ubezpieczenia w umowach dodatkowych równa jest sumie ubezpieczenia dotyczącej ryzyka śmierci ubezpieczonego w pierwszym roku trwania umowy ubezpieczenia), nie więcej jednak niż limit wskazany we wniosku. • Wysokość świadczenia uzależniona jest od wysokości sumy ubezpieczenia. • Szczegółowe informacje o wysokości i warunkach wypłaty świadczeń z tytułu umów dodatkowych są opisane w OWUD.

Indeksacja	• W ofercie specjalnej wyłączona jest opcja indeksacji sumy ubezpieczenia.
Wyłączenia odpowiedzialności	• W przypadku śmierci ubezpieczonego odpowiedzialnością ubezpieczyciela nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku: – samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia na jego rachunek, – poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych, – działań wojennych, stanu wojennego, – czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru, – skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania. • Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego. • W przypadku umów dodatkowych wyłączenia odpowiedzialności znajdują się w poszczególnych OWUD.
Zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego	• Wniosek o wypłatę świadczenia uprawniony składa bezpośrednio do ubezpieczyciela: – za pomocą formularza dostępnego na stronie: www.warta.pl/pomoc-i-obsluga/zgloszenie-szkody/formularz-zycie, – w dowolnej placówce ubezpieczyciela.
Reklamacje	• Reklamacje mogą być składane ubezpieczycielowi: – na piśmie w postaci papierowej: na adres skrytka pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1 albo doręczone osobiście w każdej jednostce ubezpieczyciela obsługującej klientów; – na piśmie w postaci elektronicznej: na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-43731-69770-HRJAI-14 albo za pomocą formularza na stronie www.warta.pl/reklamacje; – ustnie: telefonicznie pod nr 502 308 308 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo do protokołu w każdej jednostce ubezpieczyciela obsługującej klientów. • Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi na piśmie: listem w postaci papierowej lub pocztą elektroniczną w postaci elektronicznej – w zależności od sposobu zgłoszenia reklamacji lub wyboru składającego reklamację. W przypadku złożenia reklamacji przez klienta na adres do doręczeń elektronicznych, ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi elektronicznie na adres do doręczeń elektronicznych klienta. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący reklamację zostanie uprzednio powiadomiony. • Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest jednostka organizacyjna TUnŻ „WARTA" S.A. wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA" S.A. • Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest: – Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl); – Rzecznik Finansowy (rf.gov.pl).
Opodatkowanie świadczeń	• Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela nastąpi zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych albo ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych. • Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn, w związku z art. 831 § 3 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny.

KLAUZULA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH
INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

Warta dba o Pani/Pana dane, dlatego w trosce o ich bezpieczeństwo prosimy o zapoznanie się z klauzulą informacyjną dotyczącą ich przetwarzania.

<table>
<tr><th></th><th>UBEZPIECZAJĄCY</th><th>UBEZPIECZONY/WSPÓŁUBEZPIECZONY</th></tr>
<tr><td>ADMINISTRATOR
I DANE KONTAKTOWE</td><td colspan="2">Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA" S.A. z siedzibą w Warszawie, przy rondzie I. Daszyńskiego 1, 00-843 Warszawa („Warta"). Z administratorem można się kontaktować pisemnie pod adresem siedziby lub w sposób podany na stronie www.warta.pl.</td></tr>
<tr><td>ZAKRES I ŹRÓDŁO DANYCH</td><td></td><td>Warta uzyskała Pani/Pana dane osobowe od Ubezpieczającego w związku ze złożonym przez Panią/Pana wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz z jej zawarciem.</td></tr>
<tr><td rowspan="11">CEL, PODSTAWA PRAWNA
I OKRES PRZETWARZANIA
DANYCH</td><td rowspan="2">Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Wartę w celu:
1) przygotowania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do przygotowania wniosku (tj. podjęcie działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy). W przypadku niezawarcia umowy ubezpieczenia Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres 3 miesięcy a w przypadku przedsiębiorców przez 3 lata, od ostatniego dnia miesiąca, w którym bezskutecznie upłynął termin do zapłaty składki ubezpieczeniowej;</td><td>Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Wartę w celu:
1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym finansowego i medycznego oraz wyliczenia składki ubezpieczeniowej służącej do przygotowania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. W przypadku niezawarcia umowy ubezpieczenia Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres 3 miesięcy od ostatniego dnia miesiąca, w którym bezskutecznie upłynął termin do zapłaty składki ubezpieczeniowej.</td></tr>
<tr><td>W celu oceny ryzyka Warta stosuje procesy oparte na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, które wiążą się z oceną informacji przetwarzanych na Pani/Pana temat przez system informatyczny (bez wpływu człowieka) i z zaszeregowaniem Pani/Pana do określonej grupy, dla której Warta ustaliła wysokość składki ubezpieczeniowej. Podstawą profilowania będą dane zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz dane zebrane na podstawie innych umów ubezpieczenia zawartych przez Panią/Pana z Wartą, jak również dane, w tym dane o stanie zdrowia, na podstawie złożonych przez Panią/Pana oświadczeń i dokumentów. Konsekwencją takiego przetwarzania będzie automatyczna decyzja dotycząca wysokości składki lub innych warunków umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania takiej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez pracownika.</td></tr>
<tr><td>2) analizy potrzeb i wymagań, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, do zakończenia okresów przedawnienia roszczeń.</td><td></td></tr>
<tr><td>W celu analizy potrzeb i wymagań Warta stosuje procesy oparte na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, które wiążą się z oceną informacji przetwarzanych na Pani/Pana temat przez system informatyczny (bez wpływu człowieka) i z zaszeregowaniem Pani/Pana do określonej grupy, dla której Warta ustaliła zasady zawierania umów ubezpieczenia. Podstawą tych procesów będą dane zawarte w ankiecie badania potrzeb (APK). Konsekwencją takiego przetwarzania będzie rozpoznanie Pani/Pana zindywidualizowanych potrzeb i wymagań oraz zaproponowanie umowy ubezpieczenia, której charakter i zakres odpowiadają tym potrzebom i wymaganiom. Ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania takiej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez pracownika.</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Wartę w celu:
1) obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną są przepisy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz niezbędność do wykonania umowy, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń;</td></tr>
<tr><td>2) realizacji przepisów:
a) ustawy o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami (CRS), w tym identyfikowania zagranicznych rezydentów podatkowych i przekazywania informacji o ich rachunkach do Szefa Krajowej Administracji Skarbowej przez okres wynikający z tych przepisów;</td><td></td></tr>
<tr><td>b) ustawy o wykonywaniu umowy między rządem Rzeczypospolitej Polskiej a rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, w tym identyfikowania amerykańskich rezydentów podatkowych i przekazywania informacji o ich rachunkach Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej;</td><td></td></tr>
<tr><td>c) ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (AML/CFT), w tym także w celu wypełnienia obowiązków tej ustawy w zakresie identyfikacji i weryfikacji tożsamości klientów.</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">3) zapobiegania i wykrywania przestępczości – na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przez 5 lat, a w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą przez 10 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia;</td></tr>
<tr><td></td><td>4) reasekuracji ryzyka – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową ubezpieczenia, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń dla obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia;</td></tr>
<tr><td colspan="2">5) windykacji i dochodzenia roszczeń oraz obrony praw Warty w postępowaniach przed sądami i organami państwowymi na podstawie prawnie uzasadnionych interesów Warty, tj. możliwości dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami, do czasu upływu terminów przedawnienia roszczeń przysługujących Warcie bądź przedawnienia karalności czynu popełnionego na szkodę Warty;</td></tr>
<tr><td colspan="2">6) marketingu własnych produktów lub usług Warty, w tym profilowania, w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i finansowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. promowania własnych produktów lub usług Warty, do czasu wyrażenia przez Panią/Pana sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w tym celu;</td></tr>
</table>

CEL, PODSTAWA PRAWNA I OKRES PRZETWARZANIA DANYCH	7) obsługi zgłoszonego świadczenia, w tym wydania decyzji ubezpieczeniowej i wypłaty świadczenia, na podstawie umowy ubezpieczenia, przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz przepisów kodeksu cywilnego, do momentu wydania przez Wartę decyzji w przedmiocie wypłaty świadczenia, a także w celu rozpatrywania reklamacji (o ile zostanie złożona) – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, a po upływie tego okresu w celach archiwizacyjnych na wypadek zgłoszenia dodatkowych roszczeń, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. obrony przed roszczeniami, przez okres przedawnienia przysługujących Pani/Panu roszczeń;	
	8) ustalania wysokości składek ubezpieczeniowych, składek reasekuracyjnych oraz rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości, w tym w celach statystycznych, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, przez okres obowiązywania umowy w przypadku zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem lub zgłoszenia roszczenia oraz przez czas trwania ewentualnych postępowań sądowych związanych z dochodzonym od Warty roszczeniem;	
	9) rachunkowym, na podstawie przepisów o rachunkowości, przez okres wskazany w tych przepisach, przedłużony o okres dochodzenia roszczeń;	
	10)oceny satysfakcji z usług Warty – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. kontroli przebiegu i podnoszenie standardów realizowanych usług na podstawie zebranych przez Wartę opinii, przez okres obowiązywania umowy ubezpieczenia;	
	11) rozpatrywania wniosków, skarg i reklamacji innych niż związane z procesem likwidacji szkody – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, a po tym okresie w celach archiwizacyjnych, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. kontroli prawidłowości prowadzenia tych postępowań.	
DO CZEGO PRZYSŁUGUJE PANI/ PANU PRAWO	Przysługuje Pani/Panu prawo do: 1) dostępu do swoich danych – czyli uzyskania od Warty potwierdzenia, czy przetwarzane są Pani/Pana dane osobowe; uzyskania ich kopii oraz informacji m.in. o: celach przetwarzania, kategoriach danych, kategoriach odbiorców danych, planowanym okresie ich przechowywania i źródle ich pozyskania przez Wartę;	
	2) ich sprostowania – czyli poprawienia lub uzupełnienia dotyczących Pani/Pana danych osobowych, które są nieprawidłowe lub niekompletne;	
	3) ich usunięcia – w przypadkach wskazanych w art. 17 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych, w szczególności w przypadku gdy dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane, lub złożony został skuteczny sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych (o ile nie zakłóca to realizacji umowy lub obowiązków Warty wynikających z przepisów prawa);	
	4) ograniczenia przetwarzania – czyli zaprzestania przetwarzania, w szczególności gdy kwestionuje Pani/Pan prawidłowość danych osobowych lub wnosi sprzeciw wobec ich przetwarzania – na okres pozwalający Warcie zweryfikować zasadność żądania;	
	5) przenoszenia swoich danych – czyli do uzyskania od Warty w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego Pani/Pana danych osobowych, które Pani Pan dostarczył(a) Warcie i które Warta przetwarza na podstawie Pani/Pana zgody lub na podstawie zawartej z Panią/Panem umowy; ponadto ma Pani/Pan prawo zażądać, aby Warta przesłała innemu administratorowi Pani/Pana dane osobowe, o ile jest to technicznie możliwe;	
	6) wniesienia sprzeciwu z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, w tym profilowania oraz do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez Wartę; pomimo sprzeciwu Warta jest uprawniona w dalszym ciągu do przetwarzania tych danych osobowych, jeżeli wykaże istnienie ważnych, prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.	
	7) wniesienia skargi do organu nadzoru w zakresie danych osobowych (jest nim Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).	
	Jeżeli wyraził(a) Pani/Pan zgodę na przetwarzanie danych osobowych, ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.	
	Przysługuje Pani/Panu prawo do uzyskania interwencji ze strony pracownika Warty wobec decyzji opierającej się na zautomatyzowanym przetwarzaniu, do wyrażania własnego stanowiska i do zakwestionowania jej.	
DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH	W celu cofnięcia zgody lub skorzystania z przysługujących praw należy się skontaktować z inspektorem danych osobowych lub agentem. Kontakt z inspektorem jest możliwy drogą elektroniczną, poprzez: IOD@warta.pl, lub drogą pisemną pod adresem siedziby Warty podanym powyżej. Dane inspektora dostępne są na stronie internetowej: www.warta.pl w zakładce Kontakt. Kontakt z agentem jest możliwy osobiście lub drogą telefoniczną.	
ODBIORCY DANYCH	Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: inne zakłady ubezpieczeń lub inne zakłady reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, organy administracji państwowej, o ile nie żądają udostępnienia w związku z toczącym się postępowaniem, a obowiązek udostępnienia danych wynika z przepisów prawa, dostawcy usług assistance będących przedmiotem ubezpieczenia, inne podmioty – w zakresie niezbędnym do wykonania umowy lub oceny zgłoszonego roszczenia, Generalny Inspektor Informacji Finansowej, Szef Krajowej Administracji Skarbowej.	
	Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m.in. dostawcom usług IT mającym siedzibę w Polsce lub na obszarze EOG, dostawcom usług archiwizacji dokumentacji, likwidacji szkód, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, kancelariom prawnym świadczącym wsparcie prawne, rzeczoznawcom medycznym, agencjom marketingowym czy też agentom ubezpieczeniowym obsługującym Pani/Pana umowę ubezpieczenia – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.	
INNE ŹRÓDŁA POZYSKIWANIA DANYCH	Warta zbiera dane od podmiotów zewnętrznych, tj.: inne zakłady ubezpieczeń – w zakresie zgłoszonych zdarzeń; dostawcy usług assistance – w zakresie przebiegu i rezultatów wykonanych usług oraz inne podmioty – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka, wykonania umowy lub oceny zgłoszonego roszczenia.	Warta zbiera dane od podmiotów zewnętrznych, tj.: inne zakłady ubezpieczeń – w zakresie zgłoszonych zdarzeń; placówki medyczne – w zakresie informacji o stanie zdrowia, o ile została wyrażona zgoda; dostawcy usług assistance – w zakresie przebiegu i rezultatów wykonanych usług; oraz inne podmioty – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka, wykonania umowy lub oceny zgłoszonego roszczenia.
OBOWIĄZEK PODANIA DANYCH	Podanie danych jest niezbędne do zawarcia umowy, jak również może wynikać z przepisów prawa – brak podania tych danych może uniemożliwić zawarcie umowy ubezpieczenia. Podanie danych do celów marketingowych jest dobrowolne.	